

TI_GERICHTE 36.2014.82 vom 4. März 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-03-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.82

FR: TI_GERICHTE 36.2014.82 du 4 mars 2015

IT: TI_GERICHTE 36.2014.82 del 4 marzo 2015

Regeste

Affiliazione retroattiva alla LAMal di uno svizzero, al beneficio di una pensione di vecchiaia svizzera, domiciliato in un Paese UE che aveva sottoscritto un'assicurazione complementare con una riserva. Compensazione tra prestazioni della LAMal e prestazioni della LCA

Erwägungen

E. 14

giugno 2012). Analogamente alla revisione delle sentenze delle autorità giudiziarie, l'amministrazione deve procedere alla revisione processuale di una decisione cresciuta in giudicato quando sono scoperti nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (art. 53 cpv. 1 LPGa; cfr. STF U 409/06 del 25 giugno 2007, C 128/06 del 10 maggio 2007; SVR 2004 ALV N° 14; DTF 127 V 466 consid. 2c pag. 469 e riferimenti). Inoltre, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, se essa è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (art. 53 cpv. 2 LPGa; cfr. anche la STF U 409/06 del 25 giugno 2007). Questi principi si applicano anche quando delle prestazioni sono state accordate senza una decisione formale e che il loro versamento ha comunque acquisito forza di cosa giudicata (STF C 128/06 del 10 maggio 2007; DTF 129 V 110 consid. 1.1). 2.5. Nel caso di specie l'insorgente, dal 1° maggio 2009, come ammesso dalle parti, quale cittadino svizzero domiciliato in un Paese dell'UE, a beneficio esclusivamente di una rendita di vecchiaia svizzera, di principio andava affiliato per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera. Infatti, per l'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal sono tenuti ad assicurarsi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie le persone che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea e sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (Accordo sulla libera circolazione delle persone) e del relativo allegato II, menzionati nell'articolo 95a lettera a della legge. A questo proposito va rammentato che ai sensi dell'art. 95a cpv. 1 lett. a LAMal per le persone designate nell'articolo 2 del regolamento n. 1408/71 e in relazione con le prestazioni previste nell'articolo 4 di questo regolamento, purché siano comprese nel campo d'applicazione della presente legge, sono applicabili anche l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, nella versione dei Protocolli del 26 ottobre 2004 e del 27 maggio 2008 relativi all'estensione dell'Accordo ai nuovi Stati membri della Comunità europea, il suo allegato II e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata (dal 1° aprile 2012: regolamento 883/2004 del 29 aprile 2004 e

regolamento d'applicazione 987/2009). Per l'art. 13 n. 1 del regolamento 1408/71 in vigore per la Svizzera fino al 31 marzo 2012 le persone per cui è applicabile il presente regolamento sono soggette alla legislazione di un solo Stato membro, fatti salvi gli articoli 14quater e 14septies. Tale legislazione è determinata in base alle disposizioni del presente titolo. Il n. 2 lett. a del regolamento 1408/71 prevede che la persona che esercita un'attività subordinata nel territorio di uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato anche se risiede nel territorio di un altro Stato membro o se l'impresa o il datore di lavoro da cui dipende ha la propria sede o il proprio domicilio nel territorio di un altro Stato membro. Per l'art. 17bis del regolamento 1408/71, il titolare di una pensione o di una rendita spettante in forza della legislazione di uno Stato membro o di pensioni o di rendite spettanti in forza delle legislazioni di più Stati membri, che risiede nel territorio di un altro Stato membro, può essere esonerato, a sua richiesta, dall'applicazione della legislazione di quest'ultimo Stato, a condizione che non sia soggetto a detta legislazione a causa dell'esercizio di un'attività professionale. A questo proposito ai sensi dell'art. 2 cpv. 6 OAMal a domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone residenti in uno Stato membro dell'Unione europea, purché possano esservi esentate conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone e al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza sia durante un soggiorno in un altro Stato membro dell'Unione europea o in Svizzera Il regolamento 883/2004 del 29 aprile 2004 in vigore per la Svizzera dal 1° aprile 2012 prevede norme simili (cfr. art. 11 e seguenti). Ne segue che in concreto l'assicurato, dal 1° maggio 2009 al 31 dicembre 2012 avrebbe dovuto essere affiliato in Svizzera per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie. La decisione, informale, di non affiliarlo all'assicurazione di base, ma di offrirgli un'assicurazione privata è di conseguenza manifestamente errata e la sua modifica riveste un'importanza notevole alla luce degli ingenti importi in gioco (oltre fr. 95'000 di prestazioni versate in virtù dell'assicurazione privata). Ne segue che, di principio, l'assicuratore, in presenza di una decisione (informale) manifestamente errata poteva, come ha fatto, affiliare l'interessato retroattivamente dal 1° maggio 2009. Circa il lasso di tempo entro il quale ciò può avvenire (cfr. art. 25 LPG), va evidenziato che con sentenza 9C_925/2012 del 19 marzo 2013, il TF ha rammentato che il termine annuo di perenzione comincia normalmente a decorrere nel momento in cui l'amministrazione, usando l'attenzione da essa ragionevolmente esigibile avuto riguardo alle circostanze, avrebbe dovuto rendersi conto dei fatti giustificanti la restituzione (DTF 119 V 431 consid. 3a pag. 433; 110 V 304). Ciò si verifica quando l'amministrazione dispone di tutti gli elementi decisivi nel caso concreto dalla cui conoscenza risulti di principio e nel suo ammontare l'obbligo di restituzione di una determinata persona (DTF 111 V 14 consid. 3 pag. 17). Il termine annuo di perenzione comincia in ogni caso a decorrere non appena dagli atti emerge direttamente l'irregolarità della corresponsione delle prestazioni (consid. 5.1 non pubblicato in DTF 133 V 579, ma in SVR 2008 KV n. 4 pag. 11 [K 70/06]; cfr. pure sentenza 9C_1057/2008 del 4 maggio 2009 consid. 4.1.1). Se per l'assegnazione (e il pagamento: cfr. sentenza 9C_276/2012 del 14 dicembre 2012 consid. 5.1) della prestazione o per l'esame del diritto alla restituzione è necessaria la collaborazione tra più unità amministrative incaricate dell'attuazione dell'assicurazione, la (sopra definita) conoscenza anche di una sola di esse è sufficiente a fare decorrere i termini (DTF 119 V 431 consid. 3a pag. 433; 112 V 180 consid. 4c pag. 182 seg.; RCC 1989 pag. 558). In caso di errore dell'amministrazione (ad esempio nel calcolo di una prestazione) il termine non decorre però dal momento in cui esso è stato commesso, bensì da quello in cui l'amministrazione avrebbe dovuto in un

