TI_GERICHTE 36.2011.22 vom 9. Januar 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-01-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2011.22

FR: TI_GERICHTE 36.2011.22 du 9 janvier 2012

IT: TI_GERICHTE 36.2011.22 del 9 gennaio 2012

Regeste

Calcolo dei premi ancora dovuti dagli insorgenti al proprio assicuratore e delle prestazioni non ancora solute dalla Cassa malati

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv.

E. 2

della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2. Come rammentato ancora recentemente dal TF con sentenza 8C_16/2010 del 3 maggio 2010 nella procedura di ricorso in materia amministrativa sono di massima esaminabili e giudicabili solo i rapporti giuridici sui quali la competente autorità amministrativa si è precedentemente, e in maniera vincolante, determinata con una decisione. Di conseguenza, se non è (ancora) stata emessa una decisione (o una decisione su opposizione), manca l'oggetto impugnato e quindi un presupposto processuale (DTF 131 V 164 consid. 2.1 pag. 164 e seg.; 125 V 413 consid. 1a pag. 414 con riferimenti; cfr. pure sentenza 8C_549/2007 del 30 maggio 2008 consid. 4). Secondo costante giurisprudenza, l'oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre, da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa regolati (cfr. DTF 125 V 413 consid. 2a pag. 415; 124 V 19 consid. 1 pag. 20 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure DTF 110 V 48). L'oggetto litigioso configura per contro il rapporto giuridico che, sulla base delle conclusioni ricorsuali, viene effettivamente impugnato e portato, quale tema processuale, dinanzi al giudice (di prima o seconda istanza; DTF 125 V 413 consid. 2a pag. 415 con riferimenti). Stando a tale definizione, l'oggetto impugnato come pure quello litigioso si riferiscono ad uno (ad es.: diritto alla rendita) o più rapporti giuridici (ad es.: diritto alla rendita e diritto all'integrazione). Se pertanto il ricorso è diretto solo contro alcuni dei rapporti giuridici disciplinati dalla decisione querelata, gli altri fanno sì parte dell'oggetto impugnato, ma non di quello litigioso (in questo senso anche DTF 118 V 431 consid. 3b pag. 313 seg.; inoltre vedasi DTF 119 V 347 consid. 1b pag. 350 come pure Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989 pag. 25). L' oggetto della lite viene quindi definito alla luce delle censure sollevate con il ricorso (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 482), le quali vengono considerate

validamente presentate se dal tenore o perlomeno dal senso di quest'ultimo risultano con sufficiente chiarezza (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni H 101/85 del 23 ottobre 1985, in RCC 1986 pag. 317 consid. 4a). Spetta al giudice stabilire, nel singolo caso, cosa compone l'oggetto litigioso e se, datene le condizioni, sono soddisfatti i presupposti per una sua estensione, rispettivamente per un'eventuale estensione dell'oggetto impugnato (DTF 125 V 416 consid. 2a, 122 V 36 consid. 2a con riferimenti). A questo proposito in DTF 122 V 34 (cfr. anche DTF 110 V 51), l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), ha rammentato che per economia procedurale il Giudice può estendere l'oggetto impugnato ad una questione pronta per essere giudicata se vi è un nesso stretto con l'oggetto del contendere dal punto di vista fattuale e se l'amministrazione si è espressa in merito nel corso della procedura (DTF 122 V 34 consid. 2a: " Nach der Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozesserklärung geäussert hat"). 3. In concreto il TCA, di principio, dovrebbe pronunciarsi esclusivamente sul tema oggetto della decisione impugnata ossia la condanna dei ricorrenti al pagamento dell'importo di fr. 8'346.40 per premi e partecipazioni ai costi ivi elencati e riferentesi agli anni 2006, 2007 e 2009 (premi) e 2007 e 2008 (partecipazioni), oltre alle spese di sollecito, i " diritti amministrativi ", i " costi per ingiunzione di pagamento n. 626124" , i costi diversi di esecuzione e gli interessi di mora al 5% dal 18 novembre 2009. Tuttavia, come emerge dalla documentazione prodotta dai ricorrenti, questi ultimi chiedono da anni (perlomeno da inizio 2007) di poter ottenere dall'assicuratore un calcolo complessivo dei loro debiti e dei loro crediti. L'assicuratore dopo aver proposto il 5 gennaio 2011 un accordo transattivo per risolvere bonalmente la questione, ha emesso, il 1° febbraio 2011, una decisione formale tramite la quale ha, in un italiano alquanto approssimativo e non sempre comprensibile, deciso che " mediante questa disposizione di pagamento, viene sospesa l'opposizione in merito al precetto esecutivo n° _____ di CO 1 del 16.12.2009 per il credito dell'ammontare di CHF 8301.45 " (doc. 8). La Cassa non ha invece emesso una decisione impugnabile inerente i rapporti economici complessivi delle parti, come più volte richiesto dai ricorrenti (cfr. doc. 4). Questo Tribunale, come è sua facoltà (cfr. DTF 125 V 413), ritenuto che è stata prodotta una tabella che apparentemente dà seguito alle richieste degli insorgenti, per economia procedurale, visto che la diatriba si trascina da anni (oltre 5), ha pertanto esteso l'oggetto del contendere ai rapporti di dare ed avere tra le parti fino al 31 dicembre 2011, dando loro la facoltà di esprimersi in merito, in particolare nel corso dell'ultima udienza tenutasi il 21 novembre 2011 (cfr. doc. XXXV). Ne segue che oggetto del contendere e dell'esame da parte di questo Tribunale è il rapporto economico complessivo tra le parti fino alla fine del 2011 sulla base della documentazione prodotta nelle more processuali. Non è invece oggetto della lite né l'affiliazione dei ricorrenti presso TERZ 1 Cassa malati SA, avvenuta dal 1° gennaio 2011 ed annullata nel corso dell'estate 2011 tramite il rimborso dei premi già pagati, né eventuali pretese derivanti dalle assicurazioni complementari che non fanno parte della procedura in ambito LAMal. Spetterà semmai agli insorgenti chiedere l'emissione di una decisione formale ai rispettivi assicuratori circa eventuali pretese derivanti dal cambiamento assicurativo (nel frattempo annullato) e inoltrare una petizione al TCA per sollevare eventuali pretese in ambito LCA.

