

TI_GERICHTE 36.2012.61 vom 19. Februar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-02-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2012.61

FR: TI_GERICHTE 36.2012.61 du 19 février 2013

IT: TI_GERICHTE 36.2012.61 del 19 febbraio 2013

Regeste

Doppia affiliazione all'assicurazione malattie obbligatoria. Le spese esecutive restano a carico dell'assicurato il quale non ha informato gli assicuratori della doppia assicurazione

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. 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).

E. 2

Ai sensi dell'art. 207 LEF, salvo i casi d'urgenza, le cause civili nelle quali il fallito è parte e che influiscono sulla composizione della massa rimangono sospese. Le si può riattivare, in caso di liquidazione ordinaria, non prima di dieci giorni dopo la seconda assemblea dei creditori e, in caso di liquidazione sommaria, non prima di venti giorni dopo il deposito della graduatoria. I procedimenti amministrativi possono essere sospesi alle stesse condizioni delle cause civili. I termini di prescrizione e di perenzione non corrono durante i periodi di sospensione. La disposizione summenzionata non si applica alle azioni di risarcimento del danno per lesioni della personalità o corporali né alle cause del diritto di famiglia. In concreto questo Tribunale ha interpellato l'Ufficio fallimenti del Distretto di _____ (doc. XIII) che con scritto del 15 novembre 2012 ha affermato che la procedura di fallimento “ è stata aperta conformemente l'art. 231 LEF in via sommaria con pubblicazione del 23 marzo 2012. Vi informiamo inoltre che in data 21 maggio 2012 è stata depositata la graduatoria e che la stessa è cresciuta in giudicato. Vi comunichiamo che il credito vantato da CO 1 non è stato posto in cessione ai creditori e che è nostra intenzione continuare la procedura pendente presso il vostro Tribunale ” (doc. XIV). Nel corso dell'udienza dell'11 gennaio 2013 l'Ufficio fallimenti del Distretto di _____, in rappresentanza della massa fallimentare RI 1, ha confermato di subentrare alla ricorrente e di voler continuare la procedura. Ne segue che la causa non va sospesa ed il TCA può entrare nel merito della vertenza. nel merito 3. Per l'art. 7 cpv. 1 LAMal l'assicurato può cambiare assicuratore per la fine d'un semestre civile di un anno civile con preavviso di tre mesi. L'art.