secondo tempo (per esempio in occasione di un controllo contabile oppure nel caso in cui venga a conoscenza di fatti atti a far nascere dei dubbi sulla fondatezza della pretesa) rendersi conto dello sbaglio commesso in base all'attenzione ragionevolmente esigibile (DTF 124 V 380 consid. 1 e 2c pag. 383 e 385; RDAT II-2003 n. 72 pag. 306 [C 317/01] consid. 2.1). Diversamente, se si facesse risalire il momento della conoscenza del fatto determinante alla data del versamento indebito, ciò renderebbe spesso illusoria la possibilità per l'amministrazione di reclamare il rimborso di prestazioni versate a torto per colpa propria (DTF 124 V 380 consid. 1 in fine pag. 383; DTA 2006 pag. 158 [C 80/05]). Nel concretare questi principi, il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha tra l'altro stabilito che se più unità amministrative sono coinvolte nella procedura di emanazione della decisione originaria e che se una di esse commette uno sbaglio, quest'ultimo va qualificato come un unico errore ai sensi della giurisprudenza suesposta. Il secondo momento che determina la decorrenza del termine annuo di perenzione non si realizza già quando un'unità amministrativa riceve dall'altra una copia della decisione originaria ma soltanto quando in un momento successivo subentra un motivo per riesaminare il fascicolo (sentenza I 308/03 del 22 settembre 2003 consid. 3.2.2). In concreto l'interessato ha sottoscritto il 25 marzo 2009 la proposta per l'assicurazione _____ ed ha successivamente inviato numerose fatture su cui figurava il suo indirizzo di _____, pagate senza alcuna obiezione dall'assicuratore per complessivi fr. 95'727.40 (fr. 98'927.40 da cui sono state dedotte le franchigie pattuite), fino alla degenza del mese di agosto 2012 presso la _____ di _____ per una problematica lombare. Dopo aver ricevuto il 27 agosto 2012 dall'Ufficio del medico cantonale, il rifiuto della garanzia di pagamento per ospedalizzazioni extracantonali secondo l'art. 41 cpv. 3 LAMal poiché il paziente non è domiciliato in Ticino, il 12 settembre 2012 l'assicuratore ha informato l'insorgente che non si sarebbe assunto i costi dell'intervento a causa della riserva a suo tempo sottoscritta nell'assicurazione _____ (doc. 6). Con scritto del 19 ottobre 2012 (pervenuto all'assicuratore il 23 ottobre 2012; cfr. doc. 7), l'interessato, per il tramite del suo rappresentante, ha sollevato la questione “ della conformità legale della copertura d'assicurazione del mio cliente – pensionato svizzero domiciliato in _____, al solo beneficio di rendite elvetiche, e che non ha esercitato il diritto di opzione assicurativa verso lo Stato di residenza (copertura sociale delle cure medico-sanitarie) (...) ” (doc. 7). In precedenza, e meglio il 12 ottobre 2012 il rappresentante dell'assicurato aveva avuto un colloquio telefonico con una funzionaria della convenuta per conto di _____ alla quale, il medesimo giorno, ha trasmesso la procura e che il 17 ottobre 2012 aveva affermato che “ l'institution commune LAMal, office compétent pour la surveillance sur l'obligation d'assurance des suisses à l'étranger, avec l'entrée en vigueur des accords bilatéraux le 1er juin 2002, a reconnu le 23 août 2002 l'assurance _____ comme “assurance équivalente”. Comme conséquence Monsieur RI 1 (retraite) dispose de la couverture d'assurance prescrite. Le 25.03.2009 Monsieur RI 1 a se choisi pour l'_____. C'est une assurance privée subordonnée à la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et non à la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal). » (doc. E). Rilevato che la decisione formale è stata emessa, in seguito al ricorso per denegata giustizia, il 22 ottobre 2013, e che il rappresentante dell'assicurato ha affermato di averla ricevuta il 23 ottobre 2013 (“ la medesima è stata trasmessa in contemporanea anche al sottoscritto, in copia e per lettera semplice, sempre datata 22 ottobre 2013, ed è stata da me ricevuta il 23 ottobre 2013 (che in casu può essere ritenuto il dies a quo)”) l'affiliazione alla LAMal dal 1° maggio 2009 va confermata. Infatti l'assicuratore ha emesso la decisione entro un anno da quando, il 23