Infine, per quanto concerne la richiesta di condannare l’assicuratore ad un risarcimento danni, va evidenziato che l’art. 78 cpv. 4 seconda frase LPGA prevede che non è svolta alcuna procedura d’opposizione. Per l’art. 78a LAMal le pretese di risarcimento dell’istituzione comune, di assicurati e di terzi secondo l’articolo 78 LPGA devono essere fatte valere nei confronti dell’assicuratore; quest’ultimo statuisce mediante decisione. A norma dell’art. 78 cpv. 1 LPGA gli enti di diritto pubblico, gli organismi fondatori privati e gli assicuratori rispondono, in qualità di garanti dell’attività degli organi d’esecuzione delle assicurazioni sociali, per i danni causati illecitamente a un assicurato o a terzi da parte degli organi d’esecuzione o dei loro funzionari. L’art. 78 cpv. 2 LPGA prevede che l’autorità competente emette una decisione sulle pretese di risarcimento. La responsabilità sussidiaria della Confederazione per organizzazioni esterne all’amministrazione ordinaria della Confederazione è disciplinata conformemente all’articolo 19 della legge del 14 marzo 1958 sulla responsabilità (art. 78 cpv. 3 LPGA). Per l’art. 78 cpv. 5 LPGA le persone che agiscono quali organi o funzionari di un’istituzione assicurativa, di un servizio di revisione o di controllo o alle quali sono affidati compiti nell’ambito delle singole leggi, sono sottoposte alla stessa responsabilità penale dei membri delle autorità e dei funzionari secondo le disposizioni del Codice penale. In concreto in assenza di una decisione da parte dell’ammini-strazione circa le pretese sul risarcimento del danno il ricorso si rivela irricevibile. Su questo punto l’incarto è trasmesso all’assicuratore per l’emissione della relativa decisione. 4. Va infine evidenziato che le parti, malgrado gli sforzi di questo TCA intese a trovare una soluzione, non sono addivenute ad alcun accordo. Infatti con e-mail del 19 dicembre 2011 trasmesso all’assicuratore dal rappresentante dei ricorrenti, quest’ultimo ha affermato che “ per accettare le condizioni come abbiamo discusso in Tribunale TCA Devono essere tolte tutte le spese di ogni genere anche dei Precetti Esecutivi precedenti. Inoltre le fatture del Intervento di Ambulanza di 800.-- visto che la mia figlia aveva assicurazione di infortunio e la complementare devono essere pagate. Inoltre la franchigia di 600 Fr deve essere restituita o conteggiata. Inoltre aspetto come anche lei ha confermato i conteggi di tutte le fatture che ho pagato io alla TERZ 1 delle farmacie e altre ho inviato a vuoi CO 1 un incarto. Spero che riusciamo finire al più presto questo Problema Grande .” (doc. XXXVIII). L’assicuratore ha trasmesso al TCA il citato e-mail “ in quanto non è mia intenzione rispondere direttamente allo stesso. Nella documentazione che vi ho inoltrato in data 12 dicembre 2011, ho spiegato attentamente tutte le tematiche richieste dalla Famiglia ” (doc. XXXVIII). Ne segue che il calcolo complessivo del rapporto di dare e avere tra le parti dovrà essere effettuato sulla base del periodo complessivo riportato nelle tabelle excell e non solo sulla base di quanto convenuto nel corso dell’ultima udienza del 21 novembre 2011 (ossia dal 1° gennaio 2007). nel merito 5. Giusta l'art. 61 LAMal, l'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Sempreché la legge non preveda eccezioni, l'assicuratore riscuote dai propri assicurati premi uguali (cpv. 1). L'assicuratore può graduare i premi se è provato che i costi differiscono secondo i Cantoni e le regioni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. L’Ufficio federale stabilisce in modo unitario le regioni per l’insieme degli assicuratori (cpv. 2). Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni (minorenni), l'assicuratore deve fissare un premio più basso rispetto a quello degli assicurati d'età superiore (adulti). Egli è legittimato a fare altrettanto nel caso di assicurati che non hanno ancora compiuto 25 anni (giovani adulti; cpv. 3). Il Consiglio federale può stabilire le riduzioni di premio di cui al capoverso 3 (cpv. 3bis). Per gli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia i premi sono calcolati in funzione dello Stato di residenza. Il Consiglio federale

