

TI_GERICHTE 36.2001.47 vom 21. März 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.47

FR: TI_GERICHTE 36.2001.47 du 21 mars 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2001.47 del 21 marzo 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 24

maggio 2002 , non più prorogabile, per visionare gli atti e presentare osservazioni scritte in merito " (doc. _). L'insorgente, tempestivamente, ha poi presentato le sue osservazioni (doc. _). Con lo scritto del 5 settembre 2002, l'insorgente, dopo lo spirare del termine scaduto il 2 settembre 2002, ha chiesto una proroga indicando che "(...) la raccomandata è stata ritirata in posta da mio figlio in data 2 settembre 2002 , come da copia delle busta che si allega (doc. _), per cui mi è stato impossibile di poter rispettare il termine che mi era assegnato" , ed ha addotto, senza tuttavia produrre certificati medici, di non poter presentare osservazioni scritte a causa delle condizioni di salute. Dalla ricerca postale effettuata dal TCA emerge che l'invio è stato ritirato il 2 settembre 2002, dopo il termine di giacenza, per ordine della Signora _____. Il TCA ha comunque assegnato il 21 ottobre 2002 (doc. _) un nuovo termine di 10 giorni per presentare osservazioni scritte che l'insorgente ha prodotto in data 9 novembre 2002 (doc. _). Poiché, come visto in precedenza, la ricorrente ha poi trasmesso un certificato medico relativo alle sue condizioni di salute, il TCA non ha notificato immediatamente alla ricorrente i documenti tradotti in italiano dalla _____, attendendo delucidazioni circa la facoltà di presentare osservazioni in merito. Essendo il termine per presentare il certificato medico nella causa parallela (inc. _____) nel frattempo scaduto, il TCA ha trasmesso all'insorgente i documenti in italiano per conoscenza, con facoltà di presentare osservazioni entro 5 giorni. Considerato che nel frattempo l'assicurata ha prodotto un certificato medico nel quale venivano indicate le patologie dell'insorgente, senza tuttavia indicare espressamente, malgrado la richiesta del TCA in tal senso, se l'assicurata era in grado di presentare brevi e semplici osservazioni scritte in merito, il Tribunale, ha, d'ufficio, prolungato il termine fino al 7 marzo 2003 (doc. _). Con lettera del 7 marzo 2003 l'assicurata chiede nuovamente una proroga, e afferma inoltre che " in data 14.03.2003 dovrò effettuare un controllo all'_____ oftalmica di _____, nel caso vi occorre un altro certificato medico me lo comunicate. " (doc. _) Va innanzitutto rilevato che il previsto ricovero del 14 marzo 2003, per un controllo, non è sufficiente per la concessione di una nuova proroga, essendo il ricovero successivo allo scadere del termine. Inoltre, l'insorgente ha avuto oltre un mese di tempo per presentare brevi osservazioni su documentazione che in gran parte, nella sua versione tedesca, le era già conosciuta da tempo. La traduzione in italiano si limita a poche parole, infatti per lo più a scrivere "fattura" in luogo di "Rechnung." Va poi rammentato che sovente l'insorgente, come da lei stesso ammesso (cfr. doc. _), per quanto concerne il ritiro delle raccomandate, è stata aiutata dal figlio, il quale sembra abitare al suo stesso indirizzo ed avere lo stesso

numero di telefono (cfr. elenco telefonico del Canton Ticino valido dal 4.2002, pag. ____).

_____ avrebbe potuto far capo al figlio anche per stendere brevi osservazioni in merito ai documenti tradotti in italiano. Infine, la fattispecie è già ampiamente stata trattata in altre occasioni sia da questo TCA che dal TFA (STCA del 20 novembre 2000 (inc. _____) e del 25 ottobre 2000 (inc. _____)), oggetto di due distinte decisioni del TFA di data 25 luglio 2001 (K 203/00 e K 10/01), contro cui l'interessata ha presentato due istanze di revisione ritenute inammissibili dall'Alta Corte per mancato versamento dell'anticipo (STFA del 20 settembre 2002 e STFA del 15 ottobre 2002). Per cui, un'ulteriore proroga provocherebbe unicamente un prolungamento della procedura in netto contrasto con le norme di celerità e semplicità previste sia dalle norme federali (art. 87 lett. a LAMal e nuovo art. 61 lett. a LPGA) che internazionali (art. 6 CEDU: diritto ad un equo processo in termini ragionevoli; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D., H 299/99). Il TCA non ritiene adempiuti i presupposti per prorogare ulteriormente il termine per la presentazione di osservazioni scritte alla traduzione, come descritto.

