



comunicato di non accettare la soluzione proposta e di volere pagare l'importo di Fr. 148,20, corrispondente al premio versato nel 2005.

Le parti si sono incontrate l'8 settembre 2010 ed il 17 settembre seguente (doc. 11) l'assicuratore malattia ha informato per iscritto l'interessata che "- solo a seguito di sua espressa richiesta - procederà da un lato, a riattivare a decorrere dal 1° gennaio 2010 la copertura integrativa esistente e susseguentemente stralciata causa mancato pagamento premi; dall'altro, a fatturarle i premi assicurativi per il lasso di tempo 1° gennaio - 31 dicembre 2010 in misura identica rispetto all'anno 2009 e meglio CHF 202.20 mensili. Poi, per gli anni a seguire le saranno applicati i premi calcolati in relazione alla fascia d'età 76/80 anni introdotta dal 1° gennaio 2008. Restiamo in attesa di un suo gradito riscontro (...)" . L'assicurata ha precisato il 28 settembre 2010 (doc. 12) di non avere mai dato la disdetta per le sue assicurazioni integrative per l'anno 2010, ma che per la \_\_\_\_\_ era in corso un reclamo, mentre per la \_\_\_\_\_ ha sempre pagato i premi anche se, apparentemente, questi versamenti sono stati utilizzati per saldare altre fatture. Il giorno seguente (doc. 13) l'interessata ha affermato che quanto è stato detto durante il colloquio avuto negli uffici dell'assicuratore non corrispondeva a quanto scritto nella missiva del 17 settembre 2010 dal suo assicuratore malattia.

1.4. Il 25 settembre 2010 (doc. K) l'assicuratore malattia ha chiesto alla contraente il pagamento dell'importo di Fr. 854,80 per le coperture complementari per i mesi da settembre a novembre 2010, pari a Fr. 287,20 per 3 mesi, somma a cui è stata dedotta la cifra di Fr. 6,80 quale credito risultante dalla copertura LAMal. L'ammontare mensile di Fr. 287,20 comprendeva Fr. 237,70 per la copertura \_\_\_\_\_ e Fr. 49,50 per la \_\_\_\_\_. Tuttavia, l'interessata aveva già separatamente pagato i premi per la copertura \_\_\_\_\_ per l'anno 2010 (doc. I), mentre il premio per

l'altra copertura non era quello pattuito con l'Ombudsman (Fr. 202,20). Non dando seguito al pagamento di queste tre mensilità, il 19 gennaio 2011 (doc. L) l'assicuratore ha sollecitato l'interessata ed in più ha aggiunto la pretesa di pagamento delle mensilità di dicembre 2010 (Fr. 287,20) e gennaio 2011 (Fr. 282,55), oltre a Fr. 100.- di spese amministrative, ma ha dedotto il pagamento di Fr. 172,95, pretendendo così infine il versamento di Fr. 1'369,25 che l'assicurata ha contestato, giacché secondo gli accordi presi direttamente con l'assicuratore era stato stabilito che il premio per il 2010 ammontava a Fr. 202,20 in luogo di Fr. 237,70. Il 10 ottobre 2011 (doc. M) un altro sollecito portante sulle medesime cinque mensilità (Fr. 1'442,20) chiedeva il pagamento dell'importo di Fr. 1'140,85, tenuto conto dei versamenti già effettuati per Fr. 455,50. Anche il sollecito del 7 novembre 2011 (doc. O) concerneva le stesse 5 mensilità (Fr. 1'442,20) e pretendeva il versamento di Fr. 846,60, stanti gli intervenuti pagamenti pari a Fr. 753,15. L'assicurata ha pagato subito questa somma, precisando, però, che ciò non valeva quale riconoscimento di debito (doc. O).

1.5. Nello scritto del 15 febbraio 2012 (doc. 15) l'assicurata ha contestato l'estratto conto dell'8 febbraio precedente (doc. S), visto che "(...) per i primi otto mesi del 2010 non ero assicurata, il Signor \_\_\_\_\_ mi ha inserita con il mese di settembre 2010."

Il 21 febbraio 2012 (doc. Q) l'assicuratore ha risposto che lo scoperto per premi LCA per l'anno 2010 era di Fr. 766,85, perciò non era d'accordo di "azzerare la faccenda" (doc. 17). CV 1 ha quindi evidenziato che l'estratto conto contestato si basa sugli accordi esplicitati nel suo scritto del 17 settembre 2010 (Fr. 202,20 al mese per il 2010) e che se la debitrice non avesse versato entro il 1° marzo 2012 l'importo dovuto, qualsiasi diritto a prestazioni

dall'assicurazione LCA sarebbe venuto meno a causa del blocco delle prestazioni. 1.6. L'assicuratore malattia ha scritto il 25 ottobre 2012 (doc. F) all'Ombudsman dell'assicurazione malattia precisando che per la copertura \_\_\_\_\_ sono state erroneamente rifiutate all'assicurata prestazioni per un importo complessivo di Fr. 273,70, mentre l'importo di Fr. 143.- le è stato bonificato. Per quanto concerne la copertura \_\_\_\_\_, dopo regolare stralcio ed eccezionale ristabilimento, essa è tuttora attiva. Comunque, nel periodo in cui era stata erroneamente sospesa (anno 2010), l'interessata non ha ottenuto prestazioni per le quali questa copertura sarebbe intervenuta.

1.7. Il 7 gennaio 2013 (doc. I) AT 1 si è rivolta a questo Tribunale lamentando delle difficoltà con il suo assicuratore malattia. Tramite la lic. jur. RA 1 dello studio legale RA 1 designata d'ufficio (doc. II), l'attrice ha presentato il 24 gennaio 2013 (doc. IV) un complemento alla sua petizione, con cui ha chiesto di accertare la validità ininterrotta della polizza assicurativa \_\_\_\_\_ e quindi di condannare l'assicuratore a rimborsare le prestazioni riconosciute da questa copertura per gli anni 2010-2012; di accertare che la copertura \_\_\_\_\_ è stata sospesa nel 2010 e dunque che il suo assicuratore è condannato a rimborsarle l'importo di Fr. 1'143,65 oltre interessi del 5%; di accertare che dal 1° gennaio 2011 quest'ultima polizza è stata ripristinata alle condizioni previste in precedenza e di conseguenza che CV 1 deve rimborsarle le prestazioni per gli anni 2011 e 2012; infine, di accertare che l'attrice deve unicamente pagare i premi validi per la fascia di età 75-80 anni (recte: 71-75), perciò parte convenuta deve restituirle quanto pagato in eccesso negli anni 2011 e 2012. Parte attrice ha evidenziato che nel 2010, oramai 76enne, a sua insaputa è entrata nella nuova categoria di affiliati istituita dal 2008 dal suo assicuratore, ciò che ha fatto aumentare il suo premio mensile per la copertura \_\_\_\_\_ e quindi non l'ha più pagato, con conseguente stralcio di questa copertura in virtù dell'art. 20 LCA, senza però sapere a decorrere da quando, visto che l'interessata non ne ha ricevuto comunicazione. A seguito dell'accordo di cui allo scritto del 5 luglio 2010 (art. 21 cpv. 2 LCA), l'assicuratore ha ripristinato la copertura integrativa e per il 2010 l'attrice sarebbe rimasta nella precedente fascia di età, continuando a pagare il premio del 2009. Tuttavia, parte convenuta non le ha mai trasmesso le polizze per pagare il premio concordato di Fr. 202,20 al mese. Anzi. Le fatture successive portano su un premio mensile di Fr. 237,70, che l'attrice si è inizialmente rifiutata di pagare e, quindi, sono seguiti diversi solleciti (Fr. 1'369,25, poi Fr. 1'140,85) per il pagamento dei premi per i mesi da settembre a dicembre 2010 e poi anche di gennaio 2011. Pertanto, qualora fosse tenuta a saldare i premi per questa copertura per l'anno 2010, sulla base dell'accordo raggiunto nel luglio 2010 il premio dovrebbe ammontare a Fr. 202,20 al mese (Fr. 2'426,40 annui, a cui vanno dedotti Fr. 846,60 e Fr. 297,65 già versati). L'attrice ha riconosciuto il diritto dell'assicuratore di interrompere la copertura e poi di riattivarla ex art. 21 cpv. 2 LCA solo dopo il pagamento dei premi arretrati. Tuttavia, parte convenuta ha riattivato la copertura anche se i premi non erano ancora stati pagati. Di conseguenza, l'assicurata ha chiesto di essere esentata dal pagamento dei premi per la copertura \_\_\_\_\_ per l'anno 2010 e quindi che le siano rimborsati Fr. 1'143,65, oltre alle prestazioni per il 2011 e il 2012. A suo dire, dovrebbe anche esserle rimborsata la differenza di premio dovuta al cambiamento di fascia di età per gli anni 2011, 2012 e 2013, giacché tale aumento è dovuto ad un cambiamento delle CGA a cui l'interessata non ha però mai aderito. Inoltre, secondo la lettera del 9 novembre 2005 del suo assicuratore, l'assicurata non avrebbe più subito mutamenti nella fascia di età perciò, in virtù degli artt. 12.1, 16 e 29 CGA, parte convenuta doveva segnalarle i cambiamenti nelle

condizioni della copertura assicurativa, ciò che, per contro, non è avvenuto e, pertanto, l'assicurata non ha acconsentito ad essere introdotta in una nuova fascia di età. Ne discende che l'interessata deve essere ricollocata nella categoria 71-75 anni e quindi le deve essere rimborsata la differenza di premio pagata dal 1° gennaio 2011 ad oggi rispetto al premio corrisposto nel 2009. L'attrice ha evidenziato di avere invece regolarmente pagato i premi per la copertura \_\_\_\_\_, che doveva rimanere attiva ma che,

erroneamente, l'assicuratore ha sospeso, non riconoscendole le prestazioni di sua spettanza, ma che ora deve rimborsarle per il 2010, il 2011 ed il 2012.

1.8. Con risposta del 15 febbraio 2013 (doc. VIII) CV 1 ha proposto di respingere la petizione, analizzando nel dettaglio le tre pretese postulate dall'attrice. In merito alla copertura \_\_\_\_\_, l'assicuratore malattia ha precisato di avere già rimborsato tutte le prestazioni di diritto (doc. 21), perciò l'attrice non può più esigere alcunché. Quanto alla copertura integrativa \_\_\_\_\_, la convenuta ha rilevato che in alcuni suoi scritti la controparte ha affermato di non essere (stata) assicurata da gennaio ad agosto 2010, ma solo dal mese di settembre 2010, quando questa copertura sarebbe stata ripristinata dall'assicuratore e, pertanto, solo da questo momento i premi sarebbero dovuti. Al riguardo, l'assicuratore malattia ha invece osservato di non avere sospeso, bensì disdetto il contratto assicurativo a causa del mancato pagamento dei premi. Poi, però, ha annullato lo stralcio e ha permesso all'interessata di mantenere la copertura assicurativa ininterrottamente, ma a condizione che il premio assicurativo fosse interamente corrisposto. In altre parole, poiché la copertura in esame è stata dapprima stralciata e poi reintegrata, quindi mai sospesa, essa ha continuato ad essere valida, cosicché i premi sono dovuti ininterrottamente, motivo per cui alcun premio può e deve essere restituito all'attrice, mentre quest'ultima è tenuta al pagamento dei premi di cui allo scritto del 21 febbraio 2012 (doc. Q), pena lo stralcio definitivo. Sulla pretesa di rimborso di prestazioni per gli anni 2011 e 2012 in virtù della copertura \_\_\_\_\_, l'assicuratore ha osservato di non avere mai ricevuto fatture per prestazioni in tal senso, perciò non v'è diritto ad alcun rimborso (docc. 23-25). In merito al cambiamento della fascia di età, l'assicuratore convenuto ha evidenziato di essere legittimato a modificare le condizioni assicurative - ed è ciò che ha fatto dal 1° gennaio 2008 - e che comunque l'attrice ha accettato il nuovo tenore delle CGA. Circa lo scritto del 9 novembre 2005 di due suoi dipendenti "che non forzatamente hanno potere sufficiente per legare contrattualmente pro futuro la propria datrice di lavoro", l'assicuratore ha osservato di avere ufficialmente comunicato ai suoi assicurati la volontà di creare una nuova classe di età (76-80 anni) dal 1° gennaio 2008. Pertanto, se l'attrice non fosse stata d'accordo, avrebbe potuto rinunciare a questa copertura oppure optare per un altro assicuratore, mentre essa ha scelto di perfezionare il contratto e quindi di attenersi alle condizioni contrattuali.

1.9. Il 1° marzo 2013 (doc. X) l'attrice ha prodotto dei documenti (doc. U) comprovanti la necessità di trattamenti medici nel 2011 per i quali avrebbe potuto fare valere la copertura \_\_\_\_\_ (camera semiprivata) ma che, causa l'interruzione del contratto, non le sono stati riconosciuti dall'assicuratore.