emana prescrizioni sulla determinazione e l’incasso dei premi di questi assicurati (cpv. 4). L'ammontare dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve essere approvato dal Consiglio federale. Prima dell'approvazione, i Cantoni possono prendere posizione in merito alle tariffe dei premi previste per la loro popolazione; la procedura d'approvazione non deve esserne ritardata (cpv. 5). Per l'art. 64 cpv. 1 LAMal, gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute. La partecipazione ai costi comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) (cpv. 2). Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari. Il Consiglio federale ne stabilisce l’ammontare (cpv. 5). L’art. 64a LAMal, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011, applicabile in concreto (cfr. le disposizioni transitorie), prevede al cpv. 1 che s e l’assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l’assicuratore deve diffidarlo per scritto, assegnargli un termine supplementare di 30 giorni e indicargli le conseguenze della mora (cpv. 2). Per l’art. 64a cpv. 2 LAMal se, nonostante la diffida, l’assicurato non paga e se è già stata depositata una domanda di continuazione dell’esecuzione per debiti, l’assicuratore sospende l’assunzione dei costi delle prestazioni finché i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d’esecuzione non sono stati pagati integralmente. Nello stesso tempo informa della sospensione delle prestazioni l’ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell’obbligo di assicurazione. Sono fatte salve le prescrizioni cantonali che prevedono una notifica ad altri uffici. A norma dell’art. 64a cpv. 3 LAMal se i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d’esecuzione sono pagati integralmente, l’assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante la sospensione. L’art. 64a cpv. 4 LAMal prevede che in deroga all’articolo 7, gli assicurati in mora non possono cambiare assicuratore finché non hanno pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d’esecuzione. È fatto salvo l’articolo 7 capoversi 3 e 4. Il Consiglio federale disciplina le modalità d’incasso dei premi e della procedura di diffida e i dettagli relativi alle conseguenze della mora (art. 64a cpv. 5 LAMal). 6. Nel caso di specie va esaminato a quanto ammontano le pretese della Cassa e quelle degli assicurati. 6.1. Per quanto concerne i premi ancora dovuti dagli insorgenti, dal verbale dell’udienza tenutasi il 21 novembre 2011 (cfr. doc. XXXV) emerge che: " Il Giudice intende ora a passare in rassegna il tema dei premi e rileva come dalla comunicazione del doc. XXVI risulti anche per l'anno 2011 il versamento di oltre fr. 5'000.--. Questo importo è effettivamente stato girato in favore di CO 1 che lo ha usato per la riduzione effettiva del premio. Il premio mensile richiesto per il 2011 assomma a fr. 225.10 al netto del sussidio. I premi dovuti per i membri della famiglia assicurati presso ÖKK per l'anno 2011 assomma comp. fr. 669.-- per complessivi fr. 8'028.-- da cui vanno dedotti i sussidi per un premio dovuto di fr. 2'866.-- circa. Per il 2010 le parti danno atto che sono stati versati premi sino al mese di giugno in maniera corretta per quanto concerne gli importi. I ricorrenti hanno versato fr. 3'553.80. Nel corso del mese di settembre come indica CO 1 è stato versato il sussidio per fr. 4'748.55. A quel momento erano ancora dovuti sei premi di fr. 627.40 che l'assicurato non ha più pagato ponendoli in compensazione. Secondo un calcolo del ricorrente l'importo dovuto in suo favore è di fr. 984.15. Il Giudice da atto che per il 2009 l'IAS ha versato fr. 990.-- di sussidi per _____ e _____ ma nessun sussidio per la loro mamma e per quell'anno risultano versati premi per fr. 447.30 per le ultime 5 mensilità, mentre non risultano versati i primi