2.3. Secondo quanto disposto dall'art. 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono diventate di diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Alla netta divisione materiale fra assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari operata dalla LAMal corrisponde un altrettanto netta cesura dei rimedi giuridici: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa, per le seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile (cfr. R. Spira, *Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire*, *Revue suisse d'assurances/ Schweizerische Versicherung-Zeitschrift* 1995, N. 7/8, p. 192-200; R. Spira, *Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie*, *Sécurité sociale* 5/1995, p. 256-259; P.-Y. Greber, *Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie*, in *Revue de droit administratif et de droit fiscal*, 3/4, 1996, p. 225-251). Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA; modificata in occasione dell'adozione della LAMal il 1° gennaio 1996) per le contestazioni relative all'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. Il 1. gennaio 1996 il Canton Ticino si è dotato della LCAMal che nell'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA. Nel caso concreto l'assicurata fa valere prestazioni derivanti sia dalla copertura prevista dalla LAMal che dalle prestazioni complementari. L'esame del caso avverrà quindi sia nell'ottica delle prestazioni obbligatorie fissate dalla LAMal che alla luce della copertura complementare conclusa dall'assicurata.

2.4. L'insorgente sostiene che la risposta della Cassa è irricevibile e va pertanto stralciata dai ruoli, in quanto si limita a rinviare, per le motivazioni, alla decisione su opposizione. La censura è infondata. Infatti l'atto di risposta è conforme a quanto previsto dall'art. 1a LPTCA, cui rinvia l'art. 4 LPTCA, giusta il quale la risposta deve essere stesa secondo i requisiti prescritti per il ricorso, ossia deve essere redatta in lingua italiana su carta semplice e contenere l'indicazione della decisione

querelata, una concisa esposizione dei fatti, una breve motivazione e le conclusioni. A mente del TCA la risposta adempie i requisiti di legge. In concreto la _____ ha infatti proposto di respingere il gravame rinviando per le motivazioni alla decisione su opposizione e rilevando come fattispecie simili alla presente sono già state oggetto di litigio in altre procedure giudiziarie innanzi a questo TCA dalle quali l'assicurata ne è uscita soccombente (cfr. in particolare inc. _____ e _____). Il rinvio alla decisione su opposizione non è contrario alla legge, ritenuto come pure l'insorgente ha compreso i motivi per i quali la _____ chiede che il ricorso sia respinto. Per gli stessi motivi, il TCA non vede motivo alcuno per stralciare le osservazioni della Cassa del 3 giugno 2002.

2.5. In secondo luogo l'interessata contesta la forma della decisione su opposizione, affermando che in realtà il contenuto e le motivazioni sono indirizzate a terze persone avendo per oggetto la fattispecie che coinvolge la ricorrente. Anche questa censura risulta infondata. Infatti la decisione impugnata riporta per esteso i fatti, nonché il diritto applicabile in concreto e non risulta essere stata redatta per altre persone.

2.6. L'insorgente rileva inoltre l'intempestività della decisione formale dell'8 febbraio 2001 e della successiva decisione su opposizione del 10 aprile 2001 (recte 10.05.2001). Giusta l'art. 80 LAMal, se l'assicurato non accetta una risoluzione dell'assicuratore, quest'ultimo deve emanare una decisione scritta entro 30 giorni a decorrere dall'esplicita domanda dell'assicurato. L'assicuratore deve motivare la decisione e indicare il rimedio giuridico: la notifica irregolare di una decisione non può essere di pregiudizio all'assicurato. Le decisioni rese dagli assicuratori sulla base del citato art. 80 sono, poi, impugnabili entro 30 giorni mediante opposizione all'organo decisionale. Trascorso infruttuoso tale termine, le decisioni acquistano forza di cosa giudicata. I rapporti fra le parti iniziano con una richiesta di prestazioni proveniente dall'assicurato (o da un suo rappresentante) e proseguono, poi, in caso di disaccordo, con la richiesta di una decisione formale, con l'inoltro, contro di essa, di un'opposizione, e, infine, con l'emanazione di una decisione su opposizione cui può fare seguito l'avvio della procedura giudiziaria prevista dall'art. 86 LAMal. Tale mancanza di decisione nel termine di 30 giorni permette all'assicurato di rivolgersi al competente Tribunale per ottenere l'emanazione di una decisione e non solo per l'ottenimento di una decisione su opposizione. La dottrina, in particolare Gerhard Eugster, *Krankenversicherung in Schweizerischen Bundesverwaltungsrecht*, 1998, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, nota 1039 pag. 229, rammenta come: " Verfügungen sind innerhalb von 30 Tagen seit Eingang des entsprechenden Gesuchs zu erlassen (Art. 80 Abs. 1 KVG). Wo der Versicherer objektiv nicht in der Lage ist, die notwendigen Sachverhaltsabklärungen innerhalb dieser Frist abzuschliessen, ist die der versicherten Person innerhalb dieser Frist unter Angabe der Gründe und der mutmasslichen Wartezeit anzuzeigen, wobei die Berufung auf Arbeitsüberlastung als Begründung nicht genügt. Bei ausreichender Begründung muss der Rechtsweg der Beschwerde nach Art. 86 Abs. 2 KVG verschlossen bleiben." A proposito dell'art. 80 cpv. 1 LAMal, la nostra Alta Corte federale, in una sentenza del 29 marzo 1999 nella causa O., ha già deciso che il termine di 30 giorni stabilito dalla succitata disposizione legale va ritenuto termine d'ordine e, quindi, non è perentorio (cfr., pure, RAMI 1985 K624, p. 114 e riferimenti; G. Eugster, "Krankenversicherung", in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, nota n. 1047 ad cifra marg. 411 e D. Wyler, "Die Verfahren in der Krankenversicherung", in *Schaffhauser/Schlauri (Hrsg.), Verfahrensfragen in der Sozialversicherung*, St. Gallen 1996, p. 163s.). Le censure sollevate dalla ricorrente circa l'intempestività delle decisioni sono infondate e vanno respinte. L'assicurata ha interposto opposizione al precetto esecutivo no. _____, con cui la