L'assicuratore convenuto ha preso posizione su ogni documento fornito, spiegando che il blocco delle prestazioni è derivato da un'inadempienza contrattuale, visto che il sollecito del 18 giugno

2011 (doc. 26) relativo al pagamento dell'importo di Fr. 16,75 quale partecipazione ai costi per prestazioni secondo LCA è stato evaso dalla debitrice soltanto il 15 dicembre 2011 (doc.

27). Pertanto, dal 17 luglio 2011 fino a tale data il blocco delle prestazioni è stato correttamente posto in essere. Malgrado i regolari ritardi nei pagamenti dei premi, CV 1 ha comunque mantenuto in vigore la copertura assicurativa \_\_\_\_\_; comunque, ciò non significava però ancora che il mantenimento del contratto desse diritto ad ottenere prestazioni assicurative, visto che le stesse erano sospese a causa dell'inadempienza contrattuale (doc. XII).

1.10. Parte attrice ha rilevato il 2 aprile 2013 (doc. XIV) che il blocco delle prestazioni sarebbe stato dovuto ad una fattura insoluta di Fr. 26,85, ovvero Fr. 16,75 per prestazioni LCA e Fr. 10,10 per prestazioni LAMal. Peraltro, però, i Fr. 16,75 le sarebbero dovuti essere rimborsati al 90% dalla copertura \_\_\_\_\_ che però il suo assicuratore ha erroneamente considerato sospesa, malgrado il pagamento dei relativi premi sia sempre avvenuto regolarmente nel 2010 (doc. I). Ciò nonostante, il 15 dicembre 2011 l'interessata ha corrisposto comunque sia i Fr. 10,10 sia i Fr. 16,75 (doc. T), per un totale di Fr. 26,85, senza però aggiungere anche le spese amministrative di Fr. 80.- applicate a ciascuna fattura. A fronte di un ritardo nel pagamento di una cifra contenuta - peraltro non interamente dovuta -, vista la sua età e la sua decennale appartenenza all'assicuratore, a dire dell'attrice quest'ultimo non avrebbe dovuto sospenderle le prestazioni. Pertanto, l'attrice ha chiesto che si tuteli l'affidamento che essa riponeva nel corretto agire del suo assicuratore malattia.

Il 16 aprile 2013 (doc. XVI) l'assicuratore ha rilevato che il blocco delle prestazioni notificato con il riepilogo del conteggio delle prestazioni del 9 aprile 2011 era dovuto al mancato pagamento della somma di Fr. 32,30 (doc. 30) quale quota parte per delle prestazioni assicurative ottenute nel 2010 e sollecitate il 16 gennaio 2011. Di conseguenza, le prestazioni ottenute dalla farmacia il 19 gennaio 2011 non sono state riconosciute siccome v'era in atto il blocco delle prestazioni, che a quel momento era giustificato.

1.11. Nel suo successivo scritto l'assicurata ha evidenziato la confusione regnante sulla composizione dell'importo di Fr. 26,85 da parte (anche) dell'assicuratore, importo che è poi stato da lei comunque onorato, come i Fr. 32,30 (doc. XVIII). L'assicuratore malattia ha confermato l'avvenuto pagamento delle partecipazioni ai costi, che però si è realizzato in ritardo e quindi il diritto alle prestazioni era stato oramai sospeso. Di conseguenza, a suo dire non è corretto appellarsi al principio dell'affidamento, perché parte attrice è venuta meno ai suoi obblighi contrattuali (doc. XX).

1.12. Nelle sue osservazioni conclusive dell'11 giugno 2013 (doc. XXIV), l'attrice ha chiesto di accertare la validità ininterrotta della polizza assicurativa \_\_\_\_\_ e quindi che CV 1 sia condannata a rimborsarle tutte le prestazioni previste per gli anni 2010-2012 per un

importo di Fr. 308,40 oltre interessi del 5%; di accertare che la copertura \_\_\_\_\_ sia stata sospesa durante l'anno 2010 e quindi che l'assicuratore sia condannato a rimborsarle la somma di Fr. 1'143,65 oltre interessi del 5%; di accertare che dal 1° gennaio 2011 la predetta polizza è stata ripristinata alle condizioni precedentemente previste e pertanto che l'assicuratore sia condannato al rimborso in via equitativa di Fr. 2'000.- per le prestazioni per il 2011 e il 2012; infine, di accertare che è tenuta a pagare i premi validi per la categoria 75-80 anni (recte: 71-75) e dunque che il convenuto le rimborsi quanto ha pagato in eccesso nel 2011 (Fr. 451,80) e nel 2012 (Fr. 445,20).

L'assicuratore ha contestato integralmente dette pretese e si è riconfermato nelle proprie osservazioni (doc. XXVI).

1.13. Il giudice delegato ha indetto un'udienza di discussione fra le parti (docc. XXIX e XXXII), che ha avuto luogo il 9 ottobre 2013 (doc. XXXIII).

Il 5 dicembre 2013 (doc. XXXV) AT 1 ha scritto al Tribunale allegando diversi documenti, che sono stati trasmessi all'assicuratore malattia per conoscenza (doc. XXXVI).

considerato in diritto

2.1. Viste le differenti problematiche sollevate dall'attrice, è opportuno procedere con l'esame di ogni singola censura.

Copertura integrativa \_\_\_\_\_

2.2. L'interessata ha lamentato il mancato riconoscimento di rimborsi di prestazioni derivanti dalla copertura \_\_\_\_\_ dal 2010 al 2012. Al riguardo, l'assicuratore malattia convenuto ha sollevato l'eccezione di prescrizione della pretesa dell'attrice, visto che sarebbero passati più dei due anni previsti dall'art. 46 LCA tra le prestazioni di cui avrebbe potuto beneficiare nel 2010 e l'attuale rivendicazione dell'assunzione di questi costi.

Poiché né le Condizioni Generali d'Assicurazione per le assicurazioni integrative di malattia applicabili in specie, stato 1° gennaio 2008 (doc. C), né le Condizioni Supplementari d'Assicurazione per l'assicurazione integrativa \_\_\_\_\_, stato 2008 (doc. G: agli atti v'è l'edizione 1° gennaio 2013, non applicabile), prevedono norme particolari circa la prescrizione, in concreto trova applicazione la LCA, come d'altronde espressamente previsto dall'art. 4 CGA.

A questo proposito, l'art. 46 LCA stabilisce che:

" 1 I crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondata l'obbligazione. L'articolo 41 della legge federale del 25 giugno 1982 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità è riservato.

2 Sono nulli i patti che assoggettano il credito verso l'assicuratore ad una prescrizione o ad un termine più breve. Rimane ferma la disposizione dell'articolo 39 capoverso 2 numero 2 della presente legge."

Questa norma è semi-imperativa (art. 98 cpv. 1 LCA) siccome non derogabile a danno dello stipulante o dell'avente diritto. CarrÉ, in: *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 319, ricorda in proposito:

" Force obligatoire

Les prescriptions de cet art. ne peuvent pas être modifiées conventionnellement au détriment du preneur ou de l'ayant droit, selon l'art. 98 LCA. Elle est impérative pour toutes les branches d'assurances, sous réserve de celle de l'assurance-transport: cf. plus bas (Tciv. BS RBA V n° 209/219). Elle n'est cependant pas d'ordre public, ni d'ailleurs contraire aux moeurs, si le droit étranger, applicable au contrat, y déroge (CJ GE RBA X n° 50; Tciv. BS RBA V n° 209/219 all.). Ainsi, les parties peuvent valablement convenir d'un délai de prescription, ou de déchéance, plus long que le délai légal (ATF 74 II 97 all., JdT 1948 I 592, RBA X n° 49; ATF 60 II 445 all., JdT 1935 I 208, rés. SJ 1935 p. 349, RBA VII n° 182).

La jurisprudence a écarté la théorie selon laquelle l'art. 46 LCA aurait été rangé par inadvertance dans les dispositions relativement impératives de la loi, et non dans celles, qui sont absolument impératives au sens de l'art. 97 LCA (ATF 48 II 284, JdT 1923 I 162, RBA

V n° 213; CCC FR RBA XIII n° 56). Un autre délai, plus court, de prescription, ou de péremption (cf. ci- après), peut en effet être stipulé en matière d'assurance-transport (...).".

Nello stesso senso, V. BrulHart, Droit des assurances privées, Stämpfli 2008, n. 870 pag. 387.

2.3. In concreto, l'attrice pretende il rimborso di prestazioni di cui non ha potuto beneficiare negli anni 2010, 2011 e 2012 a causa dell'errato assunto che i premi della copertura \_\_\_\_\_ non fossero stati regolarmente corrisposti.

Chiamato dall'assicuratore malattia ad esaminare la questione della prescrizione, questo Tribunale rileva che la petizione per ottenere il rimborso dei costi sorti dal 2010 al 2012 è datata 7 gennaio 2013. Per domandare al convenuto il rimborso delle prestazioni di cui ha beneficiato e che si è assunta personalmente, l'attrice avrebbe invece dovuto inoltrare la petizione entro due anni a decorrere dal "dies a quo" , ossia dal fatto dal quale nasce l'obbligazione. Secondo la dottrina, il "dies a quo" non coincide sempre e comunque con la sopravvenienza del rischio, ma deve essere esaminato in relazione al tipo di copertura assicurativa. Per ogni tipo di copertura vanno quindi analizzati i criteri fondanti il diritto del beneficiario o del prenditore a far valere le sue pretese nei confronti dell'assicurazione (V. BrulHart, op. cit., n. 871-874, pagg. 388 a 400; Jean-Benoît MeuWli, La durée de la couverture d'assurance privée, tesi Friburgo 1994).

Secondo MeuWli (op. cit., pagg. 358-360), nel caso in cui le fatture mediche sono trasmesse all'assicurato, che a sua volta le farà avere alla sua assicurazione, sia che si tratti di spese di ospedalizzazione

e di cure sia di spese mediche, va ritenuto che la prescrizione di due anni inizia a decorrere il giorno in cui l'assicurato ha preso conoscenza della sua qualità di avente diritto così come delle spese ospedaliere che ha occasionato o in quello in cui avrebbe potuto e dovuto avere acquisito questa conoscenza. Il termine decennale di prescrizione si calcola a partire dal momento della ricezione della fattura, ossia a partire dal momento in cui le condizioni d'esistenza della pretesa di pagamento delle spese sono realizzate e dove più niente fa ostacolo a che l'assicurato venga a conoscenza della nascita dell'evento. Se le spese assicurate fanno oggetto di fatturazioni separate che giungono successivamente al suo destinatario, la ricezione di ogni fattura fa decorrere un nuovo termine di prescrizione, identico per tutte le prestazioni comprese nello stesso conteggio. Per altri tipi di spese, quali le spese di trasporto e di ricerca dell'assicurato infortunato o malato e le spese legate all'acquisto di mezzi ausiliari (protesi, apparecchi acustici, ortopedici, lenti per occhiali, acquisto o noleggio di stampelle), nella misura in cui queste spese sono direttamente fatturate all'assicurato, la ricezione della nota segna l'inizio della prescrizione sussidiaria e la presa di coscienza (effettiva o virtuale) da parte dell'assicurato della sua qualità di avente diritto e degli elementi del suo credito nei confronti del suo assicuratore stabilisce il dies a quo della prescrizione ordinaria.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali il Tribunale federale (DTF 139 V 244) ha di recente statuito che il termine di perenzione quinquennale di cui all'art. 24 cpv. 1 LPGa applicabile al diritto alla restituzione della persona assicurata nei confronti dell'assicuratore malattia nel sistema del terzo garante (art. 42 cpv. 1 LAMal; consid. 3.1 e 3.2) inizia a decorrere nel momento in cui quest'ultima riceve la fattura del fornitore di prestazioni (consid. 3.3, in particolare consid. 3.3.3).

Da quanto precede discende che nel caso di specie tutte le prestazioni mediche per le quali l'attrice è venuta a conoscenza nel corso dell'anno 2010 della sua qualità di avente diritto e quindi dei costi che ha generato sono pertanto prescritte in virtù del citato art. 46 LCA essendo trascorsi oltre due anni e quindi la richiesta dell'attrice di ottenerne il rimborso è prescritta.

2.4. Tuttavia, la prescrizione può essere interrotta mediante degli atti interruttivi, quali quelli esaustivamente previsti dall'art. 135 CO:

" La prescrizione è interrotta: 1. mediante riconoscimento del debito per parte del debitore, in specie mediante il pagamento di interessi o di acconti e la dazione di pegni o fideiussioni; 2. mediante atti di esecuzione, istanza di conciliazione, azione od eccezione davanti a un tribunale statale o arbitrale, nonché mediante insinuazione nel fallimento."