E. 7

mesi. Il Giudice indica quindi che un importo di fr. 3'131.10 sono dovuti solo per il 2009. L'avv. RA 1 abbandona l'aula per impegni precedenti. Per il 2008 tutti i premi sono stati regolarmente pagati per un importo mensile di fr. 121.40. Per il mese di gennaio del 2007 è stato reclamato un premio di fr. 320.05 mentre per il resto dei mesi dello stesso anno sono stati chiesti premi per fr. 320.30 comprensivi del sussidio quindi al netto dello stesso. Erano dovuti fr. 3'843.35. I premi dovuti per l'anno 2011 assommano a fr. 225.10 per undici mesi mentre per gennaio fr. 225.90 già dedotto il sussidio per complessivi fr. 2'702.--. 2007 fr. 3'843.25 2009 fr. 3'131.10 2011 fr. 2'702.-- Totale fr. 9'676.35 ========= Da cui va dedotto il credito di fr. 984.15. per un importo di fr. 8'692.20." (doc. XXXI) Ne segue che l'importo ancora dovuto dai ricorrenti per i premi dal 1° gennaio 2007 al 31 dicembre 2011 ammonta a fr. 8'692.20. Ritenuto che le parti non sono giunte ad un accordo come invece sembrava potesse essere il caso dopo l'udienza del 21 novembre 2011, occorre ancora aggiungere i premi dovuti al 31 dicembre 2006. A questo proposito va sottolineata l'attitudine un po' confusa e poco cristallina della Cassa nel corso degli anni. A comprova della difficoltà per i ricorrenti (e per qualsiasi persona diligente nella medesima posizione), di comprendere l'ammontare del debito va infatti evidenziato che l'assicuratore ha esposto nel corso del tempo importi diversi (cfr. doc. 40, doc. A10, doc. A8, doc. XXIX/58, decisione del 1° febbraio 2011 [doc. 8], doc. 34, doc. 51, ecc.). Questo Tribunale prende pertanto in considerazione l'ultimo importo chiesto dalla Cassa, e meglio fr. 360.15, che corrisponde al premio ancora dovuto nel dicembre 2006, riportato nella decisione impugnata (cfr. doc. 8: " premi della cassa malati e partecipazioni ai costi dal dicembre 2006 al luglio 2009 " [sottolineatura del redattore]; cfr. anche doc. 40 dove nella " ricapitolazione premi e partecipazioni 2006-2009 " l'importo per tutto il 2006 era di fr. 418.35 e risultava insoluto il solo mese di dicembre [" … a partire dal 01.01.2006 al 31.12.2009…. : premio dicembre 2006 fr. 418.35 …. "], cfr. anche doc. 34). Il debito complessivo dei ricorrenti per i premi ancora dovuti fino al 31 dicembre 2011 ammonta pertanto a fr. 9'052.35 (8'692.20 + 360.15). 6.2. Da questo importo va dedotto l'ammontare di fr. 8'771.80 che, come emerge dall'ultimo conteggio prestazioni del 15 dicembre 2011 (doc. XXXVII/13), l'assicuratore deve agli insorgenti ma che non è stato rimborsato a causa della sospensione del pagamento delle prestazioni in atto. L'importo di fr. 8'771.80 è stato minuziosamente esaminato nel corso dell'udienza tenutasi il 21 novembre 2011 (cfr. doc. XXXI) e il rappresentante dei ricorrenti non ha prodotto documenta-zione atta a sovvertire il calcolo effettuato dall'assicuratore se non quella successivamente inviata alla medesima Cassa e presa in considerazione nel calcolo del 15 dicembre 2011. Ne segue che esso va considerato corretto. Circa la censura relativa alla presunta presa a carico di una franchigia di fr. 600 in luogo di quella di fr. 300, va evidenziato da una parte, come emerge anche dalle polizze assicurative (doc. XXI/1-19), che i premi chiesti a RI 2 sono quelli relativi ad un'assicurazione con la franchigia minima e dall'altra che l'assicuratore ha spiegato e reso verosimile che il documento dove figura una franchigia di fr. 600 è unicamente l'attestazione per l'autorità fiscale da cui emerge l'importo pagato complessivamente dalla ricorrente nel corso del 2009. La Cassa ha confermato che la franchigia è sempre stata di fr. 300 (cfr. doc. XIX e XXI/1-19) e che " sull'attestato fiscale della moglie, rilasciato a gennaio 2010, sono state riportate tutte le trattenute effettuate durante l'anno 2009 e quindi in quel periodo abbiamo conteggiato sia la franchigia del 2008 sia quella del 2009 (totale franchigia CHF 600.00) " (doc. XXXIV). Il ricorrente non ha prodotto documentazione atta a smentire quanto sopra. Infine, per quanto concerne la presa a carico del trasporto con ambulanza di fr. 800, l'assicuratore ha