Cassa chiedeva il versamento delle partecipazioni ai costi rimaste impagate, in data 13 dicembre 2000, ma non ha chiesto espressamente alla _____ di emanare una decisione formale, che è stata pronunciata spontaneamente dalla Cassa in data 8 febbraio 2001 (doc. _). Per cui la decisione 8 febbraio 2001 non può essere considerata tardiva. Nel merito A. Assicurazione sociale contro le malattie 2.7. L'assicurata nel proprio gravame censura la decisione del TCA del 16 maggio 2001 (inc. _____). Contro la sentenza non è stato presentato ricorso di diritto amministrativo al TFA ma è stata introdotta una domanda di revisione al TCA, respinta con sentenza del 18 ottobre 2002 (inc. _____). Contro quest'ultima sentenza l'assicurata ha proposto domanda di revisione in data 20 febbraio 2003, che è stata rigettata in data 28 febbraio 2003 (inc. _____). Nella misura in cui con il gravame in oggetto l'insorgente contesta la decisione del 16 maggio 2001, il ricorso è pertanto irricevibile. Va poi rammentato che per costante giurisprudenza, possono di principio essere sottoposti all'esame del giudice solo i rapporti giuridici sui quali l'amministrazione competente si sia pronunciata mediante una decisione vincolante. L'oggetto impugnato è infatti definito dalla decisione medesima. Viceversa, qualora non sia stata resa una decisione, non esiste oggetto impugnato e nessun giudizio di merito può essere emanato (DTF 110 V 51 consid. 3b e sentenze ivi citate). Per cui, oggetto dell'esame da parte di questo Tribunale possono essere solo le pretese sulle quali la decisione impugnata si è espressa. Tutte le considerazioni dell'insorgente che non si riferiscono alla decisione impugnata sono irricevibili. 2.8. In concreto l'oggetto della lite è circoscritto alla questione a sapere se _____ è o meno debitrice delle partecipazioni ai costi richieste dalla _____ per fr. 495.55 e alle spese per fr. 50, per un totale di fr. 545.55. La documentazione versata agli atti dalla _____ dimostra, con un sufficiente grado di verosimiglianza (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211), la fondatezza della pretesa fatta valere nei riguardi dell'insorgente: in effetti le partecipazioni ai costi relative alla LAMal ammontano a fr. 495.55 (doc. _ cfr. anche doc. _), così come riportato nella decisione su opposizione. Pendente causa la Cassa ha rilevato che nel frattempo l'insorgente ha pagato, nel corso del mese di agosto 2001, un importo complessivo di fr. 173.60, di cui fr. 27 concernenti prestazioni LCA e dunque non comprese nell'importo richiesto, per cui il saldo si riduce a fr. 398.95, comprensivo delle spese di esecuzione (doc. _ e allegati). L'insorgente nelle osservazioni del 9 luglio 2002 afferma di non aver mai pagato nulla e chiede che vengano richiamati gli originali delle polizze di versamento presso la convenuta. Dalla polizza di versamento prodotta dalla Cassa in data 29 luglio 2002 (doc. _) emerge che nello spazio riservato al " motivo del versamento " è stato indicato " Conteggio _____ data 24.4.2001 versamento franchigia di fr. 230.-- e non di fr. 400.-- nessuna partecipazione ". Il versamento è stato effettuato il 22 agosto 2001. Come visto, la Cassa con scritto 19 agosto 2002 ha precisato che il conteggio si riferisce ad una fattura del 24 aprile 2001 pari a fr. 463.40 e di aver tuttavia computato l'importo a saldo delle fatture precedentemente scadute (doc. _, consid. 1.12). In via preliminare occorre porre in evidenza che la questione in esame va risolta alla luce del diritto privato, nella misura in cui esso è compatibile con il diritto delle assicurazioni sociali, non prevedendo la LAMal alcunché in tal senso (RAMI 1993 pag. 85 consid. 2b; DTF 119 V 16, STCA del 26 novembre 2002 nella causa B., inc. 36.2002.62). Giusta l'art. 86 CO chi ha più debiti verso la stessa persona ha diritto di dichiarare, all'atto del pagamento, quale sia il debito che intende soddisfare. Ove tale dichiarazione non venga fatta, il pagamento si imputerà al debito indicato dal creditore nella sua quietanza, a meno che il debitore non faccia immediatamente opposizione. Per l'art. 87