Con l'interruzione incomincia a decorrere una nuova prescrizione (art. 137 cpv. 1 CO). Quando la prescrizione sia interrotta mediante istanza di

conciliazione, azione o eccezione, una nuova prescrizione comincia a decorrere se la lite è conclusa davanti all'autorità adita (art. 138 cpv. 1 CO). Quando l'interruzione avviene mediante esecuzione per debiti, la prescrizione ricomincia ad ogni singolo atto esecutivo (art. 138 cpv. 2 CO). In specie, l'assicuratore malattia non ha riconosciuto i costi di cui l'attrice si sarebbe personalmente fatta carico per le prestazioni mediche di cui ha beneficiato nel corso del 2010 poiché, a suo dire, essa non avrebbe pagato i premi della copertura \_\_\_\_\_. AT 1 ha reagito più volte contestando queste affermazioni.

È ben vero che l'attrice ha continuato a pagare regolarmente (seppure con qualche eccezione) i premi per questa copertura, tuttavia con bollettino di versamento separato e preparato personalmente (doc. I) anziché con quello originale fornitole dall'assicuratore stesso, a motivo, come si vedrà, che l'assicurata non concordava con il premio richiestole nel 2010 per la copertura complementare \_\_\_\_\_ e quindi che non voleva saldare.

A ben vedere, però, la folta corrispondenza inviata dall'attrice al suo assicuratore malattia a tale riguardo non è sufficiente per essere considerata giuridicamente alla stessa stregua di atti interruttivi della prescrizione contemplata dall'art. 46 LCA. Infatti, questi scritti non adempiono manifestamente i criteri previsti dall'art. 135 CO, secondo cui l'assicurata avrebbe dovuto formulare una domanda di esecuzione nei confronti di CV 1 che sfociasse in un precetto esecutivo oppure in un'azione civile (petizione) o ancora un'istanza di conciliazione per rivendicare il rimborso del suo (presunto) credito per gli anni 2010-2012 o, eventualmente, ottenere un riconoscimento del debito da parte dell'assicuratore malattia.

Gli atti non contemplano neppure una rinuncia a sollevare l'eccezione di prescrizione da parte del debitore.

In conclusione, l'unica azione intentata dalla creditrice e diretta contro il debitore (PicHonnaz, in: Commentaire Romand, Code des Obligations I, Basilea 2003, pag. 777, n. 15 ad art. 135) per recuperare dall'assicuratore malattia gli importi che l'attrice ha già versato ai fornitori di prestazione interessati è costituita dalla presente petizione del 7 gennaio 2013 che, tuttavia, risulta manifestamente promossa oltre i due anni di tempo previsti dall'art. 46 LCA. In queste circostanze, per le prestazioni ricevute in virtù della LCA nel 2010, l'attrice non ha validamente interrotto il termine di prescrizione di 2 anni previsto dall'art. 46 LCA. Ne discende che tale diritto è prescritto e la petizione deve quindi essere respinta limitatamente alla pretesa di rimborso delle prestazioni ricevute dall'attrice

durante l'anno 2010.

2.5. Per quanto attiene alle cure mediche e/o farmacologiche di cui l'assicurata ha beneficiato durante gli anni 2011 e 2012 e che ricadono sotto la copertura assicurativa \_\_\_\_\_, con la risposta di causa l'assicuratore malattia ha negato che vi fossero ulteriori

prestazioni da riconoscere all'attrice. Tuttavia, sia in alcuni suoi scritti (doc. F) che durante l'udienza di discussione (doc. XXXIII), CV 1 ha poi ammesso di avere erroneamente rifiutato prestazioni per la somma di Fr. 273,70. Inoltre, per venire incontro all'interessata, in quell'occasione l'assicuratore malattia si è detto disponibile a riconoscere all'attrice eventuali altre pretese che potrebbero nascere qualora vi fossero ulteriori fatture che quest'ultima non ha ancora prodotto. Ciò nonostante, in un secondo momento (doc. XII) l'assicuratore convenuto ha rilevato che dal 17 luglio 2011 al 15 dicembre 2011 (doc. 28) era stato posto in atto un blocco delle prestazioni assicurative a causa di un'inadempienza contrattuale da parte dell'assicurata, la quale non aveva dato seguito al sollecito di pagamento di Fr. 16,75 del 18 giugno 2011 (doc. 26) per una partecipazione ai costi. La conseguenza, per l'attrice, è stata di non potere beneficiare non solo della copertura \_\_\_\_\_, ma anche della \_\_\_\_\_ quando nel 2011 si è recata in un nosocomio a \_\_\_\_\_ per subire un intervento agli occhi.

In realtà, come poi si vedrà, la sospensione dell'intero contratto assicurativo, con conseguente blocco delle prestazioni, è stata posta in atto dall'assicuratore già dal 19 aprile 2010 al 31 agosto 2010. Infatti, sia i premi di gennaio e febbraio 2010 della copertura \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.8.2) sia il premio di gennaio 2010 della copertura \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.8.5 e 2.9.3) non erano stati soluti. Il mancato pagamento di Fr. 32,30 quale partecipazione ai costi nell'ambito della copertura \_\_\_\_\_ fatturata il 30 ottobre 2010 ha poi comportato un secondo blocco delle prestazioni, perdurato fino alla fine dell'anno 2011 (cfr. consid. 2.9.5). Pertanto, gli effetti della sospensione contrattuale si sono estesi durante il 2011, ma non anche nel 2012.

Alla luce di queste considerazioni, si deve dunque concludere che è solo per l'anno 2012 che l'attrice può semmai pretendere dal suo assicuratore malattia il rimborso di spese rientranti nella copertura \_\_\_\_\_, previa produzione dei relativi conteggi.

Copertura integrativa \_\_\_\_\_

2.6. Dagli atti emerge che nel 2005 il premio mensile per la copertura assicurativa \_\_\_\_\_ per il reparto semiprivato in tutta la Svizzera ammontava a Fr. 148,20, con infortunio e grado di bonus 0. Le Condizioni Generali d'Assicurazione e le Condizioni Supplementari d'Assicurazione applicabili erano del 1997 (doc. B).

Per l'anno 2007 questo premio è stato fissato in Fr. 189.- per un grado di bonus 4. Facevano stato le CGA 2007 e le CSA 1997.

Nel 2009 il premio con infortunio per il livello di bonus 4 era di Fr. 202,20 e le CGA applicabili erano del 2008, così pure le CSA (doc. B).

Nell'ottobre 2009 l'assicuratore malattia ha avvisato l'attrice che dal 1° gennaio 2010 il premio per la copertura per il reparto semiprivato

con infortunio per il livello di bonus 3 sarebbe stato di Fr. 237,70 e che facevano stato le CGA 2008/CSA 2008. Il motivo dell'emissione era la nuova polizza 2010 (doc. B).

La polizza assicurativa del 2 febbraio 2010 (doc. 12) ha sostituito la polizza del 19 ottobre 2009 per una modifica di copertura, anche se tutto è rimasto identico a prima.

Il 2 febbraio 2011 (doc. B) l'assicuratore ha emesso la polizza assicurativa LCA valida dal 1° gennaio 2011 - che sostituiva la polizza del 16 ottobre 2010 -, in cui il premio per la copertura \_\_\_\_\_ era pari a Fr. 243,90 per un livello di bonus 2. Le CGA/CSA pertinenti erano del 2008.

2.7. A seguito dell'aumento dei premi per il 2010, l'assicurata si è subito attivata contattando l'Ombudsman dell'assicurazione malattie e, nel frattempo, ha sospeso il pagamento dei nuovi premi per la copertura \_\_\_\_\_. Ciò ha tuttavia comportato un'interruzione dell'assicurazione da parte dell'assicuratore malattia ed, in seguito, intercorsa varia corrispondenza fra le parti, la riattivazione della stessa, con la conseguente pretesa di CV 1 nei confronti dell'attrice di pagare tutti i premi del 2010, stabiliti in Fr. 202,20. 2.8. Occorre dunque dapprima verificare la validità dell'interruzione della copertura assicurativa attuata dall'assicuratore malattia convenuto e poi il suo susseguente ripristino per il 2010.

2.8.1. In merito alla disdetta del contratto assicurativo susseguente al mancato pagamento dei premi LCA per l'anno 2010, va qui innanzitutto osservato che l'art. 13.1 CGA prevede che i premi devono essere pagati in anticipo per il periodo assicurativo. Inoltre, secondo l'art. 13.2 CGA, se il contraente non ottempera ai suoi obblighi di pagamento, egli verrà avvisato per iscritto in merito alle conseguenze della mora ed esortato a saldare l'importo, entro 14 giorni dall'invio del sollecito, per l'intero periodo assicurativo, indipendentemente da eventuali accordi di pagamento rateale. Se il sollecito resta senza effetto, l'obbligo di prestazione viene sospeso a partire dal termine indicato nel sollecito.

L'art. 20 LCA, a cui fa espressamente riferimento l'attrice ed a cui rinvia anche implicitamente il citato art. 13.2 CGA, concerne l'"Obbligo della diffida. Conseguenze della mora" dell'assicurato (cfr. nota marginale del disposto di legge). Esso prevede che nel caso in cui il premio non sia stato pagato alla scadenza o entro il termine di rispetto concesso dal contratto, il debitore debba essere diffidato per iscritto a sue spese e sotto comminatoria delle conseguenze della mora, ad effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio della diffida (cpv. 1). Se la diffida rimane senza effetto, l'obbligazione dell'assicuratore è sospesa a datare dalla scadenza del termine di diffida (cpv. 3).

La LCA regola il tema della mora contrattuale in maniera diversa rispetto alle disposizioni del Codice delle Obbligazioni (CO), nella misura in cui non fa dipendere la validità della mora dalla data di

ricezione da parte del debitore della diffida. Nonostante il tenore della nota marginale dell'art. 20 LCA, la diffida non è obbligatoria; essa diviene necessaria se l'assicuratore intende ottenere la sospensione dei suoi obblighi contrattuali (TC SG in RUA XI n. 23; TC VD in RUA VI n. 107; TC NE in RUA VI n. 113, citati in: CarrÉ, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 210 ad art. 20 LCA).

Se l'assicuratore non notifica una diffida al debitore, il primo non può liberarsi dei suoi obblighi nel caso in cui si produca l'evento assicurato e neppure può recedere dal contratto (KuHn/ Montavon, *Droit des assurances privées*, Losanna 1994, pag. 197). Tuttavia, l'invio di una diffida non è soggetto ad alcun termine se non a quello di due anni previsto dall'art. 46 LCA, trascorso il quale il diritto dell'assicuratore al pagamento del premio si prescrive

(TC VD in RUA IX n. 52; RUA III n. 95, in: CarrÉ, op. cit., pag. 212 ad art. 20 LCA). L'assicurato, infatti, non si trova in mora per il solo fatto che il premio è scaduto: è necessario ancora che l'assicuratore lo diffidi. La diffida deve informare il debitore in modo esplicito e completo su tutte le conseguenze del ritardo nel caso in cui l'assicurato non adempia ai suoi obblighi nel termine concessogli (HasenbÖhler, in: Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), Basilea 2001, n. 42 ad art. 20 LCA; DTF 128 III 186, in particolare consid. 2; SJ 2003 I pag. 215 e seg.). Una diffida che non indica le conseguenze del mancato adempimento degli obblighi è irregolare e non può produrre gli effetti che non sono stati citati (DTF 128 III 186; SJ 2003 I pag. 215 e seg.).

La legge accorda comunque al debitore un termine legale di quattordici giorni (termine di grazia) per provvedere al pagamento. Questo termine non inizia a decorrere dalla notifica della diffida, ma dal momento del suo invio (STF in RUA XVIII n. 13, in: Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Friburgo 1997, n. 179 pag. 61; KuHn/Montavon, op. cit., pagg. 189-193). Contrariamente a quanto è previsto dal CO, la messa in mora diventa effettiva – e l'assicurato deve pure degli interessi moratori – se, alla scadenza del termine legale, il debitore non ha ancora dato seguito al pagamento del premio. Qualora il termine di grazia venga a scadere infruttuosamente, gli obblighi dell'assicuratore vengono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA).

La sospensione dura fino al pagamento completo del premio, oltre accessori, a meno che un'intenzione diversa risulti dall'attitudine dell'assicuratore (DTF 112 II 463; DTF 103 II 204). Il pagamento, o semplicemente la maturazione di un altro premio intervenuta successivamente a quello che è stato oggetto della diffida, non hanno alcun effetto sulla sospensione. Ad ogni modo, l'assicuratore è tenuto ad accettare il pagamento di un premio posteriore, a meno che non intenda recedere dal contratto, possibilità questa cui non è obbligato (DTF 103 II 204).