E. 7

cpv. 2 LAMal prevede che al momento della notifica dei nuovi premi, l'assicurato può, con preavviso di un mese, cambiare assicuratore per la fine del mese che precede la validità dei nuovi premi. L'assicuratore deve annunciare i nuovi premi approvati dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Ufficio federale) a ogni assicurato con almeno due mesi d'anticipo e segnalare il diritto di cambiare assicuratore. A norma dell'art. 7 cpv. 3 LAMal se l'assicurato deve cambiare assicuratore perché trasferisce il suo domicilio o cambia posto di lavoro, l'affiliazione termina al momento del trasferimento del domicilio o dell'inizio dell'attività presso il nuovo datore di lavoro. Giusta l'art. 7 cpv. 4 LAMal se un assicuratore, volontariamente o sulla base di una decisione di un'autorità, non esercita più l'assicurazione sociale malattie, il rapporto assicurativo termina con il ritiro dell'autorizzazione giusta l'articolo 13. Per l'art. 7 cpv. 5 LAMal il rapporto d'assicurazione termina solo se il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che assicura l'interessato senza interruzioni della protezione assicurativa. Se omette questa conferma, deve risarcire all'assicurato il danno risultante, in particolare la differenza di premio. L'assicuratore che ha ricevuto la comunicazione informa la persona interessata sulla data a partire dalla quale essa non è più assicurata presso di lui. Dal 1° gennaio 2012 è in vigore il nuovo art. 105l OAMal, non applicabile in concreto, il cui cpv. 3 prevede che se gli importi in arretrato conformemente al capoverso 2 non sono pervenuti all'assicuratore tempestivamente, quest'ultimo deve informare l'interessato che egli continua ad essere assicurato presso di lui e che può cambiare assicuratore soltanto al successivo termine previsto dall'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge. L'assicuratore informa il nuovo assicuratore entro 60 giorni che l'assicurato continua ad essere assicurato presso di lui. 4. Con sentenza pubblicata in DTF 126 V 480, la nostra Massima Istanza ha stabilito, a proposito dell'art. 7 cpv. 2 LAMal, circa il computo del termine di preavviso di un mese prescritto per il cambiamento d'assicuratore, che la dichiarazione di volontà con cui la persona assicurata può cambiare il suo assicuratore, mediante preavviso di un mese per la fine di un mese dalla comunicazione dell'aumento dei premi, è un atto formatore recettizio. Di conseguenza, il termine è rispettato soltanto se il preavviso perviene al suo destinatario al più tardi l'ultimo giorno del mese che precede lo scioglimento del rapporto assicurativo. Nel caso esaminato dall'Alta Corte la disdetta consegnata alla posta il 30 novembre 1998 è stata ricevuta il 1° dicembre 1998 dal nuovo assicuratore. Il rapporto assicurativo è stato di conseguenza sciolto unicamente con effetto dal 31 dicembre 1999, invece del 31 dicembre 1998. Per quanto concerne l'applicazione dell'art. 7 cpv. 5 LAMal, l'Alta Corte con sentenza pubblicata in DTF 127 V 38, ha stabilito che qualora il nuovo assicuratore solo dopo la scadenza del periodo di disdetta comunichi al precedente di assicurare l'interessato senza interruzione della protezione assicurativa, il precedente rapporto assicurativo cessa alla fine del mese in cui l'informazione tardiva perviene al precedente assicuratore. Nel caso giudicato dal TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) il nuovo assicuratore ha comunicato al vecchio assicuratore di assumere senza interruzione l'assicurazione il 10 gennaio 1997. Per cui il precedente rapporto assicurativo è cessato il 31 gennaio 1997. In DTF 130 V 448 l'Alta Corte ha stabilito che in caso di cambiamento di assicuratore nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie è esclusa una doppia assicurazione. Il rapporto di assicurazione presso il nuovo assicuratore può soltanto prendere inizio dopo che è terminato quello precedente (consid. 4). La comunicazione prevista dall'art. 7 cpv. 5 prima frase LAMal deve essere fatta direttamente dal nuovo assicuratore a quello precedente. La mancata comunicazione non si rivela illecita se il nuovo assicuratore non conosce quello precedente. In tal caso può sorgere un obbligo di