CO ove non esista una valida dichiarazione circa il debito estinto né una designazione risulti dalla quietanza, il pagamento sarà imputato al debito scaduto, fra più debiti scaduti, a quello per cui prima si procedette contro il debitore, e se non si procedette, al debito scaduto prima. Se i debiti sono scaduti contemporaneamente si farà una imputazione proporzionale. Se poi nessuno dei debiti è scaduto, il pagamento sarà imputato a quello che presenta per il creditore minori garanzie. In concreto pertanto il pagamento va imputato alla fattura indicata dall'assicurata nella polizza di versamento e non ai debiti oggetto del presente contendere. La volontà dell'insorgente in tal senso appare evidente, sia dall'esame della polizza sia da quanto dichiarato nella lettera del 9 luglio 2002 (doc. __, consid. 1.8). Per cui, il saldo complessivo a favore della Cassa rimane di fr. 545.55, come emerge dalla decisione su opposizione. 2.9. L'assicurata rileva poi che solo in alcuni casi la partecipazione alle spese viene chiesta. Giusta l'art. 64 cpv. 1 LAMal gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute. La partecipazione ai costi comprende tra l'altro il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale; cpv. 2). Secondo l'art. 103 cpv. 2 OAMal l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 cpv. 2 lett. b della legge ammonta a 600 franchi per gli assicurati adulti e a 300 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni (cpv. 2). Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data della cura (cpv. 3). Ne discende che la partecipazione alle spese viene chiesta fino a concorrenza di un importo annuale di fr. 600. Per questi motivi, una volta superato questo importo, la Cassa non chiede più all'insorgente il pagamento della partecipazione ai costi a dipendenza della data della cura per la quale è chiesto il pagamento. L'insorgente fa tuttavia valere di aver concluso delle assicurazioni complementari che prevedono il pagamento della partecipazione ai costi. Poiché l'assicurazione _____, l'assicurazione per emergenze, l'assicurazione per cure ed assistenza, assicurazione di cura medica per malati cronici, sono rette dalla LCA e non dalla LAMal (cfr. art. 12 cpv. 3 LAMal) saranno oggetto di separato esame (consider. 2.13.). 2.10. _____ chiede inoltre la restituzione dell'importo di fr. 170, poiché la franchigia annuale ammonterebbe a fr. 230 e non fr. 400. Secondo l'art. 103 cpv. 1 OAMal, la franchigia prevista nell'articolo 64 cpv. 2 lett. a della legge ammonta a 230 franchi per anno civile dal 1° gennaio 1998 (cfr. RU 1997 2435), in precedenza a fr. 150. A norma dell'art. 93 cpv. 1 OAMal, oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare un'assicurazione per la quale gli assicurati possono scegliere una franchigia superiore a quella prevista nell'articolo 103 capoverso 1 (franchigie opzionali). Le franchigie opzionali ammontano, a partire dal 1° gennaio 1998, a fr. 400, 600, 1200 e 1500 (cfr. RU 1997 2435; in precedenza a 300, 600, 1200 e 1500 franchi) per gli assicurati adulti e a 150, 300 e 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. L'assicuratore che esercita questa forma d'assicurazione deve offrire tutte le franchigie opzionali. Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può scegliere una franchigia superiore solo per l'inizio di un anno civile (art. 94 cpv. 1 OAMal). Per l'art. 94 cpv. 2 OAMal il passaggio a una franchigia inferiore o a un'altra forma d'assicurazione, come pure il cambiamento dell'assicuratore, è possibile al più presto per un anno dopo l'adesione all'assicurazione con franchigie opzionali, per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti nell'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge. L'obiezione della ricorrente si rivela infondata, considerato come dalle polizze di assicurazione del 1999 e del 2000 viene chiaramente indicato in fr. 400 l'ammontare della franchigia (doc. __) e il TCA non ha motivo di dubitare dell'autenticità di tali polizze la cui data, come indicato dalla Cassa, si riferisce al giorno in