ottobre 2012, in un secondo tempo, con tutta l'attenzione da lui esigibile, avrebbe potuto rendersi conto dell'errore commesso. 2.6. La Cassa ha presentato la seguente situazione di dare e avere tra le parti per il periodo dal 1° maggio 2009 al 31 dicembre 2012: - premi 2009 (fr. 570 al mese) fr. 6'840 - premi 2010 (fr. 630 al mese) fr. 7'560 - premi 2011 (fr. 720 al mese) fr. 8'640 - premi 2012 (fr. 810 al mese) fr. 9'870 Premi mensili totali fr. 32'760 Prestazioni LAMal - fr. 46'828.80 (fr. 98'927.40 di prestazioni _____ erogate, dedotte le prestazioni LCA non assicurate in ambito LAMal e corrispondenti ai costi di cura stazionari in settore privato pari a fr. 52'098.60 [cfr. tabelle allegate]); - fr. 6'996.40 (per le prestazioni rivendicate ed ancora scoperte: fattura clinica _____ per cura del 3.8.2012 di fr. 702.35, fattura ambulanza per trasferimento a _____ del 20 agosto 2012 di fr. 2'340, fattura degenza clinica _____ dal 9 agosto al 20 agosto 2012 di fr. 3'557.35, fattura fisioterapia _____ per sedute del 10.09-28.09.2012 di fr. 396.70); - fr. 5'143.80 per la prestazione LAMal per la cura presso la clinica _____ dal 20 agosto 2012 al 27 agosto 2012 presentata in sede di opposizione; per un totale di fr. 58'969 di prestazioni (lorde) da cui va dedotto l'importo di partecipazione complessivo di fr. 4'000 (fr. 1'200 di franchigia [300 X 4] e fr. 2'800 [700 X 4] di aliquota), per un saldo a favore del ricorrente di fr. 22'209 (58'969 - 4'000 - 32'760). L'assicurato, in sede di ricorso, non contesta specificatamente il calcolo dei premi e delle prestazioni di fr. 46'828.80 a lui riconosciute, ma " rigetta ", genericamente e senza approfondire e motivare le ragioni della sua censura " ogni aspetto dei calcoli esposti dalla convenuta " (doc. I, pag. 11). Questo Tribunale non ha alcun motivo per dubitare della correttezza del calcolo così come da tabella allegata alla decisione su opposizione (cfr. doc. B). L'insorgente chiede inoltre il rimborso di tre poste, e meglio, di un importo fr. 6'996.40 citato in uno scritto del 22 aprile 2013 della Cassa (doc. H), della fattura della _____ di _____ per il trasporto del 9 agosto 2012 per fr. 1'340 e della fattura del 10 agosto 2012 della _____ di complessivi fr. 23'015.55. Come visto, l'assicuratore, con la decisione su opposizione ha già riconosciuto i fr. 6'996.40 citati dal ricorrente. Circa la fattura della _____ per il trasporto del 9 agosto 2012 questo Tribunale dà atto al ricorrente che l'assicuratore è stato opaco e poco comprensibile nelle sue fatturazioni. Tuttavia, dagli atti emerge che la prestazione, complessivamente, è stata ritenuta nel calcolo di quanto rimborsato. La fattura, rimborsata al ricorrente il 24 agosto 2012 (doc. 4) ed oggetto di poco comprensibile, di primo acchito, storno il 28 dicembre 2012 (tabella doc. 4), è comunque stata presa in considerazione dall'assicuratore. Dalla tabella di cui al doc. 4, non sempre di facile lettura, poiché scritta in piccolo con numeri non sempre di immediata lettura, ma comunque ricostruibili grazie ai totali, emerge che l'importo di fr. 1'340, per i seguenti motivi è stato rimborsato. Dalla finca " Nettoleistungen " risultano i seguenti rimborsi per il 2012: 532.65 (_____, prestazioni del 5 marzo 2012) + 40.15 (_____, prestazioni del 2 marzo 2012) + 438.50 (_____, prestazioni dal 19 aprile all'8 maggio 2012) + 150 (Fornitore di Mezzi ausiliari, prestazioni del 20 aprile 2012) + 62 (_____, prestazioni dall'11 al 18 maggio 2012) + 214.05 (_____, prestazioni dal 18 aprile all'11 maggio 2012) + 101.70 (_____, prestazioni del 6 luglio 2012) + 375.85 (_____, prestazioni dall'11 al 24 maggio 2012) + 326.85 (_____, prestazioni del 16 luglio 2012) + 197.65 (_____, prestazioni del 5 luglio 2012) + 1'340 (_____, prestazioni del 9 agosto 2012) + 605.75 (_____, prestazioni dal 9 al 10 agosto 2012) + 506.80 (_____, prestazioni dal 6 luglio al 7 settembre 2012) + 82.05 (_____, prestazioni del 24 ottobre 2012) + 114.35

(_____, prestazioni del 18 ottobre 2012) – 1'340 (_____, prestazioni del 9 agosto 2012) + 1'340 (_____, prestazioni del 9 agosto 2012) = 5'088.55.