rettamente spiegato che la LAMal può assumersi esclusivamente fr. 400 (ossia il 50% dell'importo) da cui va ancora dedotta la partecipazione ai costi del 10% (cfr. art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal e art. 26 Opre). 6.3. Giova qui rammentare che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio . Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente ed il giudice delegato ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. Alla fattispecie in discussione è applicabile la LPGA e la Lptca, che prevedono la massima dell'ufficialità, il principio inquisitorio e quello dell'applicazione d'ufficio del diritto (in questo senso: Marco Borghi e Guido Corti , Compendio di procedura amministrativa ticinese, edito dalla CFPG, Lugano, ad art. 18 pag. 89 e segg.; cfr. inoltre STFA U 94/01 del 5 settembre 2001; STFA I 83/01 del 31 maggio 2001; STFA U 429/00 del 13 marzo 2001; Untersuchungsgrundsatz, SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; AHI Praxis 1994 pag. 212; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). È dunque compito del giudice chiarire d ' ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell ' obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; Meyer , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira , Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, in: Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; Kurmann , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz, in: Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungs-recht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; Beati in: Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali, Lugano 1993, pag. 1 seg). Su questi aspetti, si veda in particolare: Duc , Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, pagg. 827-828 e Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1997, pagg. 339-341, laddove quest'ultimo rileva che "besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann". L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l' onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. 6.4. In concreto, sulla base della documentazione prodotta dalle parti emerge che gli insorgenti devono fr. 9'052.35 alla Cassa, la quale deve versare loro fr. 8'771.80, per una differenza in favore dell'assicuratore di fr. 280.55. Certo, l'art. 105c cpv. 5 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011 prevede che durante la sospensione della presa a carico delle prestazioni gli assicuratori non possono compensare le prestazioni con premi o partecipazioni ai costi loro dovuti. In concreto tuttavia da una parte va evidenziato che l'assicuratore ha sospeso anche il pagamento delle prestazioni dei figli minorenni, in spregio alle norme del diritto cantonale allora in vigore che prevedevano, in questi casi, se date le condizioni previste dalla legge, la presa a carico, di massima, dei loro