Infine, se l'assicuratore ha incassato il premio corrispondente al nuovo periodo d'assicurazione, ciò non significa che egli abbia

rinunciato a ricevere i premi dovuti per i periodi anteriori e, ancor meno, che rinunci a sospendere le proprie obbligazioni (KuHn/ Montavon, op. cit., pag. 189 segg.).

Se, invece, il debitore adempie al suo obbligo contrattuale versando nei quattordici giorni di tempo di cui alla diffida il premio dovuto all'assicuratore, egli si sottrae alle conseguenze della mora. A tal proposito, si osserva che l'obbligo dell'assicuratore di versare le prestazioni resta salvaguardato durante tutto il termine legale (termine di grazia) per gli eventi che potrebbero sopraggiungere durante questo periodo. Tale obbligo permane anche se, più tardi, emergesse che la diffida è rimasta senza effetto (art. 20 cpv. 3 LCA).

Se allo scadere del termine di grazia il debitore ha pagato solo una parte del premio scaduto, bisogna ritenere che egli non ha adempiuto ai suoi obblighi contrattuali. In tal caso, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA), anche se la parte ancora dovuta rappresenta una piccola porzione dell'intero premio arretrato (KuHn/Montavon, op. cit., pagg. 194 e 195). A dipendenza delle circostanze, rimangono tuttavia riservate le intenzioni diverse dell'assicuratore (DTF 112 II 463).

Alla luce di quanto precede, dunque, quando il premio arretrato non venga versato prima della scadenza del termine legale di quattordici giorni, la mora del debitore diventa

effettiva. Ciò comporta la sospensione degli obblighi dell'assicuratore (art. 20 cpv. 3 LCA). Tuttavia, un contratto sospeso nei suoi effetti non equivale ad un contratto estinto o rescisso; significa invece semplicemente che gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi, mentre il contratto d'assicurazione in quanto tale resta vigente.

La sospensione degli obblighi dell'assicuratore interviene a danno dell'assicurato che resta debitore del premio. Si ribadisce quindi che, di regola, l'assicuratore non ha obblighi nei confronti dell'assicurato se un evento si produce dopo la scadenza infruttuosa del termine legale di diffida (quattordici giorni) (KuHn/ Montavon, op. cit., pag. 198 e seg.; HasenbÖhler, op. cit., nn. 19-32 ad art. 21 LCA, pag. 334 segg.).

2.8.2. Occorre quindi esaminare se il mancato pagamento dei premi LCA nel 2010 poteva dare luogo alla sospensione dell'obbligo di prestazione da parte dell'assicuratore e quindi al mancato riconoscimento del diritto alle prestazioni durante quel periodo.

La documentazione agli atti non permettendo di capire cosa sia successo nei primi mesi del 2010, pendente causa il Tribunale ha contattato direttamente l'assicuratore e si è fatto trasmettere i relativi richiami ed i solleciti di pagamento (docc. 31-39).

Il TCA è quindi riuscito a risalire all'origine del blocco delle prestazioni attuato dall'assicuratore malattia nel 2010, che è stato provocato dal mancato pagamento dei premi LCA della copertura \_\_\_\_\_ da gennaio 2010 ad aprile 2010 (docc. 31-34), per i quali l'attrice è stata dapprima richiamata (docc. 35-37) e poi

sollecitata (docc. 38 e 39).

In particolare, già il rifiuto di pagare il premio della \_\_\_\_\_ per i mesi di gennaio e febbraio 2010 è stato sufficiente per portare l'assicuratore malattia ad interrompere questa copertura assicurativa dal 19 aprile 2010.

In effetti, la fattura del 5 dicembre 2009 (doc. 31) relativa ai premi LAMal e LCA per il mese di gennaio 2010 doveva essere saldata entro il 9 gennaio 2010.

Non vedendosi accreditare alcunché, il 17 gennaio 2010 (doc. 35) l'assicuratore malattia ha emesso un richiamo di pagamento di Fr. 280,40, pari al premio LCA di Fr. 287,20 a cui sono stati dedotti Fr. 6,80 quale saldo positivo tra il premio LAMal dovuto per il 2010 e la riduzione del premio di cui ha beneficiato l'assicurata da parte del Cantone Ticino. L'attrice avrebbe dovuto corrispondere tale somma entro il 1° febbraio 2010. In calce v'era l'avvertenza che un ulteriore termine di pagamento avrebbe comportato l'attribuzione di Fr. 40.- di spese amministrative.

Infatti, il 21 marzo 2010 (doc. 38) l'assicuratore malattia le ha inviato un sollecito di Fr. 280,40 + Fr. 40.- da versare entro il 5 aprile 2010, altrimenti avrebbe adito le vie legali.

Ed in realtà, trascorsi altri 14 giorni, il contratto è stato rescisso.

Anche per il premio di febbraio 2010 di Fr. 287,20 chiesto con fattura del 2 gennaio 2010 (doc. 32) all'assicurata è stato dapprima inviato il

## **E. 21**

cpv. 2 LCA) - anche se gli ammontari di questi ultimi dovessero essere esigui (DTF 112 II 463) -, gli obblighi dell'assicuratore rinascono dal momento in cui l'importo del premio arretrato è stato interamente pagato (ex nunc). Il pagamento non esplica effetti retroattivi a partire da quando gli obblighi dell'assicuratore sono stati sospesi (TD BE in RUA XIII n.

91, in: Carron, op. cit., n. 196 pag. 67).

Gli obblighi dell'assicuratore rinascono dunque soltanto a condizione che egli abbia accettato più tardi il pagamento del premio scaduto (KuHn/Montavon, op. cit., pag. 202).

Come indicato in precedenza, se l'assicuratore accetta il pagamento del nuovo premio prima che il premio arretrato sia stato soluto, ciò non significa che egli rinunci alla sospensione del contratto. L'assicuratore può prevalersi della sospensione della copertura anche se il precetto esecutivo teso al recupero del premio scaduto è notificato dopo il pagamento del nuovo premio (DTF 103 II 204). La sospensione della copertura assicurativa si ripercuote sugli obblighi dell'assicuratore, e né la scadenza né il pagamento di un premio susseguente hanno per effetto che la garanzia contrattuale fornita dall'assicuratore torni in vigore (DTF 103 II 204, STF in RUA XIV n. 32, in: Carron, op. cit., n. 188 pag. 65; Vincent BrulHart, *Droit des assurances privées*, Berna 2008, pag. 259 n. 569). Il rapporto d'assicurazione fra l'assicuratore e l'assicurato rinasce soltanto per accordo delle parti (STF in RUA VIII n. 25/109, in: CarrÉ, op. cit., pag. 218 ad art. 21 LCA). Grazie al solo pagamento, l'assicurato non

può infatti rimettere unilateralmente in vigore il contratto: il pagamento va infatti accettato da parte dell'assicuratore (art. 21 cpv. 2 LCA).

2.8.4. Il contenuto delle diffide (solleciti) del 21 marzo 2010 notificate all'attrice rispetta le esigenze formali previste dalla legge e chiarite dalla giurisprudenza federale (DTF 128 III 186), per cui l'assicuratore poteva legittimamente sospendere il contratto.

Con sentenza del 25 aprile 2002, pubblicata in DTF 128 III 186, il Tribunale federale ha infatti ritenuto che la diffida prevista dall'art. 20 cpv. 1 LCA, con cui l'assicuratore diffida il debitore a pagare entro quattordici giorni il premio scaduto, deve indicare tutte le conseguenze della mora e cioè non solo la sospensione della copertura assicurativa a partire dalla scadenza del termine di cui all'art. 20 cpv. 3 LCA, ma anche il diritto dell'assicuratore di recedere dal contratto rispettivamente la presunzione di tale recesso secondo l'art. 21 cpv. 1 LCA.

L'esigenza di una diffida scritta che ricordi al debitore quali siano le conseguenze del ritardo nel pagamento del premio scaduto nel termine di quattordici giorni è data principalmente per proteggere l'assicurato. Se infatti si avvertisse l'assicurato unicamente che, qualora il premio scaduto non fosse pagato nel termine legale, gli obblighi dell'assicuratore verrebbero sospesi, l'interessato non potrebbe di certo immaginare – visto che la diffida, incompleta, lo indurrebbe in errore su questo punto – che dalla scadenza di detto termine l'assicuratore abbia pure il diritto di recedere dal contratto. Solo una diffida effettuata correttamente, in conformità all'art. 20 LCA, può provocare la valida messa in mora del debitore del premio e la sospensione degli obblighi dell'assicuratore. La diffida non deve comunque essere obbligatoriamente inviata per raccomandata. L'atto che contiene ciò che prevede la legge è valido anche se non è stato spedito con un invio raccomandato, a condizione tuttavia che la sua notifica possa essere provata. Nel caso di comunicazioni che sospendono gli obblighi propri dell'assicuratore, l'onere della prova dell'invio spetta infatti a quest'ultimo (TC SZ in RUA XIV n. 29, in: Carron, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Friburgo 1997, n. 184 pag. 63).

Come indicato in precedenza, la messa in mora dell'assicurato si concretizza quando dall'invio – e non dalla notifica (Vincent BrulHart, op. cit., pag. 256 n. 563) - della diffida

trascorre infruttuoso il termine legale di quattordici giorni ossia se, in questo lasso di tempo, il debitore non procede a versare all'assicuratore il premio scaduto. La diffida è un atto che va comunque notificato all'assicurato, il quale deve essere messo in condizione di sapere quando scade il termine di grazia di quattordici giorni per effettuare il pagamento dei premi scaduti.

2.8.5. Nella presente fattispecie il 21 marzo 2010 l'assicuratore ha notificato all'attrice due diffide - denominate sollecito - sia per la fattura del 5 dicembre 2009 ancora non pagata relativa al premio di gennaio 2010, sia per la fattura del 2 gennaio 2010 per il mese di febbraio 2010, mettendola al corrente della data di scadenza (5 aprile 2010) entro cui il pagamento degli importi dovuti (Fr. 320,40 + Fr. 270,90) doveva avvenire.

Sotto questo aspetto, dunque, il comportamento del convenuto non è censurabile, avendo esso diffidato per iscritto la debitrice ad effettuare il versamento dei premi arretrati entro un termine che rispettava il termine di grazia di quattordici giorni previsto dall'art. 20 cpv. 1 LCA.

Inoltre, le diffide del 21 marzo 2010 hanno avvertito la stipulante della polizza assicurativa di tutte le conseguenze legali derivanti dal mancato pagamento nel termine di grazia dei premi LCA ancora scoperti (mora dello stipulante), così come previsto dalla LCA (DTF 128 III 190 consid. 2f). D'un canto, infatti, essa ha invitato l'attrice ad effettuare il pagamento entro quattordici giorni, avvertendola che in caso di inadempienza sarebbe venuto meno qualsiasi diritto a prestazioni dall'assicurazione. Pertanto, per malattie, infortuni e le loro conseguenze che fossero sorti durante l'obbligo di prestazioni, nemmeno pagando successivamente l'importo dovuto l'assicurata avrebbe potuto fare valere il suo diritto a prestazioni. In altre parole, gli obblighi dell'assicuratore sarebbero stati sospesi sino al pagamento del debito. D'altro canto, il convenuto ha avvisato la stipulante morosa che, all'occorrenza, il contratto assicurativo avrebbe potuto essere rescisso.

Le diffide contemplano quindi entrambe le conseguenze possibili della mora (art. 20 cpv. 1 LCA): la sospensione della copertura assicurativa e quindi anche degli obblighi dell'assicuratore nei confronti della parte contraente a partire dalla scadenza del termine di grazia (art. 20 cpv. 3 LCA) ed il diritto dello stesso assicuratore di recedere dal contratto assicurativo in essere (Vincent Brulhart, op. cit., pag. 255 n. 562).

Le diffide in esame vanno di conseguenza considerate conformi ai dettami di legge (artt. 20 e 21 LCA) e quindi potevano regolarmente produrre gli effetti giuridici previsti per ciò che concerne la copertura assicurativa dell'attrice. V'è stata dunque una valida messa in mora della stipulante della polizza in esame per la copertura \_\_\_\_\_.

Per la copertura \_\_\_\_\_, va qui segnalato che è vero che l'attrice ha fatto fronte al pagamento dei relativi premi per l'anno 2010 (cfr. consid. 2.9.3); tuttavia, già il premio del mese di gennaio 2010, versato il 23 gennaio 2010 (doc. I), è stato corrisposto in ritardo, giacché il termine di pagamento scadeva, come visto, il 9 gennaio 2010 (doc. 31). È infatti solo nel termine di grazia di 14 giorni fissato con il richiamo di pagamento del 17 gennaio 2010 (doc. 35), scadente il 1° febbraio 2010, che l'attrice ha versato all'assicuratore, su un conto diverso da quello figurante sulle polizze di versamento inviatele, l'importo di Fr. 44,50 (doc. I).