L'ammontare complessivo di fr. 5'088.55 relativo alle prestazioni nette del 2012, sommato agli importi netti di fr. 1'376.35 per il 2009, fr. 50'043.05 per il 2010 e fr. 39'219.45 per il 2011, danno complessivamente l'ammontare di fr. 95'727.40, corrispondente al netto che l'assicuratore afferma di aver riconosciuto e che l'insorgente non contesta in quanto tale. Per cui, essendo l'importo di fr. 1'340 compreso nel complessivo di fr. 95'727.40, poiché dedotto una volta ma aggiunto due volte, esso va considerato rimborsato. Ne segue che, anche se dagli allegati conteggi del 24 agosto 2012 (doc. I) e del 28 dicembre 2012 (doc. L), peraltro assai poco chiari, da una prima veloce lettura potrebbe sembrare che l'assicuratore ha stornato l'importo di fr. 1'340, esso in realtà è stato riconosciuto. Del resto nella citata tabella 4, alla posta "Nettoleistungen", come visto, sono stati riconosciuti anche gli importi di fr. 82.05 (_____, prestazioni del 24 ottobre 2012) e di fr. 114.35 (_____, prestazioni del

E. 18

ottobre 2012) che nell'allegato L sembravano non essere rimborsati. Ora, nel doc. 4 figura al 28 dicembre 2012 un importo di fr. 82.05 per la _____ per prestazioni del 24 ottobre 2012 e di fr. 114.35 della _____ di _____ per prestazioni del 18 ottobre 2012, così come l'importo di fr. 1'340 dapprima stornato e poi riconosciuto al ricorrente per la prestazione del 9 agosto 2012. Questi interventi contabili sono verosimilmente dovuti alla circostanza che inizialmente l'assicuratore ha versato l'importo al ricorrente ed in seguito ha dovuto stornarlo poiché nel contempo l'assicuratore aveva pure già versato direttamente l'importo alla _____. Resta da esaminare la fattura della _____ del 10 agosto 2012. Nella decisione impugnata, l'assicuratore ha riconosciuto un importo di fr. 5'143.80, a motivo che l'interessato ha usufruito di prestazioni in camera privata, allorché la LAMal riconosce unicamente il rimborso secondo la tariffa per la camera comune. In sede di osservazioni l'insorgente contesta nuovamente l'importo affermando che nel preciso caso di specie la partecipazione del Cantone ai sensi dell'art. 49a cpv. 2 LAMal pertocca all'assicuratore in applicazione dell'art. 37 lett. a OAMal e dunque deve assumersi l'intera somma ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 LAMal. Secondo l'art. 49 cpv. 1 LAMal per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza e le cure in ospedale (art. 39 cpv. 1) o in una casa per partorienti (art. 29), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Tali importi sono fissati di norma per ogni singolo caso. Essi si rifanno alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Le parti alla convenzione possono convenire che prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente. Le tariffe ospedaliere si rifanno alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso. Per l'art. 49a cpv. 2 LAMal il Cantone fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello stesso, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento. Ai sensi dell'art. 37 lett. a OAMal per le prestazioni ospedaliere in Svizzera, in un ospedale figurante nell'elenco, l'assicuratore assume gli importi forfettari fatturati conformemente all'articolo 49 capoverso 1 della legge per gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia e che sono soggetti all'assicurazione svizzera. Chiamato a prendere posizione in merito (doc. X) l'assicuratore ha confermato che il rimborso non è stato calcolato correttamente e che deve essere aumentato a fr. 10'497.50 poiché l'insorgente in quel periodo era