risarcimento danni ai sensi dell'art. 7 cpv. 5 seconda frase LAMal. Per salvaguardare il proprio diritto al risarcimento del danno, la persona assicurata deve rendere nota al nuovo assicuratore l'identità di quello precedente (consid. 5.4). Infine, con sentenza 9C_371/2012 del 26 ottobre 2012 (= DTF 138 V 426), il TF ha confermato l'applicazione dell'art. 62 CO alla richiesta di restituzione al vecchio assicuratore della somma delle prestazioni versate dal nuovo assicuratore che ha annullato con effetto retroattivo l'affiliazione a causa del divieto della doppia affiliazione (cfr. consid. 5). 5. In concreto l'assicuratore non contesta che vi sia stata una doppia assicurazione, né che l'affiliazione vada annullata con effetto retroattivo al 1° gennaio 2008. Oggetto del contendere è unicamente la questione di sapere se RI 1 debba assumersi i costi delle procedure esecutive avviate dalla convenuta per recuperare i premi non pagati dall'insorgente fin verso la fine del 2011 oppure se CO 1 deve rimborsare l'integralità della somma incassata tramite le procedure esecutive ed assumersi i costi delle esecuzioni. Nel periodo in esame l'assicuratore ha incassato dalla ricorrente un importo, incontestato, di fr. 4'145. Pure pacifica (cfr. doc. XII) è la circostanza che nel medesimo periodo la convenuta ha pagato, per le spese esecutive anticipate ai sensi dell'art. 68 LEF, fr. 2'186.65 (cfr. doc. X/20). Ne segue che, come ammesso dall'assicuratore con le osservazioni del 25 ottobre 2012 (doc. X), il rimborso complessivo a favore della ricorrente ammonta, almeno, a fr. 1'958.35 (4'145 - 2'186.65). Come emerge dall'udienza di discussione (doc. XX), fr. 1'041.95 sono stati versati direttamente alla curatrice di RI 1, nel mese di gennaio 2012, poiché il fallimento non era ancora stato decretato. L'importo di fr. 800 invece, in virtù dell'art. 205 LEF, è stato correttamente versato all'Ufficio fallimenti del Distretto di _____ . Ritenuto che con la decisione impugnata, oggetto del contendere, l'assicuratore ha riconosciuto un importo complessivo di fr. 1'841.95 (1'041.95 + 800; doc. A2) è a giusta ragione che, pendente causa, CO 1 ha versato ulteriori fr. 116.40 (doc. XX/1). In questo senso la decisione impugnata va modificata. Va ora esaminato se la Cassa deve rimborsare anche l'importo restante di fr. 2'186.65. 6. In concreto RI 1 ha sottoscritto, il 27 novembre 2007, una proposta d'assicurazione presso CO 1 (doc. 1). Quest'ultima, preso atto della volontà della ricorrente, ha informato il precedente assicuratore (doc. 2) ed ha emesso la polizza assicurativa per il 2008 (doc. 3). L'assicurata, malgrado fin dal 2008 si sia vista notificare, ogni anno, le polizze assicurative di CO 1 i premi mensili, i richiami, le messe in mora ed i precetti esecutivi, non ha mai reagito (doc. 6-8 e 11, doc. 21-23). L'interessata fa valere di essere stata impossibilitata, viste le sue numerose patologie, a comportarsi diversamente e di essere stata messa sotto curatela dal mese di ottobre 2011, malgrado ne abbia fatto richiesta già dal 2002. Essa evidenzia in particolare di aver subito un'operazione di cataratta proprio nel periodo in cui ha sottoscritto la proposta assicurativa con CO 1 nel novembre 2007 (inviando la disdetta all'UAI in luogo di _____) e di essere stata ricoverata per tutto il 2011 in una struttura ospedaliera. Questo TCA evidenzia innanzitutto che, a prescindere dalla circostanza che l'assicurata non ha prodotto certificati od attestati medici a comprova di quanto sostenuto, comunque, per quanto concerne la cataratta, nella proposta d'assicurazione ha indicato che l'intervento è avvenuto ambulatorialmente e che vi è stata una guarigione completa (cfr. doc. 1). La questione non merita comunque particolare approfondimento. Infatti, la circostanza che nel 2007, quando ha sottoscritto la proposta assicurativa, l'interessata avrebbe avuto problemi agli occhi che le avrebbero impedito di leggere correttamente quanto sottoscritto, è superata dal fatto che comunque l'interessata neppure successivamente, ha mai informato CO 1 della circostanza che nel frattempo continuava ad essere assicurata presso _____. Per lo stesso motivo non è di rilievo che l'interessata,