Ciò nonostante, pur essendo stata versata nei termini di legge concessi dall'art. 20 cpv. 1 LCA, tale somma non corrisponde al premio che l'attrice doveva erogare al suo assicuratore

malattia, ossia l'importo di Fr. 49,50 per la copertura \_\_\_\_\_. Di conseguenza, è a giusta ragione che si può ritenere che vi sia stato un ritardo nel pagamento del premio altresì per questa assicurazione complementare e che, pertanto, anch'essa sia stata correttamente sospesa dall'assicuratore malattia nel 2010.

In seguito, poiché entro i due mesi di tempo dalla scadenza del termine fissato all'art. 20 LCA (art. 21 cpv. 1 LCA), e meglio entro il 5 giugno 2010, l'assicuratore non ha richiesto per via esecutiva il pagamento dei premi arretrati dovuti, si è realizzata la presunzione irrefragabile che il convenuto sia receduto dal contratto ed abbia rinunciato al pagamento del premio. 2.8.6. Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicuratore malattia, dopo avere inizialmente interrotto le coperture \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ a motivo del mancato pagamento dei relativi premi, ha proceduto il 5 luglio 2010 (doc. J), con conferma del 17 settembre 2010 (doc. 11), sentite le rimostranze dell'Ombudsman dell'assicurazione malattie e dopo avere avuto un colloquio con l'attrice, all'eccezionale riattivazione delle citate coperture, e ciò ex tunc.

Questa riattivazione, che ha comportato la validità ininterrotta di detta assicurazione retroattivamente dal 1° gennaio 2010, ha fatto nascere la richiesta all'interessata della corresponsione dei relativi premi assicurativi per tutto il 2010.

Va qui rilevato che, secondo giurisprudenza, entrambe le citate coperture non avrebbero in realtà potuto essere riattivate in assenza del pagamento del dovuto da parte della debitrice (per la copertura \_\_\_\_\_, sebbene le altre mensilità di premio siano state saldate (in ritardo), rimanevano sempre scoperti Fr. 5.- per il mese di gennaio 2010). L'assicuratore, al fine di andare incontro all'assicurata e non sottoporla ad un nuovo esame del rischio (del suo stato di salute come da prassi), ha fatto eccezionalmente riattivare ex tunc le coperture. Da ciò è discesa la pretesa di pagamento dei premi da gennaio sino a dicembre 2010 e non solo dal 1° settembre 2010.

L'agire dell'assicuratore malattia, che ha generato non poca confusione agli occhi dell'assicurata sulla validità delle sue coperture complementari (dapprima le ha annullate e poi le ha riattivate), ha però comportato che dette assicurazioni sono rimaste sempre comunque in sostanza regolarmente in essere. Di conseguenza, per poterne beneficiare l'assicurata era tenuta a saldare tutti i premi per il 2010.

Questo comportamento poco chiaro di CV 1 ha causato non poche difficoltà all'assicurata (doc. IV punti 41 e 42). L'attrice ha infatti dapprima sospeso il pagamento dei premi (seppure per altri motivi, quali l'aumento dei premi (doc. IV punto 38) di cui si dirà in seguito) e poi ha ritenuto - erroneamente - che il

contratto fosse stato riattivato (soltanto) da settembre 2010 (doc. 15), pretendendo quindi di versare solo questi quattro mesi di premi visto che, a suo dire, per il periodo da gennaio ad agosto 2010 il contratto era stato interrotto e quindi non sarebbe stata più assicurata e nemmeno debitrice dei relativi premi. Questa considerazione contrasta, però, con il chiaro tenore dello scritto del 17 settembre 2010 dell'assicuratore, in cui ha indicato chiaramente che la riattivazione delle coperture esistenti sarebbe avvenuta dal 1° gennaio 2010.

Di conseguenza, la richiesta dell'attrice di essere esonerata dal pagamento dei premi per l'assicurazione \_\_\_\_\_ per l'anno 2010 (doc. IV punto 68) non può essere accolta, dato che questa copertura - e così pure la \_\_\_\_\_ - è stata riattivata retroattivamente dal 1° gennaio 2010.

2.9. Resta ora da determinare l'ammontare dei premi dovuti nel 2010, ma anche per gli anni successivi, stante la pretesa dell'attrice di rimborsarle i premi pagati in eccesso per il 2011 (Fr. 451,80) ed il 2012 (Fr. 445,20) (doc. XXIV).

2.9.1. Questa richiesta si inserisce sulla problematica del cambiamento della fascia di età per gli anni 2010, 2011, 2012 e 2013.

L'attrice, compiendo 76 anni nel corso del 2010, dal 1° gennaio 2010 è stata spostata nella nuova fascia di età (76-80 anni) introdotta il 1° gennaio 2008. Questo spostamento di categoria ha comportato un aumento dei premi a cui l'assicurata si è opposta, sottoponendo il caso all'autorità di garanzia. Nell'attesa di un chiarimento, essa non ha più corrisposto i premi dovuti. Ciò, come visto, ha portato l'assicuratore malattia ad interrompere entrambe le coperture e quindi a stralciarle, per poi riattivarle e quindi ad avere una regolare continuazione della validità, ininterrotta, del contratto assicurativo.

Dopo l'intervento dell'Ombudsman e le proteste dell'attrice, con lettera del 5 luglio 2010 (doc. J) CV 1 ha infatti retroattivamente ripristinato le coperture \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ dal 1° gennaio 2010. Poi, per venire incontro all'assicurata, l'assicuratore ha calcolato il premio in funzione della fascia di età 71-75 anni, ossia la fascia che nello scritto del 9 novembre 2005 era stata qualificata come "livello massimo". Il premio è stato fissato in Fr. 202,20. L'assicuratore malattia ha infine precisato che dal 1° gennaio 2011 i premi sarebbero però stati regolarmente calcolati in virtù della fascia di età 76-80 anni introdotta il 1° gennaio 2008.

L'attrice si è lamentata che nel 2010 e negli anni successivi il premio assicurativo per la copertura \_\_\_\_\_ è aumentato, seppure il 9 novembre 2005 (doc. D) l'assicuratore malattia le avesse garantito che non avrebbe più subito aumenti di premi, essendo già nella categoria massima. Il tenore di questa lettera è il seguente:

" (...) I premi delle coperture integrative secondo la Legge sul Contratto d'Assicurazione (LCA) vengono adeguati, in linea di principio, in base all'età effettiva delle persone assicurate. Inoltre, CV 1, può ridefinire annualmente la tariffa dei premi in base all'evoluzione dei costi.

Quanto afferma esserle stato comunicato in passato, dalla nostra filiale di \_\_\_\_\_, è corretto per quanto concerne il discorso relativo alla fascia d'età. In questo caso, infatti, le confermiamo nuovamente che è già situata nel livello massimo e che non verranno dunque più effettuati adeguamenti in questo senso.

Il premio 2006 del prodotto \_\_\_\_\_ però, per tutti i nostri clienti, è aumentato del 2%. Per questo motivo, il suo premio mensile che nel 2005 ammontava, per la sola categoria ospedaliera, a CHF 148.20 è, dal 1.1.2006, di CHF 151.20 (...)"

Sulla scorta di questo scritto, l'attrice si è quindi sorpresa quando nel 2010, a sua insaputa, è stata spostata in una fascia di età superiore introdotta posteriormente alla comunicazione del 2005.

L'assicurata si è subito attivata contattando l'Ombudsman e, nel frattempo, ha sospeso il pagamento dei nuovi premi per la copertura \_\_\_\_\_.

2.9.2. A dire dell'attrice, questo scritto le permetterebbe di beneficiare di un premio agevolato per la copertura ivi menzionata, e meglio il premio di Fr. 148,20 valido nel 2005 dovrebbe rimanere tale per sempre, avendo essa raggiunto la categoria massima (doc. 10).

In seguito, dopo le trattative intervenute fra l'Ombudsman ed il suo assicuratore malattia, è stato convenuto che il premio valido nel 2009 (Fr. 202,20) sarebbe stato applicato anche nel 2010. Il 5 luglio 2010 l'assicuratore convenuto ha infatti confermato l'eccezionalità di questa misura, precisando però che per gli anni seguenti il premio sarebbe stato quello applicabile alla fascia di età 76-80 e non più 71-75 anni. Con la petizione, però, l'attrice ha preteso che il premio relativo alla fascia 71-75 le sia conteggiato non soltanto per l'anno 2010, bensì anche per gli anni a venire (2011, 2012 e 2013). Di conseguenza, essa ha chiesto la restituzione degli importi dei premi che ha versato in eccesso negli anni 2011 e 2012.

La lettera del 9 novembre 2005, secondo questo Tribunale, non può assumere valore di garanzia di immobilità del premio per la copertura \_\_\_\_\_, poiché essa si limita solo a confermare che, a quel momento, l'assicurata era situata nel livello massimo, visto che era appena entrata nella fascia di età 71-75 anni (essendo nata nel 1934) e la nuova categoria 76-80, a tutti gli effetti, non esisteva ancora. Quindi era vero che l'attrice si trovava, allora, nella categoria massima e che pertanto non vi sarebbe potuto più essere alcun adeguamento di categoria. Il premio, invece, come tale poteva essere soggetto ad aumenti, così come è stato spiegato per l'anno 2006. A ben vedere, dunque, l'assicuratore malattia non ha promesso all'interessata di lasciarla vita natural durante nella categoria 71-75 anni, ma ha soltanto specificato che aveva raggiunto la fascia di età massima allora esistente, ciò che era corretto.

Questo scritto non può quindi essere interpretato diversamente.

Ciò non significa però ancora che l'assicuratore non fosse libero di modificare questo od altri elementi per calcolare il premio. In effetti, con il 1° gennaio 2008 CV 1 ha creato una nuova fascia di età per gli assicurati aventi tra i 76 e gli 80 anni. L'assicuratore malattia ha ricordato di aver informato debitamente l'attrice di questa novità già a suo tempo, ovvero quando nell'autunno 2007 le ha inviato la polizza per i nuovi premi per l'anno 2008, accompagnata sia dalle nuove Condizioni Generali di Assicurazione (doc. C) sia dalle nuove Condizioni Supplementari d'Assicurazione \_\_\_\_\_ (doc. H).

Ora, anche se l'assicurata nega di avere mai ricevuto tale scritto, e dunque nega di essere stata al corrente di questa importante modifica, ciò che conta è che il contratto assicurativo fra le parti viene rinnovato ogni anno. Pertanto, ogni anno è a sé stante e dunque l'attrice ha (e aveva) la possibilità annualmente di recedere dal contratto che la vincola(va) all'assicuratore malattia per la copertura \_\_\_\_\_.

Le stesse CGA, all'art. 10, prevedono espressamente tale diritto, secondo cui la disdetta deve essere data per la fine di un anno civile osservando un preavviso di tre mesi. Questo termine di disdetta vale nei casi ordinari di rescissione.

Per contro, laddove intervenga un cambiamento della copertura assicurativa, fa stato un termine di disdetta diverso. Infatti, l'art. 16 CGA dispone che l'assicuratore può ridefinire annualmente la tariffa dei premi, la franchigia e l'aliquota percentuale in base al passaggio a un'altra fascia d'età, allo sviluppo dei costi, all'andamento dei sinistri e all'adeguamento dell'estensione della copertura. L'assicuratore comunica tali adeguamenti per iscritto ai contraenti. Se essi non sono d'accordo con la nuova normativa, possono disdire le relative assicurazioni con effetto a partire dalla data della modifica. Se entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica l'assicuratore non riceve alcuna disdetta, la modifica si considera accettata.

Di conseguenza, poiché giusta l'art. 12.1 CGA i premi sono generalmente adeguati all'età delle persone assicurate e con il compimento dei 76 anni l'assicurata è stata posta nella nuova fascia di età (76-80 anni) con conseguente aumento dei premi, in caso di disaccordo - come in effetti c'è stato da parte dell'attrice - l'interessata avrebbe potuto (e dovuto) disdire la sua copertura assicurativa entro 30 giorni dalla comunicazione dei nuovi premi.

In concreto, quindi, nel mese di novembre 2009 avrebbe potuto disdire la copertura \_\_\_\_\_, senza dunque rispettare il termine ordinario di disdetta di tre mesi. Non facendolo, ma limitandosi a non pagare i premi aumentati a causa del cambio della categoria di assicurati, la modifica dei premi dal 1° gennaio è diventata contrattualmente vincolante anche per l'attrice, così come emerge chiaramente dall'art. 16 CGA.

A nulla valgono pertanto le sue rimostranze sull'ammontare del premio per l'anno 2010 e così pure per gli anni seguenti. In tali circostanze, la pretesa dell'attrice di farsi rimborsare la differenza di premio pagata negli anni 2011 e 2012 va respinta.