domiciliato all'estero (cfr. doc. XIII). Quest'ultimo, su questo specifico aspetto, non ha obiettato alcunché (doc. XV). Su questo punto il ricorso va accolto. Ne segue che l'importo complessivo a favore dell'insorgente ammonta a fr. 27'562.70 (22'209 + 10'497.50 – 5'143.80). 2.7. Il ricorrente fa valere il principio della buona fede, sostenendo che, ai sensi dell'art. 27 LPGA, sarebbe spettato all'assicuratore informarlo circa il suo obbligo assicurativo alla LAMal. L'art. 27 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) che regola la "Informazione e consulenza" ha il seguente tenore: " 1 Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. 2 Ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa. 3 Se un assicuratore constata che un assicurato o i suoi congiunti possono rivendicare prestazioni di altre assicurazioni sociali, li informa immediatamente." L'art. 27 LPGA sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere collettivo, generale e permanente di fornire informazioni (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2) (Su questi aspetti cfr. in particolare STFA C 192/04 del 14 settembre 2005 consid. 4.1., pubblicata in DTF 131 V 472 e in SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; STFA C 157/05 del 28 ottobre 2005 consid. 4.2.; E. Imhof - CH Zünd, "ATSG und Arbeitslosenversicherung" in SZS 2003 pag. 291 seg. (306); E. Imhof, "Anhang zur Vertiefung von art. 27 ATSG über Aufklärung, Beratung und Kenntnissgabe" in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira, "Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 LPGA" in SZS 2001 pag. 524 seg. (527); U. Kieser, "ATSG - Kommentar", 2. ed., Zurigo-Basilea-Ginevra 2009, ad art. 27 pag. 400 e pag. 402-407). Il capoverso 1 dell'art. 27 LPGA prevede un obbligo di informazione generale e permanente nei confronti di una cerchia indeterminata di persone, che non deve avvenire unicamente su richiesta degli interessati, bensì regolarmente e d'ufficio, e a cui viene fatto fronte ad esempio tramite la consegna di opuscoli informativi, direttive, inserzioni, internet, ecc. (cfr. STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; DTF 131 V 476 consid. 4.1.=SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; DLA 2002 pag. 194). Per quanto attiene al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPGA, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca, gratuitamente, consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi (cfr. DLA 2007 pag. 193 segg.). Quest'obbligo concerne soltanto l'ambito di competenza dell'assicuratore in questione e le informazioni possono esse fornite anche da non giuristi, come del resto prima dell'entrata in vigore della LPGA. Contrariamente alle informazioni di carattere generale, la consulenza deve riferirsi al caso specifico (cfr. FF 1999 IV 3953). Inoltre tale diritto non è limitato alle persone assicurate, tuttavia deve esistere uno stretto rapporto con l'assicurazione interpellata, nel senso che la consulenza deve riferirsi a diritti e doveri che già esistono o che possono sorgere tra la persona che ha richiesto le informazioni e l'assicurazione interessata (cfr. U. Kieser, op. cit., ad art. 27 n. 29 pag. 405). 2.8. Nel caso di specie, ritenuto che l'insorgente in seguito alla decisione di affiliarlo alla LAMal, ha ottenuto il rimborso completo di tutte le prestazioni da lui usufruite dal 1° maggio 2009 al 31 dicembre 2012, nell'ambito delle assicurazioni sociali non ha subito alcun pregiudizio e pertanto non può prevalersi del principio della

buona fede. Allo stesso modo, non avendo subito alcun danno, giacché l'assicuratore lo ha affiliato alla LAMal e lo ha rimborsato secondo le norme vigenti nell'ambito dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie, non può neppure prevalersi dell'art. 78 LPGA il cui cpv. 1 prevede che 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. 2.9. Resta da esaminare se l'assicuratore può compensare l'importo di fr. 27'562.70 con quello che sostiene essere dovuto dal ricorrente a CO 1, soggetto di diritto privato. Va in primo luogo rammentato che per l'art. 120 CO quando due persone sono debtrici l'una verso l'altra di somme di denaro o di altre prestazioni della stessa specie, ciascuna di esse, purché i crediti siano scaduti, può compensare il proprio debito con il proprio credito. Il debitore può opporre la compensazione sebbene il suo credito sia contestato. In concreto CO 1 ha ceduto a CO 1 parte della propria pretesa di restituzione nei confronti dell'insorgente e meglio per l'importo della pretesa LAMal di quest'ultimo nei confronti di CO 1 (doc. 18a). L'ammontare dell'importo è stato quantificato, il 22 ottobre 2013, in fr. 17'065.20, "importo che potrà venir aggiornato di seguito in base all'esito della procedura in corso" (doc. 18a). La LPGA non contiene norme generali sulla compensazione (cfr. tuttavia l'art. 20 cpv. 2 LPGA; cfr. DTF 138 V 402 consid. 4.2). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 505 il TF ha stabilito che la pretesa di restituzione di una rendita d'invalidità comprendente le rendite complete (successivamente rimpiazzata da una rendita di vecchiaia e dalle rendite complete) nei confronti di uno dei coniugi può essere compensata con gli arretrati di una rendita d'invalidità assegnata all'altro coniuge anche se debitore e creditore dell'amministrazione non sono identici. La condizione dell'esistenza di una stretta connessione, dal profilo della tecnica assicurativa o dal punto di vista giuridico, tra i crediti posti in compensazione è in effetti adempiuta (consid. 2.6 e 2.8). Le cifre marginali 10907 e 10908 delle Direttive sulle rendite (DR) dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali sono conformi alla legge (consid. 2.9). Il TF ha rammentato al consid. 2.4 che la compensazione non deve intaccare il minimo vitale del debitore (« la jurisprudence en matière d'assurances sociales soumet la compensation à l'exigence que cette mesure ne mette pas en péril les moyens d'existence du débiteur (voir par exemple ATF 115 V 343 consid. 2c, ATF 111 V 103 consid. 3b). Cette exigence est à rapprocher de l'art. 125 ch. 2 CO, aux termes duquel ne peuvent être éteintes par compensation les créances dont la nature spéciale exigent le paiement effectif entre les mains du créancier, telles que des aliments ou le salaire absolument nécessaires à l'entretien du débiteur et de sa famille (ATF 108 V 47 consid. 2). »). In una sentenza pubblicata in DTF 136 V 286 il TF ha affermato che la compensazione di rendite arretrate dell'assicurazione per l'invalidità con pretese risarcitorie ai sensi dell'art. 52 LAVS è disciplinata dall'art. 50 cpv. 2 LAI in relazione con l'art. 20 cpv. 2 lett. a LAVS e non dalle disposizioni della LPGA. Essa è ammissibile (consid. 4 e 5). Se l'autorità competente in materia di aiuto sociale ha versato alla persona assicurata prestazioni anticipate per il periodo corrispondente a quello delle rendite arretrate, il minimo vitale del diritto esecutivo non costituisce un limite alla compensazione (consid. 7 e 8). L'Alta Corte al consid. 8.2 ha precisato che il divieto di intaccare il minimo vitale in caso di compensazione nell'ambito delle assicurazioni sociali, è simile a quello previsto dal diritto privato e figurante nell'art. 125 cpv. 2 CO. Questo disposto prevede che non possono estinguersi mediante compensazione contro la volontà del creditore le obbligazioni che per la particolare loro natura devono essere effettivamente