cui sono state ristampate (16.02.2002) e non al giorno dell'emissione (doc. _). Inoltre il TCA in una decisione del 25 ottobre 2000 (inc. _____), aveva constatato che la ricorrente per l'anno 1997 beneficiava di una franchigia di fr. 300.-- sull'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per cui, considerato che il 1° gennaio 1998 l'ammontare delle franchigie è stato aumentato nel senso che la franchigia opzionale di fr. 300 è stata portata a fr. 400 e che l'insorgente non ha dimostrato di aver chiesto alla Cassa una sua riduzione per gli anni in esame, le affermazioni dell'insorgente secondo le quali non avrebbe optato per una franchigia opzionale non sono comprovate. Anzi, dagli scritti del 22 maggio 2002 (doc. _) e del 9 luglio 2002 (doc. _) emerge che l'insorgente stessa ammette di aver chiesto una riduzione della franchigia solo negli ultimi mesi (comunque al più presto nel corso del 2001). Conformemente all'art. 94 cpv. 2 OAMal questa richiesta è possibile unicamente per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti dalla legge. Per il 1999 e 2000, anni oggetto della contestazione, la richiesta di modifica non ha pertanto alcun effetto. Per cui non merita ulteriore approfondimento la circostanza che la _____ non avrebbe ricevuto lo scritto del 17 agosto 2001 (doc. _). Va inoltre rilevato che l'insorgente confonde la "panoramica dei premi" (doc. _), dove effettivamente non figura l'ammontare della franchigia, con le polizze (doc. _ e _), allegate in corso di causa dalla Cassa, e dalle quali si evince che per il 1999 e il 2000 la franchigia ammontava a fr. 400. La questione dell'importo della franchigia del 2001 e del 2002 esula invece dalla procedura in esame, poiché oggetto del contendere sono unicamente le partecipazioni ai costi dovute nel 1999 e nel 2000. L'assicurata, in diverse circostanze censura la violazione di norme del codice penale da parte della Cassa malati e chiede espressamente il sequestro di alcuni atti, tra i quali le citate polizze, a norma dell'art. 216 seg. CPC, oltre all'erezione di una perizia (cfr. doc. _). Per l'art. 216 CPC se un documento è eccepito di falso, il giudice lo sequestra ed ordina la comparizione delle parti ad un'udienza pubblica. All'udienza il giudice interpella la parte che ha prodotto il documento se persiste a volersene servire (art. 217 cpv. 1 CPC). Se la parte non compare senza legittimo motivo, rifiuta di rispondere o rinuncia alla produzione, il documento è eliminato dagli atti della lite (cpv. 2). Se essa insiste nella produzione, il giudice interpella l'altra parte se mantiene l'eccezione di falso. Se quest'ultima non compare, rifiuta di rispondere o desiste dall'eccezione, la scrittura si ritiene riconosciuta (cpv. 3). Per l'art. 218 CPC se l'eccezione è mantenuta, il giudice invita l'eccepiente ad indicare le persone che ritiene autrici o complici del falso e le deferisce all'autorità penale (art. 218 CPC). Con il sequestro il giudice ordina gli opportuni provvedimenti per la constatazione dello stato del documento, con le sue eventuali cancellature, raschiature ed interpolazioni (art. 219 CPC). La procedura dell'eccezione di falso e della verifica di documenti, di cui agli art. 216 e seg. CPC, trova applicazione soltanto nei confronti del documento eccepito di falso formale e non in caso di falso materiale o di contenuto. E' chiaro infatti che questa procedura, basata esclusivamente sul confronto fra il documento eccepito di falso e altri emanati dalla stessa persona, ad altro non può approdare che ad un giudizio sull'autenticità formale dello stesso e non del suo contenuto. La validità materiale di un documento prodotto in giudizio a suffragio di un'affermazione di parte o di un suo asserito diritto soggiace, alla stregua di ogni altro mezzo di prova, al libero apprezzamento del giudice, il cui convincimento non è che la risultante di una valutazione critica di tutte le emergenze processuali (Cocchi/Trezzini, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, 2a ed., ad art. 216 n. 1, pag. 610). Nel caso di specie da un confronto tra i documenti _ e _ e _ e _ , manifestamente non emerge una falsificazione degli stessi. Per cui il TCA rinuncia alla procedura prevista dagli