A titolo transattivo, l'assicuratore malattia ha proposto riattivare la copertura assicurativa (nel frattempo interrotta stante il mancato pagamento dei premi per il 2010) e di applicare per l'anno 2010 i premi validi nel 2009 (Fr. 202,20).

Tanto lo scritto del 5 luglio 2010 (doc. J) quanto quello del 17 settembre 2010 (doc. 11) confermano questa disponibilità, ma indicano che per gli anni successivi avrebbe fatto stato la nuova fascia d'età.

2.9.3. Il 25 settembre 2010 (doc. K) CV 1 ha inviato all'assicurata una fattura per i premi LCA da settembre a novembre 2010, pari a Fr. 861,60. Ciò significa che ogni mese è stato fatturato Fr. 287,20, ossia Fr. 237,70 per la copertura \_\_\_\_\_ e Fr. 49,50 per la copertura \_\_\_\_\_.

La richiesta di questa somma non è corretta perché, come visto, l'assicuratore malattia aveva ritenuto che anche per l'anno 2010 i premi per la copertura \_\_\_\_\_ fossero pari a Fr. 202,20 come per il 2009 (doc. L).

Anche i successivi solleciti del 19 gennaio 2011 (doc. L), del 10 ottobre 2011 (doc. M) e del 7 novembre 2011 (doc. O) sono errati, nella misura in cui pretendevano dall'attrice il pagamento di un premio di Fr. 287,20 per i mesi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2010, anziché dei previsti Fr. 202,20.

La richiesta di Fr. 282,55 per il mese di gennaio 2011 è invece corretta poiché, come detto, l'assicuratore malattia convenuto ha accettato di praticare all'interessata un premio più basso soltanto per l'anno 2010, mentre per i successivi anni tornava applicabile il premio regolarmente in uso per quella copertura a dipendenza della sua età e di altre condizioni (art. 12.1 CGA). Pertanto, qualora essa non avesse concordato con il premio applicato per l'anno seguente, in virtù dell'art. 16 CGA avrebbe potuto recedere dal contratto entro 30 giorni dalla notifica della nuova polizza assicurativa, ciò che l'assicurata non ha però fatto e, così, era tenuta a corrispondere per intero i premi richiesti.

Quanto all'obiezione sollevata dall'attrice, secondo cui i premi per l'assicurazione complementare \_\_\_\_\_ fossero già stati pagati con bollettini di versamento separati, essa non può essere accolta per il mese di settembre 2010, poiché agli atti manca proprio la prova dell'avvenuto pagamento. Al riguardo, l'assicurata medesima ha indicato di non trovare più il cedolino di pagamento per settembre 2010 (doc. I) ed anche l'estratto conto dell'8 febbraio 2012 (doc. S) non conferma che per il mese di settembre sia intervenuto il

pagamento di Fr. 49,50; anzi,

dallo stesso risulta (addirittura) che il 2 settembre 2010 l'assicuratore ha rimborsato all'interessata questa somma. L'estratto conto del 20 dicembre 2011 (doc. P) precisa invece che per settembre il premio è stato corrisposto il 23 agosto 2010 - seppure con quel versamento la volontà dell'attrice fosse il pagamento del mese di agosto 2010 - e che il 2 settembre 2010 l'importo di Fr. 49,50 è stato restituito all'assicurata. Anche per il premio di gennaio 2010, come già evidenziato (cfr. consid. 2.8.5), in realtà questa mensilità non è stata interamente saldata, mancando infatti Fr. 5.- sul totale dovuto (doc. I).

Per tutti gli altri mesi, è comprovato che l'attrice ha regolarmente corrisposto (seppure in ritardo, art. 13.1 CGA) i premi per la copertura \_\_\_\_\_ e che i relativi importi sono stati debitamente accreditati sul suo conto, tranne però il versamento del 16 luglio 2010 che, inspiegabilmente, non è mai stato registrato come tale.

Per contro, nel richiamo di pagamento del 15 agosto 2010 (doc. 12) l'assicuratore malattia ha preteso il pagamento di Fr. 196,30 per prestazioni LAMal conteggiate il 19 giugno 2010 e ha posto in compensazione un' "Entrata manuale di pagamenti LAMal" del 20 luglio 2010 di Fr. 49,50 (conteggio n. \_\_\_\_\_), cosicché il saldo dovuto ammontava a Fr. 146,80. Tuttavia, l'attrice ha comprovato di avere già pagato il 21 luglio 2010 l'importo di Fr. 196,30 e ha osservato che i Fr. 49,50 erano i premi di luglio 2010 della copertura \_\_\_\_\_. Di conseguenza, il versamento di Fr. 49,50 effettuato il 16 luglio 2010 dall'assicurata con l'intenzione, ma tuttavia non anche con l'espressa indicazione, di andare a coprire il premio di luglio della \_\_\_\_\_, è verosimilmente stato posto in compensazione con debiti sulle prestazioni derivanti dalla copertura LAMal, malgrado che l'interessata avesse regolarmente saldato la fattura di Fr. 196,30, visto che tale importo non figura in nessuno dei due estratti conti concernenti i pagamenti dei soli premi LAMal e LCA.

2.9.4. Seppure a seguito del sollecito del 19 gennaio 2011 (doc. L) l'assicurata abbia a giusta ragione espresso le sue rimostranze, ricordando che "la copertura \_\_\_\_\_, da \_\_\_\_\_, è stata stabilita a fr. 202,20" (non è però corretto affermare sia che tale importo sia stato fissato "Per gli ultimi mesi del 2010", dato che l'assicuratore malattia ha riattivato - giustamente - sin dal 1° gennaio 2010 la copertura \_\_\_\_\_, sia che a questo premio si debba dedurre Fr. "6,80" di "tassa sull'ambiente", dato che questo importo si riferisce esclusivamente alla LAMal (doc. P) e, peraltro, nemmeno poteva né doveva essere restituito all'attrice, trattandosi della differenza positiva risultante fra il premio LAMal dovuto nel 2010 e l'ammontare della riduzione cantonale dei premi LAMal di cui beneficiava l'interessata (doc. K)), CV 1 ha preteso ancora, il 10 ottobre 2011 (doc. M), il pagamento delle mensilità da settembre a dicembre 2010 e di gennaio 2011, usando però cifre più elevate. Da un lato, infatti, il premio dovuto nel 2010 doveva ammontare a Fr. 202,20 più Fr. 49,50 e non a Fr. 237,70 più Fr. 49,50, ossia a Fr. 287,20. Inoltre, poiché l'attrice aveva versato i premi per la copertura \_\_\_\_\_ mensilmente già nel corso del 2010 (doc. I),

l'assicuratore malattia era malvenuto, un anno dopo, a richiedere ancora la corresponsione di Fr. 49,50 per gli ultimi quattro mesi del 2010 (importo inglobato nei Fr. 287,20). Dall'altro lato, va pure ricordato che il premio di gennaio 2011 di Fr. 282,55 era già stato pagato dall'assicurata - seppure in ritardo - il 1° marzo 2011 (doc. M), quindi l'assicuratore non era legittimato a pretendere nuovamente questo importo. Va però osservato che sia nel

sollecito del gennaio 2011 sia nel seguente dell'ottobre 2011, il creditore ha dedotto dal debito totale dei pagamenti intervenuti (Fr. 172,95 e Fr. 455,50), senza però che si capisca a quali premi e/o altro essi si riferiscano.

Soltanto 10 giorni prima, il 29 settembre 2011 (doc. N), l'attrice aveva inviato all'assicuratore malattia una nota riassuntiva dei premi dovuti e pagati, ricordando come la copertura \_\_\_\_\_ ammontasse, dopo intervenuto accordo fra le parti, a Fr. 202,20, e la copertura \_\_\_\_\_ a Fr. 49,50. Ogni mese si doveva poi dedurre la tassa sull'ambiente di Fr. 6,80, per un premio mensile ancora dovuto di Fr. 244,90 rispettivamente di Fr. 979,60 per le mensilità da settembre a dicembre 2010. Nel suo scritto, l'assicurata ha osservato che malgrado abbia regolarmente corrisposto durante tutto l'anno 2010 il premio di Fr. 49,50 per la copertura complementare \_\_\_\_\_, tuttavia il suo assicuratore malattia ha affermato di non avere mai ricevuto alcunché, motivo per cui non le ha riconosciuto il 90% delle medicine comprate, come invece prevede questa copertura. Di conseguenza, l'interessata ha chiesto che "L'importo che ho versato e non utilizzato per le mie prestazioni mi sono dovute." (doc. N). Pertanto, ha postulato il rimborso di Fr. 594.-, pari a 12 mesi del 2010 in cui ha pagato il premio di Fr. 49,50. A questo importo ha dedotto il rimborso di Fr. 54,40 per le tasse sull'ambiente da gennaio ad agosto 2010 (Fr. 6,80 x 8). In totale, l'assicurata ha calcolato che doveva versare a favore dell'assicuratore la differenza di Fr. 331,20 (Fr. 979,60 - Fr. 594.- - Fr. 54,40). Il 30 ottobre 2011 (doc. N) l'attrice ha effettuato un versamento di Fr. 297,65 al suo assicuratore, indicando, quale motivo del versamento: "Saldo premi \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ settembre, ottobre novembre e dicembre 2010, ./ Fr. 33.55 Blocco vedi lettera e Nota riassuntiva del 29 settembre 2011". Questo importo è stato in realtà accreditato sui "Premi settembre- novembre 2010" (doc. P).

Da quanto precede discende dunque che l'assicurata, ritenendo (erroneamente) di dovere riavere i premi che ha, a suo dire, inutilmente corrisposto per la copertura complementare \_\_\_\_\_, dato che non ne ha potuto approfittare, li ha compensati con i quattro mesi del 2010 ancora dovuti per la copertura \_\_\_\_\_ e la \_\_\_\_\_.

È evidente che questo modo di agire non è corretto e quindi che non poteva essere messo in atto da parte dell'assicurata. I premi dell'assicurazione \_\_\_\_\_ non potevano più essere pretesi in restituzione, tanto più che essi erano dovuti ed erano anche stati

(seppure in ritardo) corrisposti (cfr. consid. 2.9.3) - a differenza dei premi per la copertura \_\_\_\_\_. Peraltro, nella compensazione adottata dalla debitrice, la stessa ha da una parte riconosciuto di dovere versare il premio della copertura \_\_\_\_\_ per i mesi da settembre a dicembre 2010, mentre d'altra parte ha preteso la restituzione delle 12 mensilità pagate per questa stessa assicurazione. Così facendo, però, è come se l'assicurata avesse in sostanza pagato soltanto 4 mesi di premi per l'assicurazione complementare \_\_\_\_\_ e quindi sarebbero poi rimaste ancora dovute otto mensilità di premi.

In conclusione, la differenza di Fr. 297,65 che l'interessata ha autonomamente calcolato e versato il 30 ottobre 2011, secondo l'estratto conto del 20 dicembre 2011 (doc. P) è stata accreditata il 7 novembre 2011 dall'assicuratore sui premi del periodo da settembre a novembre 2010, periodo che era stato fatturato il 25 settembre 2010 in Fr. 861,60. Questo importo costituisce però soltanto una parte dei premi dovuti.

A completazione di questo debito, l'assicuratore malattia ha poi computato l'ammontare di Fr. 846,60 versato l'11 novembre 2011 (doc. O), chiesto con il sollecito del 7 novembre 2011 (doc. O) per i (soliti) quattro mesi del 2010 ed il mese di gennaio 2011. Una gran

parte, Fr. 507,65, è infatti stata imputata anch'essa sui premi settembre-novembre 2010. La parte restante, Fr. 181,40, è stata accreditata sul premio di dicembre 2010 ed altri Fr. 40.- sono stati conteggiati sulle spese amministrative avute per l'incasso del premio di gennaio 2011 (doc. P). Non è invece data a sapere la destinazione della differenza di Fr. 117,55.

Così, i conti tornano. In effetti, con la fattura del 25 settembre 2010 l'assicuratore convenuto ha chiesto il pagamento di Fr. 861,60 per i mesi da settembre a novembre 2010. Come visto, questo importo corrisponde al premio completo (e aumentato) delle coperture \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (Fr. 287,20 x 3). L'assicuratore malattia ha utilizzato i versamenti di Fr. 297,65 e di Fr. 846,60, ma quest'ultimo nella misura di Fr. 507,65, per saldare i premi per settembre, ottobre e novembre 2010, a cui ha (erroneamente) aggiunto Fr. 6,80 (tuttavia attinente alla LAMal) e Fr. 49,50 (pagato il 16 ottobre 2010 dall'attrice quale mensilità di ottobre per la copertura \_\_\_\_\_), per ottenere appunto la somma richiesta di Fr. 861,60.