per gran parte del 2011, sarebbe rimasta ricoverata in ospedale, poiché negli anni precedenti avrebbe potuto comunque informare CO 1 della propria situazione. Allo stesso modo, il fatto che solo nel mese di ottobre 2011 le è stato nominato un curatore, malgrado ne abbia fatto richiesta sin dal 2002 non modifica l'esito della procedura, giacché da una parte, di norma, la curatela non priva la persona interessata della sua capacità civile (cfr. art. 417 cpv. 1 CC, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2012), e d'altra parte fino al mese di ottobre 2011 essa avrebbe comunque potuto agire liberamente. Infine, l'interessata non fa valere di essere stata privata, in qualche modo, della sua capacità di discernimento. Essa, del resto, ha rescisso (nuovamente) il contratto assicurativo che la legava ad _____ il 28 novembre 2008 (doc. 4). Ciò a comprova del fatto che era a conoscenza dei passi da intraprendere per cambiare assicuratore. Inoltre, ancora il 2 gennaio 2009, _____ ha scritto all'insorgente informandola dell'impossibilità di cambiare assicuratore in presenza di debiti non ancora soluti, in applicazione degli art. 64a cpv. 4 LAMal e 105d OAMal e segnalandole la necessità di informare " la sua nuova assicurazione al riguardo " (doc. 5). Anche in questo caso l'interessata non ha reagito. Quanto alla circostanza, sollevata in sede di udienza (doc. XX), secondo cui la proposta d'assicurazione sarebbe stata compilata da un funzionario di CO 1, al quale aveva indicato di essere stata assicurata presso _____, ma non era stata richiesta di fornire indicazioni circa eventuali esecuzioni in corso, va precisato quanto segue. Il TCA evidenzia che nella proposta di assicurazione figura, correttamente, che RI 1 era assicurata presso _____. Inoltre viene indicato che non aveva esecuzioni o richiami in corso (doc. 1, pag. 2). Ora, l'assicurata stessa ha posto la firma in calce alla proposta, confermando la correttezza delle risposte. Infatti, prima della data e dalla firma figura che RI 1 ha dichiarato di assumersi " la mia sola responsabilità per le risposte fornite, anche se quest'ultime sono state trascritte da una terza persona " (doc. I, pag. 2, sottolineatura del redattore). Inoltre, va comunque ribadito che l'interessata, malgrado avesse ricevuto polizze e richiami da due assicuratori per diversi anni, non ha mai agito, neppure a fronte dei precetti esecutivi notificatili da CO 1. Ciò neppure quando il 2 gennaio 2009 _____ le ha scritto, indicandole che non avrebbe potuto cambiare assicuratore a causa degli arretrati in essere (doc. 5). In queste condizioni ad CO 1, che ha avvisato _____ del cambiamento di assicuratore (cfr. doc. 2), non può essere rimproverato di aver fatto spiccare i precetti esecutivi per il recupero dei premi rimasti impagati o di aver violato, come sostiene _____, l'art. 27 LPGa circa l'obbligo di informazione, ritenuto che CO 1 non era stata messa al corrente dal fatto che l'interessata continuava ad essere affiliata presso _____ e la medesima assicurata non sostiene di aver chiesto informazioni. Del resto CO 1 nei richiami ha informato l'assicurata della necessità di introdurre una procedura esecutiva in caso di mancato pagamento dei premi (cfr. doc. 21). Infine, l'avvio di una procedura esecutiva, contrariamente a quanto sembra sostenere l'assicuratore chiamato in causa, non implica necessariamente la richiesta all'UEF competente delle procedure già pendenti da cui si potrebbe eventualmente dedurre la presenza di una doppia assicurazione. Quanto alla circostanza, sollevata da CO 1 il 7 febbraio 2013, che a questa stregua anche l'IAS, al quale nel 2008 è stata notificata la sospensione dei pagamenti delle prestazioni conformemente all'art. 64a LAMal, avrebbe potuto accorgersi della doppia affiliazione, questo TCA ribadisce che oggetto del contendere è unicamente la questione di sapere se la convenuta può chiedere all'assicurata il pagamento delle spese esecutive. Per contro l'eventuale responsabilità di terzi esula dalla vertenza. Alla luce di quanto sopra esposto, in applicazione degli art. 64a LAMal e 105a e seguenti OAMal, Assura era obbligata, in assenza del pagamento dei premi da parte