art. 216 CPC e seguenti. Dopo aver esaminato gli atti, questo TCA ritiene pertanto che non vi siano gli estremi per sequestrare i documenti, come richiesto dall'assicurata, né per una denuncia penale. Se lo riterrà la ricorrente potrà direttamente sottoporre al Ministero Pubblico la fattispecie, con possibilità di revisione della presente in caso di accertato delitto o crimine, come noto alla signora _____ (Inc. _____ e _____). 2.11. La ricorrente solleva ulteriori censure (per es. la presunta mancata trasmissione dei premi all'assicurata, ex art. 7 cpv. 2 LAMal), che esulano dalla procedura in esame e sono dunque irricevibili. Per quanto riguarda in particolare la richiesta al TCA di obbligare la Cassa a produrre le CGA ed altra documentazione va evidenziato come l'insorgente stessa ha prodotto le CGA (allegato al doc. _). Inoltre, l'insorgente ha prodotto quale doc. _ una lettera del 10 maggio 2001 della _____ al TCA dove, nell'ambito del più volte citato inc. _____, sfociato nella sentenza del 16 maggio 2001, di cui l'assicurata ha chiesto la revisione, respinta in data 18 ottobre 2002 (inc. _____), e di cui l'insorgente ha chiesto una nuova revisione, anch'essa respinta, in data 28 febbraio 2003 (inc. _____), l'assicuratore ha indicato che " con riferimento alla richiesta del TCA del 07.05.2001, in allegato trasmettiamo la documentazione richiesta, relativa alle condizioni d'assicurazione applicabili nel 1998 e 1999 alle seguenti assicurazioni complementari concluse con _____: - condizioni generali d'assicurazione dell'Assicurazione _____ - condizioni generali d'assicurazione dell'Assicurazione per emergenze - condizioni generali d'assicurazione per cure e assistenza - condizioni generali d'assicurazione per cure mediche per malati cronici. " Per cui l'insorgente era in possesso delle condizioni generali di cui chiede la trasmissione, notifichetele da questo TCA nella precedente procedura. 2.12. Per quanto concerne l'incasso forzato, infine, il TFA ha più volte dichiarato applicabile alle casse malati (DTF 121 V 109ss.; RAMI 1983, p. 294 = DTF 109 V 46; RCC 1984, p.197), la giurisprudenza secondo cui una cassa di compensazione può rigettare un'eventuale opposizione ad un P.E. con una decisione formale riferentesi precisamente all'esecuzione in corso, qualora avesse iniziato la procedura esecutiva per il recupero del credito senza prima aver formalmente deciso in merito alla propria pretesa. La Cassa malati, in tali casi, é dunque legittimata a rigettare l'opposizione ai sensi dell'art. 80 LEF. L'insorgente contesta tuttavia l'importo chiesto dalla Cassa per le spese esecutive. In una sentenza del 18 giugno 1999 pubblicata in DTF 125 V 276 il TFA ha ricordato che pure sotto l'imperio della nuova LAMal un assicuratore contro le malattie può esigere il pagamento in adeguata misura delle spese di diffida così come di spese supplementari cagionate da mora dell'assicurato al momento del versamento dei premi e della partecipazione ai costi, in quanto tali spese (alle quali si sarebbe ovviato in caso di versamento tempestivo) siano addebitabili a colpa dell'interessato e le disposizioni generali sui diritti e gli obblighi degli assicurati contemplino una regolamentazione al riguardo. Il TFA ha in particolare precisato: " Im gegensatz zu Art. 1 Abs. 2 KUVG, wonach sich die Krankenkassen nach ihrem Gutfinden einrichteten, soweit das Gesetz keine entgegesehenden Vorschriften enthielt, fehlt im neuen Recht ein entsprechender Hinweis auf eine Autonomie der Versicherer. Das Gesetzmässigkeitprinzip hat das Autonomieprinzip abgelöst, indem das KVG die Krankenpflegeversicherung in wesentlichen Bereichen vollständig und detailliert regelt (BGE 124 V 359 f. Erw 2d mit Hinweisen; zur sozialen Krankentaggeldversicherung vgl. Demgegenüber BGE 124 V 205 Erw. 3d). In Bereichen, in denen die gesetzliche Regelung nicht detailliert ist, sind kasseninterne Bestimmungen hingegen nicht von vornherein unzulässig (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 9; zurückhaltender Eugster, Krankenversicherung, in:

Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Rz. 5). Davon geht auch Art. 12 Abs. 2 lit. b KVV aus, wonach die Krankenkassen dem Anerkennungs-gesuch an das Bundesamt für Sozialversicherung allfällige allgemeine Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten beizulegen haben. Bezüglich der Erhebung von Mahngebühren beim Verzug in der Zahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen vertritt Eugster (a.a.O., Rz 341) die Auffassung, dass autonome Regelungen der Versicherer zulässig sind, sofern die versicherte Person die (unnötigen) Kosten schuldhaft verursacht hat und die Entschädigung angemessen ist (anders bezüglich Kosten, die beim Gesetzesvollzug notwendigerweise entstehen; vgl. Hiezu auch RKUV 1992 Nr. K 891 S. 72 Erw. 2b betreffend KUVG sowie SVR 1994 BVG Nr. 18 S. 47 Erw. 4 betreffend BVG). Nachdem die Durchsetzung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern weder gesetzlich noch verordnungsmässig ausführlich geregelt ist und die Erhebung von Mahngebühren nicht in gesetzliche Ansprüche eingreift, kann dieser Auffassung gefolgt werden. cc) Da Art. 12 Abs 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (der Kasse) ... die Erhebung von Umtriebsspesen bis zu einem Beitrag von Fr. 50.-- pro Fall bei Verletzung der Mitwirkungspflichten des Versicherten (Prämieninkasso/Leistungsauszahlung) ausdrücklich vorsieht und der Beschwerdeführer mehrmals gemahnt werden musste, erging der vorinstanzliche Entscheid, soweit er die Auferlegung von Mahn- und Umtriebsspesen in der Höhe von insgesamt Fr. 70.-- schützt, zu Recht." In concreto il regolamento delle assicurazioni secondo la LAMal all'art. 16.3. prevede che le spese della _____ per richiami ed esecuzioni sono a carico dell'assicurato. Per cui, nel caso di specie, anche la richiesta delle spese di esecuzione va confermata. Alla luce degli argomenti sviluppati in precedenza, la decisione su opposizione 10.04.2001 (recte 10.05.2001) della _____ merita conferma. Di conseguenza, il rigetto dell'opposizione interposta al P.E. n. _____ dell'Ufficio esecuzioni di _____ é confermato limitatamente all'importo di 545.55. B. Assicurazioni complementari 2.13. L'insorgente fa valere che le partecipazioni ai costi sono coperte dalle assicurazioni complementari. Per l'art. 12 cpv. 2 LAMal le casse malati possono offrire, oltre all'assicurazione sociale malattie ai sensi della presente legge, assicurazioni complementari; secondo le condizioni e nei limiti massimi determinati dal Consiglio federale possono pure esercitare altri rami d'assicurazione. Le assicurazioni menzionate al capoverso 2 sono rette dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Per cui questa problematica va risolta dal punto di vista del diritto civile. Ora, l'art. 15.12 delle condizioni generali d'assicurazione assicurazione _____, per costi di guarigione, relative alle assicurazioni complementari alla LAMal (cfr. art. 1), prevede espressamente che non sono assicurate le partecipazioni ai costi, le aliquote dei pazienti e le spese (cfr. doc. _); per le assicurazioni " per cure e assistenza" e "per emergenze" una disposizione del medesimo tenore è prevista agli art. 13.10 e 13.8 (doc. _). Circa l'assicurazione supplementare per la cura medica dei malati cronici l'art. 9 prevede che di principio vanno applicate le disposizioni sulla partecipazione alle spese per trattamenti ambulatoriali e che su prestazioni con importi di entità limitata non viene applicata la partecipazione percentuale alle spese. Inoltre, se per lo stesso caso di malattia si versano sia prestazioni secondo il regolamento che secondo il regolamento dell'assicurazione di base della cura medica e dei medicinali la franchigia viene chiesta una sola volta. Ciò, come emerge dal tenore del disposto, concerne tuttavia la partecipazione alle spese dell'assicurazione complementare e non dell'assicurazione sociale secondo la LAMal, per la quale è stato spiccato il precetto esecutivo in esame (cfr. anche STCA del 16 maggio 2001, inc. _____; STCA del 20 novembre 2000 (inc.

_____) e del 25 ottobre 2000 (inc. _____), oggetto di due distinte decisioni del TFA di data 25 luglio 2001, contro cui l'interessata ha presentato due istanze di revisione ritenute inammissibili dall'Alta Corte per mancato versamento dell'anticipo (STFA del 20 settembre 2002 e STFA del 15 ottobre 2002). Per cui, dal chiaro tenore delle CGA relative alle assicurazioni sottoscritte dall'attrice emerge che le partecipazioni ai costi non sono assicurate dalla _____. In queste circostanze la petizione va respinta. 2.14.

L'assicurata fa riferimento, genericamente, all'assunzione di ulteriori prove. Ora, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. In particolare, visto il chiaro tenore delle CGA delle assicurazioni complementari risulta superfluo ed ininfluenza ai fini della presente vertenza il richiamo di ulteriori documenti. 2.15.