premi da parte del Cantone, proprio per evitare una sospensione (cfr. art. 45 lett. a RLCAMal e art. 46 RLCAMal nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2011, RL 6.4.6.1.1). D'altra parte va rilevato che l'assicuratore ha affermato che " il blocco delle prestazioni è stato registrato con effetto 01.01.2006 ". Ora, per giurisprudenza invalsa del TF, ripresa dal TCA, la sospensione necessitava, di principio, di una decisione formale (cfr. da ultimo la sentenza 36.2011.37 del 16 novembre 2011 con il riepilogo della giurisprudenza federale e cantonale al consid. 2.3) che l'assicuratore non ha prodotto, malgrado l'intimazione di questo Tribunale a voler trasmettere l'incarto completo (doc. II; cfr. anche doc. III). Certo, con sentenza 36.2009.6 del 17 agosto 2009 il TCA ha precisato che: " La sentenza cantonale si riferisce tuttavia ad una comunicazione del 18 gennaio 2007, ossia anteriore all'entrata in vigore, il 1° agosto 2007, dell'art. 105c cpv. 2 OAMal, il quale prevede ora espressamente che "la sospensione ha effetto dal giorno della comunicazione." (cfr. consid. 2.5.). Questo Tribunale deve pertanto ritenere che, con l'entrata in vigore dell'art. 105c cpv. 2 OAMal, per la sospensione delle prestazioni non è più necessario l'emanazione di una decisione formale, perlomeno per i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato successivi al mese di agosto 2007, se la persona assicurata, che riceve lo scritto, non lo contesta entro termini ragionevoli o non domanda l'emissione di una decisione formale (cfr. anche la sentenza K82/02 del 17 giugno 2003, citata al consid. 2.2.)." In concreto tuttavia dagli atti non emerge che l'assicuratore abbia espressamente comunicato agli assicurati la loro sospensione. Agli atti vi è infatti unicamente uno scritto del 23 giugno 2010 dell'assicuratore all'IAS dove si comunica di aver sospeso il pagamento delle prestazioni dei ricorrenti (doc. 29) e uno scritto del 7 luglio 2010 dell'assicuratore allo studio della levatrice _____ che la informa di non poter pagare la fattura prodotta a causa della sospensione in essere (doc. A13). I due scritti del 14 dicembre 2010 e del 29 dicembre 2010 (doc. A17 e 16) alla ricorrente si limitano invece a richiamare genericamente l'art. 64a cpv. 2 LAMal, senza citarlo per esteso, e sono comunque stati, perlomeno implicitamente, contestati sia con l'opposizione che con il ricorso (circa il termine per chiedere l'emissione di una decisione formale cfr. la già citata sentenza 36.2011.37 del 16 novembre 2011 dove è stata riconosciuta la possibilità, ad un assicurato totalmente privo di qualsiasi conoscenza giuridica, di chiedere una decisione, in ambito di sospensione, fino a circa un anno dal ricevimento della comunicazione) e non hanno pertanto valore di sospensione. Del resto, abbondanzialmente, va evidenziato che dall'ulteriore documentazione prodotta dalla Cassa risulta inoltre un'ingiunzione di pagamento del 15 agosto 2009 per premi del 2009 (doc. 45), tramite la quale tuttavia viene assegnato un termine di soli 14 giorni per pagare l'arretrato di fr. 467.30 relativo a premi del mese di giugno che oltretutto comprendono anche i figli minorenni. Ora, c on sentenza 36.2009.177 del 28 aprile 2010, confermata da una successiva sentenza 36.2010.65 del 31 maggio 2010, questo TCA, nella composizione a Tribunale completo, ha stabilito che gli art. 64a cpv. 1 LAMal e 105b OAMal non hanno introdotto una nuova forma di procedura esecutiva in deroga alla LEF ma hanno regolato in maniera più precisa le modalità della procedura da adottare in caso di premi e partecipazioni ai costi in arretrato (DTF 131 V 147). In quell'occasione il TCA ha evidenziato che l'assicuratore, prima di far spiccare il precetto esecutivo, oltre al richiamo, è tenuto a diffidare l'assicurato assegnandogli un ultimo termine di 30 giorni che, pur essendo un termine d'ordine, va rispettato laddove l'assicuratore intende anche sospendere il pagamento delle prestazioni del proprio assicurato moroso sulla base del debito escusso (cfr. anche, da ultimo, le sentenze 36.2011.60 e 36.2011.61 del 27 dicembre 2011). In concreto, già solo per il fatto che con