soddisfatte al creditore, come per esempio quelle per alimenti e salari assolutamente necessari al mantenimento del creditore e della sua famiglia. L'Alta Corte ha evidenziato che l'art. 125 cpv. 2 CO (e l'art. 93 cpv. 1 LEF) vogliono impedire che la persona interessata, a causa della compensazione, cada nel bisogno. Ciò non è il caso quando la compensazione retroattiva avviene nei confronti di una persona che nel medesimo periodo ha beneficiato di prestazioni assistenziali ("Ähnlich verhält es sich, wenn die versicherte Person in der Vergangenheit von der Fürsorgebehörde während einer Zeitspanne unterstützt wurde, für welche später Renten nachbezahlt werden, die Verrechnung jedoch nicht mit der Sozialbehörde, sondern - wie hier - mit einem anderen Zweig der Sozialversicherung zur Diskussion steht, dessen Anspruch jenem der Fürsorgebehörde vorgeht (vgl. auch Urteil I 141/05 vom 20. September 2006 E. 5.3.2). Hinzu kommt, dass sich der Schutz des Existenzminimums bei Verrechnungen auf dem Gebiet der Sozialversicherung an Art. 125 Ziff. 2 OR anlehnt. Dieser sieht vor, dass Verpflichtungen, deren besondere Natur die tatsächliche Erfüllung an den Gläubiger verlangt, wie Unterhaltsansprüche und Lohnguthaben, die zum Unterhalt des Gläubigers und seiner Familie unbedingt erforderlich sind, nicht durch Verrechnung getilgt werden können (vgl. BGE 130 V 505 E. 2.4 S. 510). Art. 125 Ziff. 2 OR wie auch Art. 93 Abs. 1 SchKG wollen einzig vermeiden, dass jemand durch die Verrechnung tatsächlich ins Elend gestossen würde, was nicht der Fall ist, wenn es - wie im vorliegenden Fall - um eine nachträgliche Beurteilung für einen Zeitraum geht, für welchen Sozialhilfe effektiv ausgerichtet worden ist (vgl. zum Ganzen: SCHLAURI, a.a.O., S. 148 ff.) .“). Con sentenza pubblicata in DTF 138 V 402 il TF ha affermato che nel caso di pagamento retroattivo di rendite per periodi precedenti, la salvaguardia del minimo esistenziale non dev'essere presa in considerazione quale limite di compensazione laddove la rendita assegnata a titolo retroattivo sostituisce semplicemente una rendita riconosciuta per un periodo precedente e le due prestazioni si escludono vicendevolmente (consid. 4.5). L'Alta Corte al consid. 4.2 ha rammentato che la compensazione di prestazioni e contributi può essere effettuata sia con rendite già versate, sia con rendite future, ma, di principio, il minimo vitale della persona assicurata non può essere intaccato. Si pone pertanto la questione di sapere se anche in caso di compensazione con rendite già versate occorre esaminare se il minimo vitale della persona interessata è salvaguardato, e questo nel lasso di tempo durante il quale la rendita avrebbe dovuto essere versata. ("(...) Die zweigintern und zweigübergreifend zulässige Verrechnung von Leistungen und Forderungen kann sich sowohl auf laufende Renten als auch auf Rentennachzahlungen beziehen (BGE 136 V 286 E. 4.1 S. 288). Sie darf indessen den nach betriebsrechtlichen Regeln zu ermittelnden Notbedarf der versicherten Person nicht beeinträchtigen (BGE 136 V 286 E. 6.1 S. 291; BGE 131 V 249 E. 1.2 S. 252). Dabei stellt sich nach der Rechtsprechung die Frage der Zulässigkeit der Verrechnung unter dem Gesichtspunkt der Wahrung des betriebsrechtlichen Existenzminimums nicht nur bei einer laufenden, monatlich ausgerichteten Rente, sondern auch bei Rentennachzahlungen, weil auch diese zum Zweck haben, den Existenzbedarf der versicherten Person zu decken (Art. 34quater Abs. 2 Satz 3 aBV ; Art. 112 Abs. 2 lit. b BV), und zwar in jener Zeitspanne, für welche sie nachbezahlt werden (BGE 136 V 286 E. 6.2 S. 291; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 305/03 vom 15. Februar 2005 E. 4; vgl. auch Urteil I 141/05 vom 20. September 2006 E. 5.3.1; kritisch dazu: FRANZ SCHLAURI, Die zweigübergreifende Verrechnung und weitere Instrumente der Vollstreckungskoordination des Sozialversicherungsrechts, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2004, S. 137 ff., 150 f.) . (...)" .“). Con riferimento alle sentenze 9C_1015/2010 e DTF 136 V 286 il TF ha affermato che, di regola, il divieto di