dell'interessata, ad agire tramite una procedura esecutiva per poter recuperare i premi rimasti impagati. L'art. 64a cpv. 1 LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011, prevedeva che se 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. Per l'art. 105b cpv. 1 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011, i premi e le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scaduti e non pagati devono essere oggetto, nei tre mesi che seguono la loro esigibilità, di una diffida scritta preceduta da almeno un richiamo e distinta da quelle vertenti su altri eventuali pagamenti arretrati. Con la diffida, l'assicuratore deve impartire all'assicurato un termine di 30 giorni al fine di permettergli di adempiere il suo obbligo e attirare la sua attenzione sulle conseguenze in cui incorre se non paga. Per il cpv. 2 se l'assicurato non paga entro il termine impartito, l'assicuratore deve avviare una procedura esecutiva relativa al debito nei quattro mesi successivi, in modo distinto da altri eventuali pagamenti arretrati. Inoltre, per l'art. 68 LEF le spese di esecuzione sono a carico del debitore, ma il creditore è tenuto ad anticiparle. In concreto l'assicuratore ha agito rispettando le norme di cui all'art. 7 cpv. 5 LAMal e la giurisprudenza, annullando con effetto retroattivo l'affiliazione poiché una doppia assicurazione non è ammissibile e dicendosi disposto a restituire l'ammontare dei premi incassati per via esecutiva. D'altra parte l'assicurata è rimasta passiva per quasi 4 anni, anche in presenza degli scritti, delle diffide e dei precetti esecutivi che, per legge (cfr. art. 64a cp. 1 LAMal e 105b cpv. 1 e 2 OAMal), CO 1 era tenuta a notificarle, causando a quest'ultima oneri non indifferenti ed in particolare le spese esecutive che era tenuta ad anticipare. Va qui rammentato, per quanto concerne le spese esecutive, 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

All'assicurata, infine, sono state poste a carico spese di diffida per fr. 20.- e spese esecutive per fr. 70.-, che contesta. (...)

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)." Va ancora rilevato che per l'art. 105b cpv. 3 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011 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. In concreto l'art. 17.3 delle condizioni generali d'assicurazione prevede che " *lorsque par négligence ou attitude fautive l'assuré provoque des frais administratifs onéreux, il peut être appelé à en supporter les conséquences financières* ". Nella fattispecie, trattandosi di spese esecutive che l'assicuratore ha dovuto anticipare a causa del comportamento negligente dell'assicurata

che per quasi 4 anni non ha informato CO 1 della presenza di una doppia assicurazione, correttamente sono state messe a carico dell'interessata. Ne segue che a giusta ragione l'assicuratore non ha rimborsato i costi delle spese esecutive causate dall'assicurata, il cui importo non è contestato ed è desumibile anche dall'allegato X/20. 7. Va infine ribadito che rettamente l'assicuratore, in seguito alla pronunzia di fallimento della ricorrente il 1° marzo 2012, ha pagato gli importi ancora dovuti direttamente all'Ufficio fallimenti del Distretto di _____, giacché il medesimo, con scritto del 21 marzo 2012, gliene ha fatto ordine in virtù dell'art. 205 LEF (doc. 17). 8. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso va parzialmente accolto e la decisione impugnata modificata nel senso che l'importo complessivo da restituire ammonta a fr. 1'958.35. Questo ammontare, nel frattempo, è già stato versato (cfr. verbale di udienza, doc. XX). Ritenuto che in corso di causa è subentrata la massa fallimentare RI 1 e che RI 1 stessa non avrebbe potuto ricorrere contro le decisioni di CO 1 vista la dichiarazione di fallimento (art. 204 LEF e art. 240 LEF), le richieste di ripetibili e di riconoscimento dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio vanno respinte (cfr. anche verbale di udienza, doc. XXI). Copia della sentenza va notificata, per conoscenza, anche alla curatrice di RI 1 e per essa all'avv. RA 2.

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