l’ingiunzione non sono stati assegnati 30 giorni per il pagamento ma solo 14, la sospensione non poteva essere applicata. Ne segue che in realtà dagli atti non emerge che i ricorrenti siano stati sospesi. Per cui, rammentato che con decisione K 7/06 del 12 gennaio 2007 il TF ha affermato che „ Die Praxis erlaubt den Krankenkassen, geschuldete Versicherungsleistun-gen mit ausstehenden Prämienforderungen zu verrechnen (BGE 126 V 268 f. Erw. 4a, 110 V 185 f. Erw. 2 und 3; RKUV 2005 Nr. KV 343 S. 358 [Urteil L. vom 22. Juli 2005, K 114/03]). Sowohl unter der Herrschaft des bis Ende 1995 in Kraft gewesenen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) als auch nach den Bestimmungen des seit 1. Januar 1996 geltenden KVG war bzw. ist es indessen den Versicherten verwehrt, ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen mit beanspruchten Leistungen zu verrechnen (BGE 110 V 186 Erw. 3; Urteil L. vom 22. Juli 2005, K 114/03, publiziert in SVR 2006 KV Nr. 11 S. 32)” e che entrambe le parti hanno esplicitamente e consapevolmente dato il loro accordo alla compensazione, gli assicurati vanno condannati al pagamento di fr. 280.55. 7. L’assicuratore chiede anche il pagamento di spese amministra-tive, di sollecito, ecc. In una sentenza del 18 giugno 1999 pubblicata in DTF 125 V 276 l’allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) 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 regolamenta-zione al riguardo. Questo principio è stato inserito nell’art. 90 cpv. 5 OAMal in vigore dal 1° gennaio 2006 al 31 luglio 2007 (RU 2005 5639, pag. 5640) che prevedeva che se l’assicurato ha causato a torto spese cui si sarebbe ovviato in caso di pagamento tempestivo, l’assicuratore può esigere, in adeguata misura, spese di diffida o spese supplementari, nella misura in cui ne preveda il disciplinamento nelle sue disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi degli assicurati. L’art. 90 cpv. 5 OAMal è stato sostituito dal 1° agosto 2007 dal l’art. 105b cpv. 3 OAMal (in vigore fino al 31 dicembre 2011 e applicabile in concreto) per il quale se l’assicurato cagiona per propria colpa spese che avrebbero potuto essere evitate con un pagamento tempestivo, l’assicuratore può riscuotere, in misura appropriata, spese amministrative, se una misura siffatta è prevista dalle disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi dell’assicurato. Nel caso di specie l’assicuratore non ha prodotto le condizioni generali d’assicurazione, per cui già solo per questo motivo mancano le basi per poter condannare i ricorrenti al pagamento delle spese. Va poi comunque evidenziato che alla luce dell’attitudine della Cassa nel corso degli anni non emerge una colpa degli assicurati che hanno più volte chiesto di conoscere l’effettivo debito ma hanno ottenuto risposte sommarie ed a volte contraddittorie. Tanto più che ancora il 5 gennaio 2011 la stessa amministrazione ha affermato che “ sono sopravvenuti diversi malintesi ” e che “ ci scusiamo per gli inconvenienti e i tanti malintesi ” (doc. A19). Ne segue che gli assicurati non devono alcunché per eventuali spese di sollecito, amministrative, ecc. 8. Sia i ricorrenti che l’amministrazione chiedono il pagamento di interessi. Per l’art. 26 LPGA i crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o rimunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi esigui e termini di breve durata (cpv. 1). Sempre che l’assicurato si sia pienamente attenuto all’obbligo di collaborare, l’assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto (cpv. 2). Alla

luce della citata disposizione e del calcolo esposto dal TCA, su questo punto l'incarto va rinviato all'assicuratore per il calcolo di eventuali interessi dovuti dalla Cassa e/o dai ricorrenti. 9. Per quanto concerne le spese esecutive, va rammentato che con sentenza K 114/03 del 22 luglio 2005 (cfr. anche sentenza K 144/03 del 18 giugno 2004), il TF ha affermato: "