compensazione non vale quando il minimo esistenziale, nel periodo passato in cui avviene la compensazione, è stato garantito dal versamento di prestazioni assistenziali (“ Damit ergibt sich aus beiden Urteilen, dass das Verrechnungsverbot dann nicht gilt, wenn das Existenzminimum während der fraglichen Zeitspanne durch Leistungen der Sozialhilfe gewährleistet war, und dass die Beachtung der Verrechnungsschranke bei Nachzahlungen vor allem sicherstellen soll, dass es nicht zufolge zeitlicher Verschiebungen von Zahlungen zu ungerechtfertigten Nachteilen für den Versicherten kommt.”) . L’Alta Corte ha poi evidenziato che la compensazione (retroattiva) può portare su contributi non ancora pagati o su prestazioni da restituire. La questione del minimo esistenziale può concernere solo il primo caso, poiché nel periodo determinante non sono state versate altre prestazioni. Quando invece la persona assicurata ha beneficiato di rendite, che non erano dovute o erano dovute in misura inferiore, la situazione è diversa. In tal caso, di principio, la compensazione è possibile senza necessità di effettuare il calcolo del minimo vitale, poiché il reddito e la sostanza della persona interessata, per il passato, non subirebbero alcuna modifica (consid. 4.4; cfr. consid. 4.5:” Die Verrechnung ist hier somit zulässig, ohne dass dem die Einhaltung des betriebsrechtlichen Existenzminimums entgegengehalten werden kann. Dies entspricht auch dem oben in E. 4.2 dargelegten grundsätzlichen Ziel, dass Rechtswirkungen nicht lediglich aus der zeitlichen Verschiebung von Zahlungen resultieren sollen. Ebenso wenig wie die Beachtung der Verrechnungsschranke bei Nachzahlungen sicherstellen soll, dass es nicht zufolge zeitlicher Verschiebungen von Zahlungen zu ungerechtfertigten Nachteilen für den Versicherten kommt, soll die zeitliche Verschiebung zu vom Gesetz grundsätzlich ausgeschlossenen Leistungskumulationen führen. “). Per quanto concerne la LAMal, con sentenza K 72/05 del 14 agosto 2006, ha affermato: „In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird ferner beanstandet, die Beschwerdegegnerin habe trotz Kenntnis der Situation ohne weitere Erklärungen und insbesondere ohne Berücksichtigung des behördlichen Verzugs in der Auszahlung der Prämienverbilligungen die noch ausstehenden Monatsprämien mit dem Beschwerdeführer zustehenden Rückvergütungsansprüchen verrechnet. 5.1 Die Verrechenbarkeit sich gegenüberstehender Forderungen stellt nach Lehre und Rechtsprechung einen allgemeinen Rechtsgrundsatz dar, der für das Zivilrecht in Art. 120 ff. OR ausdrücklich verankert ist, aber auch im Verwaltungsrecht zur Anwendung gelangt. Unter Vorbehalt verwaltungsrechtlicher Sonderbestimmungen können im Prinzip Forderungen und Gegenforderungen des Bürgers und des Gemeinwesens miteinander verrechnet werden. Der Verrechnungsgrundsatz gilt insbesondere auch im Bundessozialversicherungsrecht, und zwar selbst in jenen Zweigen, welche dies nicht ausdrücklich vorsehen; allerdings kennen die meisten Gebiete der Sozialversicherung eine ausdrückliche Regelung (BGE 110 V 185 Erw. 2 mit Hinweisen; Erw. 6.1.1 [mit diversen Hinweisen] des noch nicht in der Amtlichen Sammlung publizierten Urteils B. vom 28. Dezember 2005, B 41/04 [zusammengefasst wiedergegeben in HAVE 2006 S. 42]). 5.1.1 Das ATSG enthält keine allgemeine Verrechnungsnorm (vgl. aber Art. 20 Abs. 2 ATSG; BGE 131 V 252 Erw. 1.2 mit Hinweisen). Das Verrechnungsrecht ist sodann auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht normiert. In Analogie zu anderen Sozialversicherungszweigen (z.B. Art. 20 Abs. 2 AHVG) erlaubt jedoch die Praxis den Krankenkassen, geschuldete Versicherungsleistungen 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]). 5.1.2 Wie im Privatrecht ist auch im Verwaltungs- und namentlich im Sozialversicherungsrecht eine