È quindi giusto affermare che con i due succitati pagamenti (l'ammontare di Fr. 846,60 è stato corrisposto su consiglio dell'Ombudsman dell'assicurazione malattie, anche se era accompagnato dalla dicitura che esso non costituiva un riconoscimento di debito), l'assicurata ha saldato interamente i premi di settembre, ottobre e novembre 2010, validi sia per la copertura \_\_\_\_\_ sia per la copertura \_\_\_\_\_, pagando in effetti un premio superiore a quanto le era stato garantito.

Di conseguenza, per questi tre mesi l'attrice ha diritto al rimborso della differenza di premio fra il premio effettivamente corrisposto per l'assicurazione \_\_\_\_\_ (Fr. 237,70) e quanto avrebbe dovuto in realtà versare (Fr. 202,20).

Lo stesso vale per il mese di dicembre 2010. Infatti, anche questo mese è stato erroneamente reclamato da CV 1 in Fr. 287,20 (Fr. 237,70 + Fr. 49,50), contro i Fr. 251,70 (Fr. 202,20 + Fr. 49,50) decisi il 17 settembre 2010, e l'assicurata ha corrisposto la somma di Fr. 287,20. L'estratto conto del 20 dicembre 2011 (doc. P) indica in effetti che dal pagamento di Fr. 846,60 l'assicuratore ha scorporato l'importo di Fr. 181,40 e l'ha accreditato sul premio di dicembre 2010. Unitamente al versamento di Fr. 99.- che l'interessata aveva già effettuato quale pagamento dei premi per l'assicurazione \_\_\_\_\_ per i mesi di novembre e dicembre 2010, e all'importo di Fr. 6,80 - seppure, come detto, relativo alla LAMal -, l'assicuratore ha ritenuto che la mensilità di dicembre 2010 fosse stata saldata. Alla luce di quanto esposto, non si può certo dire che l'attrice abbia pagato due volte i premi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2010, sia per la copertura \_\_\_\_\_ sia per l'assicurazione complementare \_\_\_\_\_. Come visto, tanto il pagamento (spontaneo) di Fr. 297,65 che l'assicurata ha effettuato il 30 ottobre 2011, quanto quello di Fr. 846,60 sollecitato il 7 novembre 2011 e pagato l'11 seguente, sono andati a colmare proprio le lacune per queste quattro mensilità. Va infatti ribadito che con l'(errata) compensazione effettuata dall'interessata il 29 settembre 2011, che ha dato luogo al citato versamento di Fr. 297,65, l'attrice non ha già saldato i premi da settembre a dicembre 2010, come più volte ha sostenuto, ma ha unicamente fatto fronte al pagamento di poco più di un premio mensile completo di Fr. 287,20. Se si seguisse il suo ragionamento, l'assicurata sarebbe quindi debitrice di otto mensilità per l'assicurazione complementare \_\_\_\_\_, visto che i premi che aveva già versati per l'anno 2010 li ha autonomamente detratti e posti in compensazione con i premi da settembre a dicembre 2010 ancora dovuti. Così facendo, però, senza avere pagato i relativi premi, parte attrice non potrebbe pretendere il riconoscimento di prestazioni derivanti dalla copertura \_\_\_\_\_ - che questo Tribunale

non le ha comunque concesso sia a causa dell'intervenuta prescrizione, sia perché il premio di gennaio 2010 non è stato interamente pagato e ciò ha dato luogo alla relativa sospensione contrattuale (cfr. consid. 2.5, 2.8.5 e 2.9.3).

Nel caso di specie, fondamentale è capire che sono gli importi pagati, accreditati dall'assicuratore malattia sui premi dovuti, che comprovano se la debitrice ha saldato o no determinati premi. Per contro, l'attribuzione che essa stessa ha dato ai versamenti che ha fatto rispettivamente che figurava sui diversi solleciti di pagamento (per esempio, premi per settembre-dicembre 2010 e gennaio 2011), non è (più) determinante, visto che le iniziali pretese di pagamento da parte dell'assicuratore sono state superate dai successivi accrediti, che sono avvenuti, in assenza di specifica indicazione

della debitrice, sui premi più vecchi ancora dovuti (art. 87 CO). L'estratto conto del 20 dicembre 2011 chiarisce perfettamente questa situazione.

A questo proposito, va inoltre segnalato che il pagamento del premio di gennaio 2011 è stato eseguito (soltanto) il 1° marzo 2011 (doc. R). Poco importa, quindi, che nei tre noti solleciti di pagamento ricevuti nel corso del 2011 si menzionasse, oltre agli ultimi quattro mesi del 2010, anche il mese di gennaio 2011. Da qui nasce infatti l'errata convinzione dell'attrice di avere pagato due, se non addirittura tre volte, il premio di gennaio 2011, ossia tramite il pagamento di Fr. 846,60, ma anche il 1° marzo 2011. Questo assunto è sbagliato perché, come visto, l'ammontare di Fr. 846,60, seppure fosse effettivamente contraddistinto come importo necessario per saldare i premi da settembre 2010 a gennaio 2011, in realtà è servito unicamente per pagare l'ultimo quadrimestre del 2010 (doc. P).

In esito a quanto esposto, va respinta la pretesa di rimborso della somma di Fr. 1'143,65 (Fr. 846,60 + Fr. 297,65), oltre agli interessi del 5% (doc. IV domanda n. 2 del petitum e punto 68).

Da un lato, infatti, il TCA ha acclarato che l'attrice non ha manifestamente pagato due volte i premi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2010 per le assicurazioni \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. D'altro lato, tale importo non può nemmeno essere restituito, perché la copertura \_\_\_\_\_, inizialmente oggetto di rescissione, è stata riattivata (cfr. consid. 2.8), perciò il contratto assicurativo ha continuato ad esistere e l'assicurata era dunque sempre tenuta al versamento dei relativi premi.

AT 1 rimane debitrice dei premi da gennaio ad agosto 2010 per la copertura \_\_\_\_\_ (doc. P), visto che la compensazione operata a tale scopo non era lecita e quindi non è andata a buon fine, ma è servita per saldare altre mensilità di premi ancora scoperti.

L'attrice ha invece diritto al rimborso della differenza di premio fra i Fr. 202,20 dovuti ed i Fr. 237,70 effettivamente versati per le predette quattro mensilità.

2.9.5. Per quanto concerne la domanda di rimborso delle prestazioni maturate sotto la copertura \_\_\_\_\_ per gli anni 2011 e 2012 (doc. IV domanda n. 3 del petitum), che in un secondo tempo l'attrice ha quantificato in Fr. 2'000.- (doc. XXIV domanda n. 3 del petitum), dagli atti a disposizione risulta subito che l'attrice non ha beneficiato di trattamenti e/o cure mediche che potessero rientrare sotto questa assicurazione.

Le fatture agli atti concernono invece, per stessa ammissione dell'assicurata, la copertura \_\_\_\_\_. Per esempio, v'è la richiesta di pagamento di Fr. 225,05 del 29 ottobre 2011 (doc. T) per "prestazioni non assicurate" o ancora il conteggio del 23 luglio 2011 (doc. T), con cui l'assicuratore convenuto ha preteso il pagamento di

Fr. 4,20 e di Fr. 15,10 a causa del blocco delle prestazioni, che è stato messo in atto dopo che la fattura del 19 gennaio 2011 di Fr. 16,75 (doc. 29) - scorporata in Fr. 1,65 quale 10% del medicamento di Fr. 16,75 a carico dell'assicurata ed in Fr. 15,10 quale 90% non assunto per l'intervenuta sospensione del contratto -, è stata più volte sollecitata (docc.

## **E. 26**

e T), ma è stata onorata soltanto il 13 dicembre 2011 (docc. T e 27).

A quest'ultimo proposito va osservato che dagli atti (doc. 29) risulta che il 19 gennaio 2011 l'assicurata ha comprato delle medicine presso la Farmacia \_\_\_\_\_ per Fr. 61,40. Il conteggio delle prestazioni n. \_\_\_\_\_ del 9 aprile 2011 (doc. 29) spiega chiaramente che una parte dei medicinali è stata ammessa secondo l'assicurazione malattia di base LAMal del 2011 (Fr. 44,65) ed il 10% (Fr. 4,45) è stato posto a carico dell'assicurata. L'altra parte, non ammessa dalla LAMal, è stata riconosciuta dalla copertura complementare \_\_\_\_\_, che si assume il 90% dei medicinali non ammessi (Fr. 16,75). Pertanto, il 10% di questo costo (Fr. 1,65) è stato giustamente conteggiato all'assicurata, mentre il restante 90% (Fr. 15,10) doveva essere assunto dall'assicuratore malattia che, per contro, a causa del blocco delle prestazioni, l'ha fatturato all'interessata.

Il mancato pagamento dell'importo di Fr. 16,76, che è stato più volte sollecitato (docc. 26 e T), ha infine portato ad un blocco delle prestazioni, che è durato dal 17 luglio al 15 dicembre 2011, quando l'attrice ha effettuato il versamento di Fr. 26,85 (Fr. 16,75 [per prestazioni LCA] + Fr. 10,10 [Fr. 4,45 + Fr. 5,65 {10% del costo del trattamento del 29 marzo 2011 di Fr. 56,50 per analisi di laboratorio} per prestazioni riconosciute dalla LAMal]).

Ora, già il trattamento del 19 gennaio 2011 non è stato assunto dalla copertura \_\_\_\_\_, motivo per cui il problema doveva risiedere già a monte, ovvero nel mancato pagamento di partecipazioni ai costi e/o premi fatturati nel 2010 (cfr. consid. 2.8). Infatti, il 16 aprile 2013 (doc. XVI) l'assicuratore convenuto ha spiegato che il blocco derivava da una partecipazione ai costi di Fr. 32,30 che è stata fatturata il 30 ottobre 2010 (doc. V2) ed il cui pagamento doveva essere eseguito entro il 29 novembre 2010. Il 19 dicembre 2010 (doc. V5) è stato emesso un richiamo di pagamento, con termine per farvi fronte entro il 3 gennaio 2011 (conteggio n. \_\_\_\_\_). Non ricevendo il relativo pagamento, il 16 gennaio 2011 (doc. 30) CV 1 ha sollecitato l'assicurata ad effettuare il pagamento del credito di Fr. 32,30 e di Fr. 20,- di spese amministrative entro il 30 gennaio 2011, avvertendola delle conseguenze della mora. L'interessata ha contestato di dovere tale somma (doc. V4), ma un altro sollecito è stato inviato anche il 9 novembre 2011 (doc. T), finché il 19 dicembre 2011 (docc. T e 28) l'importo dovuto, ma senza spese amministrative, è stato accreditato sul conto dell'assicuratore malattia.

Come per i Fr. 16,75, l'importo di Fr. 32,30 rappresenta la quota parte di medicinali non ammessi dalla LAMal su una fattura della

Farmacia \_\_\_\_\_ di Fr. 120,60 dell'estate 2010. Per trattamenti dal 3 luglio al 25 agosto 2010, il costo totale di Fr. 120,60 è infatti stato suddiviso in Fr. 88,30 presi a carico come medicinali ammessi dalla LAMal nel 2010 e in Fr. 32,30 per medicinali non assunti al 90% nell'anno 2010, che la copertura \_\_\_\_\_ avrebbe dovuto quindi riconoscere in ragione del 90%, ovvero nella misura di Fr. 29,05, mentre i restanti Fr. 3,25, pari al 10%, rimanevano comunque a carico dell'assicurata. Ciò nonostante, la quota parte di Fr. 29,05 non è stata presa a carico dall'assicuratore malattia, giacché anche in tale

evenienza esisteva un blocco delle prestazioni.

Come già esposto (cfr. consid. 2.5 e 2.8.2), il TCA ha concluso che il rifiuto da parte dell'assicurata di pagare i premi per i mesi di gennaio 2010 e febbraio 2010 è stato sufficiente per portare l'assicuratore ad interrompere il contratto assicurativo dal 19 aprile 2010, dopo avere emesso un richiamo di pagamento ed un sollecito che l'avvertiva delle conseguenze della mora. In effetti, la fattura del 5 dicembre 2009 (doc. 31) relativa ai premi LAMal e LCA per il mese di gennaio 2010 doveva essere saldata entro il 9 gennaio 2010 ed il 17 gennaio 2010 (doc. 35) ha fatto seguito un richiamo di pagamento per l'importo di Fr. 280,40. Il 21 marzo 2010 (doc. 38) l'assicuratore malattia le ha inviato un sollecito di Fr. 280,40 + Fr. 40.-, da versare entro il 5 aprile 2010. Al mancato pagamento è seguita la disdetta.