E. 10

Gli insorgenti chiedono, all'assicuratore, il pagamento delle spese che hanno dovuto sopportare per poter far valere i loro diritti. Per l'art. 61 lett. g LPGA il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (vedasi per la regola e le eccezioni: DTF 112 V 86 consid. 4, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 105 V 89 consid. 4, DTF 105 Ia 122, DTF 99 Ia 580 consid. 4; Susanne Leuzinger-Naef, "Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltliche Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht", in SZS 1991 pag. 180 ss). Per giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_864/2007 del 30 aprile 2008 e DTF 129 V 113 consid. 4.1), un legame di parentela tra la persona assicurata e l'avvocato che la rappresenta in giudizio non esclude di per sé l'assegnazione di un'indennità di parte, a meno che il rappresentante legale non abbia lui stesso un interesse proprio all'esito del processo, segnatamente in virtù di un obbligo di assistenza, coniugale (art. 159 cpv. 3 CC; cfr. RCC 1984 pag. 287, consid. 4), parentale (art. 296 segg. CC; DTF 129 V 113 consid. 4.1 pag. 116) o altrimenti familiare (art. 328 CC; DTF 129 V 113 consid. 4.1 pag. 116 con riferimenti). L'Alta corte federale riconosce inoltre eccezionalmente ad una parte vittoriosa non rappresentata il diritto ad ottenere un'indennità per ripetibili per l'attività da lei svolta solo se la causa è complessa, gli interessi in gioco sono importanti, il lavoro svolto ha impedito notevolmente l'attività professionale o ha comportato una perdita di guadagno e se gli sforzi profusi sono ragionevolmente proporzionati ai risultati ottenuti (DTF 113 Ib 356 consid. 6b, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 110 V 133 consid. 4a; Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, no. 1 ad art. 159; T. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, pag. 394). Nel caso di specie, RI 1 , marito di RI 2 e padre di _____, _____ e _____, ha un interesse proprio all'esito del processo in virtù dell'obbligo di assistenza coniugale e parentale. Per stabilire il diritto a ripetibili vanno di conseguenza applicate le condizioni previste dalla giurisprudenza nel caso di una parte che agisce a proprio nome e per proprio conto. RI 1 , ha dovuto intervenire in una fattispecie di non facile risoluzione a causa dell'attitudine dell'amministrazione (cfr. doc. A45, doc. A46 e doc. A47, doc. 53, nonché esito della procedura innanzi al Giudice _____ [Kreis Fünf Dörfer, doc. A20]) che ha causato, come affermato dal medesimo assicuratore in data 5 gennaio 2011, " inconvenienti e i tanti malintesi " (doc. A19). Infatti la Cassa ha prodotto calcoli a tratti poco comprensibili, non sempre chiari e di non facile risoluzione, che hanno impegnato anche questo Tribunale. La causa riveste un'importanza notevole ritenuto come gli importi in gioco sono importanti per gli assicurati. Gli sforzi profusi sono sicuramente proporzionati al risultato ottenuto e il lavoro svolto ha verosimilmente impedito notevolmente l'attività professionale di RI 1, attivo quale dipendente con la funzione di venditore di automobili. L'interessato si è infatti recato nel Canton _____, ha telefonato e scritto alle sedi di _____, _____ e a quelle ticinesi dell'assicuratore, ha presenziato a due udienze presso questo Tribunale, ha dovuto

prendere posizione in diverse circostanze sui calcoli della Cassa. Le condizioni per riconoscere agli assicurati le ripetibili sono adempiute.

E. 10.3

L'assunzione delle spese esecutive viene invece disciplinata dall'art. 68 LEF, secondo cui esse sono a carico del debitore, ma il creditore è tenuto ad anticiparle. In mancanza di tale anticipazione, l'ufficio può intanto sospendere l'atto esecutivo, dandone avviso al creditore. Questi costi sono dovuti per legge e dal debitore, oltre all'importo posto in esecuzione, nel caso in cui l'esecuzione abbia successo (RAMI 2003 no. KV 251 pag. 226 consid. 4 e giurisprudenza citata). Non essendo tuttavia oggetto della procedura di rigetto dell'opposizione, sull'importo relativo a queste spese non è ammissibile pronunciare il rigetto (sentenze del 26 agosto 2004 in re M., K 68/04, e del 18 giugno 2004 in re B., K 144/03)." Queste spese esecutive non formano oggetto della sentenza di rigetto, ma seguono le sorti dell'esecuzione per la quale è stato concesso il rigetto (sentenza del 22 luglio 2005, K 114/03; sentenza del 14 settembre 2004, 36.2004.79; RAMI 2003 no. KV 251 pag. 226 consid. 4; SZS 2001 pag. 568 consid. 5 con riferimenti; Panchaud/Caprez, La mainlevée de l'opposition, §164, pag. 414; K. Ammon, Grundriss des Schuldbetreibungs-und konkursrechts, Berna 1983, p. 106). Non essendo oggetto della procedura di rigetto dell’opposizione, sull’importo relativo a queste spese non è ammissibile pronunciare il rigetto (sentenza del 22 luglio 2005, K 114/03, sentenza del 26 agosto 2004, K 68/04 e sentenza del 18 giugno 2004, K 144/03). Per cui queste spese non fanno parte del rigetto dell’opposi-zione. Alla luce di tutto quanto sopra esposto l’opposizione al precetto esecutivo n. _____ del 16 dicembre 2009 dell’UEF di _____ va rigettata limitatamente all’importo di fr. 280.55. A questo proposito va evidenziato che siccome debitore dei premi è (anche) la madre, sia per lei stessa che per i figli minorenni, a giusta ragione il precetto esecutivo è stato notificato direttamente a lei.

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