Verrechnung nur möglich, wenn folgende grundsätzliche Voraussetzungen erfüllt sind: Forderung und Gegenforderung, die verrechnet werden sollen, müssen zwischen den gleichen Rechtsträgern bestehen und die zur Verrechnung gebrachte Forderung muss fällig und rechtlich durchsetzbar sein. Ferner bedingt die Verrechnung die Gleichartigkeit der sich gegenüberstehenden Forderungen (zum Ganzen: Erw. 6.4.3.1 des noch nicht in der Amtlichen Sammlung publizierten Urteils B. vom 28. Dezember 2005, B 41/04 [zusammengefasst wiedergegeben in HAVE 2006 S. 42]). Die Verrechnung durch den Versicherer darf jedoch im Verrechnungszeitpunkt das betriebsrechtliche Existenzminimum (Notbedarf) der versicherten Person nach Art. 93 SchKG nicht gefährden (BGE 131 V 249, 115 V 343 Erw. 2c, je mit Hinweisen; Urteil H. vom 19. Februar 2002, I 684/00, Erw. 2b; Eugster, a.a.O., S. 114 Rz 225).“ Va ancora evidenziato che con sentenza 9C_108/2009 del 26 gennaio 2009 il TF ha affermato: „4.3 Eine Verrechnung, die sich mangels spezialgesetzlicher Grundlage (im AHVG oder KVG) nach den allgemeinen Regeln von Art. 120 OR beurteilt, tritt nach Art. 124 Abs. 1 OR nur insofern ein, als der Schuldner dem Gläubiger zu erkennen gibt, dass er von seinem Rechte der Verrechnung Gebrauch machen wolle. Weiter setzt Verrechnung im vorliegenden Fall voraus, dass die Ausgleichskasse HOTELA ihre Beitragsforderung der HOTELA Kranken- und Unfallkasse schriftlich (Art. 165 Abs. 1 OR) abgetreten hat. Eine solche Abtretungserklärung findet sich in den Akten nicht. Indessen hat die HOTELA bereits mit Verfügung vom 21. April 2004 ausstehende AHV-Beiträge mit Krankentaggeldern verrechnet; diese Anordnung blieb unangefochten. Nachdem der Beschwerdeführer das Fehlen einer Abtretungserklärung nie gerügt, sondern im Zusammenhang mit der Verrechnung im vor- und im letztinstanzlichen Verfahren einzig behauptet hat, nicht selbstständigerwerbend gewesen zu sein, erübrigen sich weitere Abklärungen zur Abtretung der Beitragsforderung. 5. Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Verrechnung somit zulässig. Nach den verbindlichen und im Übrigen unangefochten gebliebenen Feststellungen der Vorinstanz beträgt die Verrechnungsforderung der Beschwerdegegnerin aus unbezahlt gebliebenen Sozialversicherungsbeträgen über Fr. 61'000.-. Dieser Forderung steht der Anspruch des Versicherten auf 50 % des versicherten Taggelds für die Periode vom 1. November 1996 bis 7. Juni 1998 gegenüber, der sich laut Berechnungen des Verwaltungsgerichts auf Fr. 26'864.- beläuft. Unabhängig vom genauen Resultat der vom Beschwerdeführer beanstandeten Überversicherungsberechnung, deren Durchführung im angefochtenen Entscheid nicht mit den gesetzlichen Grundlagen (Art. 78 Abs. 2 KVG; Art. 122 KVV; BGE 128 V 149 E. 4a S. 156 mit Hinweisen) in Einklang stehen dürfte, ist bei der ausgewiesenen Differenz zwischen den beiden Forderungen die Verweigerung weiterer Taggeldzahlungen im Ergebnis richtig. Selbst wenn der Beschwerdeführer ein wesentlich höheres als das von der HOTELA anerkannte Taggeldguthaben hätte, würde sich nichts daran ändern, dass sein Anspruch verrechnungsweise getilgt wäre.“ In concreto l'assicurato non fa valere di essere intaccato nel suo minimo vitale, né contesta che quanto versato dalla LAMal non debba più esserlo dalla LCA. L'importo complessivo a carico della LAMal e non più a carico dell'assicurazione _____ ammonta a fr. 46'828.80 (gli importi di fr. 6'996.40 e di fr. 10'497.50 non erano stati rimborsati dalla LCA) e dovrebbe essere restituito dall'insorgente all'assicuratore nell'ambito dell'assicurazione privata. Ritenuto tuttavia che nella parallela procedura LCA (inc. 36.2014.83) questo TCA ha stabilito che il credito dell'assicurato in favore dell'assicuratore ammonta a fr. 10'965.80, la cessione del credito ai sensi dell'art. 164 CO tra l'assicuratore privato e l'assicuratore sociale può essere confermata solo per questo importo. L'ammontare restante, ossia fr. 16'596.90 (27'562.70 –

10'965.80), deve invece essere versato al ricorrente. 2.10. L'assicurato chiede che vengano sentiti i responsabili dell'istituzione comune LAMal di Soletta. Questo TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove ed in particolare a sentire i responsabili dell'istituzione comune LAMal di Soletta poiché gli atti dell'incarto sono già sufficienti per statuire nel merito della vertenza. 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). 2.11. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, la decisione impugnata va modificata, nel senso che l'importo a favore dell'insorgente ammonta a fr. 27'562.70, di cui fr. 16'596.90 devono essere rimborsati all'assicurato. Al ricorrente, rappresentato da una persona cognita in materia, vanno assegnate congrue ripetibili.

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