Anche la fattura (2 gennaio 2010) per i premi di febbraio 2010 è stata dapprima richiamata il 21 febbraio 2010 e poi sollecitata il 21 marzo 2010. Come detto, poi, non ottenendo quanto di sua spettanza, l'assicuratore malattia ha provveduto dapprima ad interrompere il contratto con il conseguente blocco delle prestazioni attivato dal 19 aprile 2010 al 31 agosto 2010, poi a ripristinarlo stante l'intervenuto pagamento, seppure, come visto, oltre un anno dopo, dei premi per l'ultimo quadrimestre del 2010.

In concreto, infatti, l'assicurata è venuta meno all'adempimento del suo contratto assicurativo secondo LCA che, per l'anno 2010, prevedeva il pagamento di un premio totale inizialmente pari a Fr. 287,20, ma che poi, nel corso dell'anno, l'assicuratore malattia ha fissato in Fr. 251,70, avendo diminuito il premio della copertura \_\_\_\_\_, passato da Fr. 237,70 a Fr. 202,20.

In virtù di quanto precede, è quindi a buon diritto che le medicine non ammesse dalla LAMal ottenute nel periodo dal 3 luglio al 25 agosto 2010, e dunque quando l'assicurazione complementare era stata interrotta dal 19 aprile al 31 agosto 2010 a causa del mancato pagamento del premio di gennaio 2010 per la copertura \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.5 e 2.8.5), non siano state assunte in misura del 90% dall'assicuratore convenuto (art. 13.3 CGA). Pertanto, è corretto che il costo di Fr. 32,30 sia rimasto a carico dell'attrice in ragione del 100% e non soltanto del 10%, pari a Fr. 3,25.

Come visto, il mancato pagamento della fattura del 30 ottobre 2010

(doc. V2) ha portato al richiamo di pagamento del 19 dicembre 2010 (doc. V5) e infine al sollecito del 16 gennaio 2011 (doc. 30), il cui termine di pagamento del 30 è rimasto inevaso.

Ciò ha comportato un secondo blocco delle prestazioni fino al 15 novembre 2011, ovvero fino a quando l'ammontare di Fr. 846,60 è stato in parte accreditato sulle partecipazioni ai costi scoperte e sulle spese amministrative (doc. P).

Tuttavia, un terzo blocco delle prestazioni è sorto all'interno del secondo, ovvero quando l'importo di Fr. 16,75, che non è stato riconosciuto dall'assicuratore a causa del predetto blocco delle prestazioni attivato con il mancato pagamento di Fr. 32,30, non è stato versato dall'assicurata.

L'intervenuto accredito di Fr. 16,75 del 13 dicembre 2011, pervenuto all'assicuratore il 15 seguente (doc. 27), ha riattivato la copertura sospesa dal 17 luglio al 15 dicembre 2011 (docc. XII e 28) sulla base del sollecito del 18 giugno 2011 (doc. 26). Infine, è soltanto con il pagamento di Fr. 32,30 accreditato sul conto dell'assicuratore convenuto il 19 dicembre

2011 (doc. T) che l'intero contratto è stato completamente riattivato (doc. XII).

In conclusione, da un lato il mancato (\_\_\_\_\_) e d'altro lato il parziale (\_\_\_\_\_) pagamento dei premi di gennaio 2010 per entrambe le coperture LCA, ha comportato in primis l'interruzione di tutto il contratto assicurativo fino al 31 agosto 2010. Di conseguenza, le prestazioni di cui l'assicurata avrebbe potuto beneficiare durante il periodo di interruzione non sono quindi state assunte dall'assicuratore (art. 13.3 CGA). In seguito, la circostanza che l'attrice non ha a sua volta pagato delle partecipazioni (Fr. 32,30) ha comportato un secondo blocco delle prestazioni dell'assicurazione \_\_\_\_\_ fino al 15 novembre 2011 (annullato con l'avvenuto pagamento di Fr. 846,60) ed un terzo blocco, nato all'interno del secondo a motivo che un'altra partecipazione (Fr. 16,75) non è stata versata dall'attrice fino al 13 dicembre 2011, si è protratto fino al 19 dicembre 2011, ossia finché anche l'ultima partecipazione (Fr. 32,30) è stata saldata. La copertura \_\_\_\_\_ è anch'essa è stata sospesa fino al 15 novembre 2011, ovvero fino a quando i premi del terzo quadrimestre del 2010 più volte richiesti (da settembre a dicembre 2010) sono stati (finalmente) corrisposti al creditore con il pagamento di Fr. 846,60 e di Fr. 297,65 (docc. O e P).

Ad ogni buon conto, non risulta che l'interessata abbia dovuto sopportare personalmente dei costi negli anni 2011 e 2012 per la copertura \_\_\_\_\_. Vero è che, come detto, l'attrice non ha potuto beneficiare della copertura \_\_\_\_\_ per la camera semiprivata a \_\_\_\_\_. Cionondimeno, questa situazione non può comunque comportare il riconoscimento di questa prestazione, giacché, in realtà, l'assicurata è stata degente in camera comune e non in reparto semiprivato (doc. U5). Pertanto, da questa mancata ospedalizzazione in camera semiprivata l'interessata non ha effettivamente avuto un maggior

costo che ha dovuto sopportare personalmente e quindi non è possibile fare luogo ad alcun riconoscimento di prestazioni di cui non ha beneficiato.

In conclusione, la richiesta dell'attrice di un versamento in via equitativa di Fr. 2'000.- (doc. XXIV n. 22) per le prestazioni di cui non ha potuto usufruire durante gli anni 2011 (l'ospedalizzazione in camera semiprivata a \_\_\_\_\_ quando l'assicurata si è sottoposta ad un intervento agli occhi (docc. U3, U4 e U5)) e 2012 dalla copertura \_\_\_\_\_ è respinta. In merito alla richiesta di risarcimento danni avanzata dall'attrice da questa situazione, la stessa non può essere accolta, giacché l'interessata non ha comunque dimostrato l'entità del danno derivante dalla mancata prestazione in reparto semiprivato, prova che le incombeva ed il cui onere le pertoccava.

2.10. Quanto alle spese amministrative accollate dall'assicuratore malattia ad ogni sollecito e che l'attrice ha ritenuto elevate e sproporzionate rispetto all'ammontare del debito, e delle quali, nella sua folta corrispondenza, ne ha chiesto la restituzione, le stesse non possono tuttavia esserle rese.

A prescindere dalla circostanza che, come tali, esse non sono state chieste nel petitum né della petizione né delle conclusioni che sono seguite, il TCA evidenzia che in virtù dell'art. 20 cpv. 1 LCA, a cui rinvia l'art. 4 CGA \_\_\_\_\_ (doc. C), l'assicuratore malattia è autorizzato a diffidare il debitore per iscritto a sue spese e sotto comminatoria delle conseguenze della mora ad effettuare il pagamento entro 14 giorni dall'invio della diffida.

In concreto, per esempio, l'attrice non ha pagato alla scadenza i premi della copertura \_\_\_\_\_ per i mesi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2010. Pertanto, essa è stata diffidata per mezzo del richiamo di pagamento, il quale indicava espressamente che "Un ulteriore termine di pagamento implicherebbe per lei delle spese amministrative di CHF 40.00 secondo le condizioni generali d'assicurazione vigenti." (doc. 35 quale esempio). Ed in effetti, nel sollecito che è seguito, oltre al premio dovuto sono stati aggiunti Fr. 40.- di spese amministrative (doc. 38 per esempio).

Ciò stante, ritenuto che ogni mensilità non ancora corrisposta dall'assicurata è stata debitamente diffidata e sollecitata dal suo creditore, questo Tribunale ritiene quindi giustificata la richiesta di Fr. 100.- per spese amministrative pretesa con il sollecito del 19 gennaio 2011 (doc. L) - facente seguito al richiamo di pagamento ed al sollecito ordinario - relativa ai premi LCA di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2010. Questo stesso importo è stato nuovamente chiesto all'attrice con il sollecito del 10 ottobre 2011 (doc. M) e del 7 novembre 2011 (doc. O) ed è solo con il pagamento della somma di Fr. 846,60 da ultimo pretesa dall'assicuratore malattia che la debitrice ha quindi versato anche le spese amministrative di Fr. 100.-. Quanto alla pretesa di rimborso di Fr. 80.- sempre per spese amministrative che l'assicuratore convenuto le ha computato su un

importo dovuto di Fr. 10,10 (doc. XXXV), dagli atti non risulta che l'attrice abbia pagato queste spese. Anzi. La stessa assicurata ha comprovato di avere scorporato dal totale dovuto di cui al sollecito del 9 novembre 2011 (doc. T) proprio queste spese amministrative (e gli interessi passivi di 25 centesimi) e di avere versato il 13 dicembre 2011 all'assicuratore soltanto il capitale di Fr. 10,10.

L'attrice ha adottato lo stesso procedimento per il pagamento di Fr. 16,75 sollecitato sempre il 9 novembre 2011 (doc. T), a cui sono stati aggiunti 40 centesimi di interessi di mora e Fr. 60.- per spese amministrative. Il cedolino di pagamento allegato comprova che la debitrice ha corrisposto soltanto il capitale di Fr. 26,85 (Fr. 10,10 + Fr. 16,75), tralasciando le spese amministrative. Non è dunque possibile rimborsarle un importo che non è stato realmente sborsato.

2.11. In virtù delle argomentazioni esposte, la petizione deve essere accolta limitatamente sia al diritto al rimborso da parte dell'attrice della differenza di premio di Fr. 35,50 (Fr. 237,70 - Fr. 202,20) al mese per la copertura \_\_\_\_\_ pagati in eccesso per i mesi da settembre a dicembre 2010, sia al diritto per la stessa di ottenere il rimborso di prestazioni derivanti dalla copertura \_\_\_\_\_ per l'anno 2012.

2.12. Parzialmente vincente in causa l'assicurata, patrocinata da un avvocato assegnatole d'ufficio dal Tribunale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili parziali. In tale misura, l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio, in virtù della costante giurisprudenza dell'allora TFA, diventa priva d'oggetto a seguito dell'assegnazione di ripetibili (DTF 124 V 301 consid. 6, STF I 748/06 del 2 novembre 2007; STFA U 164/02 del 9 aprile 2003).

Questo Tribunale deve pertanto esaminare, nella misura in cui non è divenuta priva di oggetto con il parziale accoglimento della petizione, l'istanza di gratuito patrocinio (doc. IV punto 101).

Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria, sempre che adempia alle relative condizioni DTF 124 V 301

consid. 6). Il diritto all'assistenza giudiziaria deriva direttamente dall'art. 29 cpv. 3 Cost. fed. e garantisce ad ogni cittadino, senza riguardo ai suoi mezzi finanziari, le stesse possibilità di stare in giudizio (DTF 125 V 36; DTF 124 I 304 consid. 2; DTF 115 Ia 193; BorgHi/Corti, Compendio di procedura amministrativa ticinese, Lugano 1997, ad art. 30 LPamm, pag. 151; CoccHi/Trezzini, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, Lugano 2000, ad art. 155, pag. 471, nota 552). Tale diritto è pure sancito espressamente dall'art. 6 cpv. 3 CEDU.

A livello cantonale, la Costituzione prevede all'art. 10 cpv. 3 che ognuno ha diritto all'assistenza giudiziaria, gratuita per i meno abbienti.

Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA, nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362, consid. 1b; Kieser, ATSG- Kommentar, 2009, n. 102 ad art. 61, pag. 788).

Per quanto concerne la procedura per le cause davanti al TCA, l'art.

## **E. 28**

cpv. 2 LPTCA sancisce espressamente che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge cantonale sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria (ora Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG) del 15 marzo 2011, in vigore retroattivamente dal 1° gennaio 2011).

L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative.

L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che:

" L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio.

L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale.

Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante."

Nella fattispecie, è indubbio che l'attrice, al beneficio della sola rendita di vecchiaia, non sia in grado di fare fronte al pagamento delle spese del patrocinatore che le è stato attribuito d'ufficio (doc. VI) e che la causa in oggetto era senza dubbio complicata a tal punto da necessitare l'aiuto di un legale. Neppure la sua petizione sembrava priva di esito favorevole, come dimostrano le argomentazioni esposte.

L'istanza di assistenza giudiziaria deve dunque essere accolta.

2.13. Il valore di causa è rappresentato dalla somma risultante dalle pretese dell'attrice esposte con la petizione e le conclusioni.

Va qui rammentato che con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013 il TF ha affermato:

" 1. Il ricorso è presentato dalla parte soccombente nella sede cantonale (art. 76 cpv. 1 lett. a LTF), è tempestivo (art. 100 cpv. 1 LTF) ed è volto 1 2 3

contro una sentenza finale (art. 90 LTF) emanata dall'autorità ticinese di ultima istanza (art. 75 cpv. 1 LTF) in una causa civile (art. 72 cpv. 1 LTF). Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)" (...).

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