Le parti chiedono il caricamento delle spese e delle tasse di giustizia alle rispettive controparti. Giusta l'art. 20 LPTCA la procedura è per principio gratuita (cpv. 1). Al ricorrente, in caso di ricorso temerario o di ricorso formulato con leggerezza, possono essere caricate la tassa di giustizia e le spese di procedura. Secondo la giurisprudenza un processo è temerario o sconsiderato se la parte fonda la propria richiesta su fatti di cui conosce o dovrebbe conoscere l'inesattezza. La temerietà è tra l'altro data nel caso in cui una parte si attiene ad un'opinione palesemente illegale o nel caso in cui una parte viola un obbligo che le compete (ad esempio l'obbligo di collaborare o di astenersi dal compiere un determinato atto; DTF 124 V 288, 289; DTF 112 V 335). Ad esempio nell'ambito dell'azione in materia di contributi LPP il solo fatto di non intervenire in causa non è sufficiente per ritenere temerario il comportamento del convenuto. Tuttavia, in tale contesto, il comportamento della controparte dev'essere valutato tenendo conto anche dell'agire che l'interessato ha tenuto precedentemente al processo. Se, quindi, il datore di lavoro o l'assicurato non rispetta fatture e solleciti, provoca l'avvio di procedure esecutive e obbliga l'Istituto di previdenza, malgrado una situazione palesemente infondata, a inoltrare un'azione, tramite la presentazione dell'opposizione al precetto esecutivo, e non interviene in causa, agisce in modo temerario. In simili condizioni si può infatti ritenere che egli abbia messo in atto manovre dilatorie passibili d'essere sanzionate tramite il pagamento di spese di giustizia (DTF 124 V 288, 290). La giurisprudenza del TFA (DTF 112 V 334 e 335 citata) si è, in particolare, così espressa in merito " a) *Leichtsinnige oder mutwillige Prozessführung kann vorliegen, wenn die Partei ihre Stellungnahme auf einen Sachverhalt abstützt, von dem sie weiss oder bei der ihr zumutbaren Sorgfalt wissen müsste, dass er unrichtig ist* (RSKV 1979 Nr. 383 S. 220 Erw. 4; un veröffentlichtes Urteil Verdun vom 1. Juni 1978). *Mutwillige Prozessführung kann etwa auch angenommen werden, wenn eine*

Partei eine ihr in dieser Eigenschaft obliegende Pflicht (z.B. Mitwirkungs-, Unterlassungspflicht) verletzt (unveröffentlichtes Urteil Righetti vom 27. Oktober 1983) oder wenn sie noch vor der Rekursbehörde an einer offensichtlich gesetzwidrigen Auffassung festhält (in BGE 99 V 145 nicht veröffentlichte, aber in ZAK 1973 S. 429 publizierte Erw. 4 des Urteils Ortiz vom 10. Januar 1973). Leichtsinnige oder mutwillige Prozessführung liegt aber so lange nicht vor, als es der Partei darum geht, einen bestimmten, nicht als willkürlich erscheinenden Standpunkt durch den Richter beurteilen zu lassen; dies gilt auch dann, wenn der Richter die Partei im Laufe des Verfahrens von der Unrichtigkeit ihres Standpunktes überzeugen und zu einem entsprechenden Verhalten (Beschwerderückzug) veranlassen will (unveröffentlichte Urteile Brühlhart vom 28. August 1978, Boss vom 9. Juni 1978 und Billari vom 16. Oktober 1967)." Nel caso di specie a mente del TCA, in concreto non vi sono gli estremi per dichiarare il gravame temerario. E' vero che con il presente ricorso l'insorgente solleva sostanzialmente censure già risolte con la precedente sentenza del 16 maggio 2001 (inc. _____), e con altre decisioni del TCA (inc. _____). Il TCA non ritiene il ricorso temerario, ritenuto come siano stati sollevati alcuni aspetti non ancora risolti in precedenza. Per contro non può essere dichiarato temerario l'agire della Cassa, la quale, nel caso di specie, non è per nulla soccombente. La Cassa malati ha concluso protestando l'assegnazione di ripetibili. Ai sensi dell'art. 159 cpv. 2 OG, nelle procedure di ricorso nessuna indennità per ripetibili è di regola assegnata agli organi con compiti di diritto pubblico. Ciò vale in particolare per quanto riguarda le casse malati (DTF 123 V 309 consi. 10, STFA del 25 settembre 2000 nella causa S., K 66/98). Anche se vincente, la Cassa opponente, analogamente a quanto previsto in sede federale, non ha quindi diritto alle ripetibili.

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