

## **TI\_GERICHTE 36.2016.94 vom 7. November 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-11-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2016.94](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.94)

FR: TI\_GERICHTE 36.2016.94 du 7 novembre 2016

IT: TI\_GERICHTE 36.2016.94 del 7 novembre 2016

### **Regeste**

Calcolo del rimborso delle franchigie e partecipazioni ai costi di prestazioni pagate dall'assicuratore malattie in seguito al riconoscimento quale infortunio di un avvenimento passato. Nessun diritto ad un risarcimento danni

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 64 cpv. 3 LAMal, il Consiglio federale stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale. Secondo l'art. 64 cpv. 5 LAMal gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare. A norma dell'art. 64a cpv. 1 LAMal, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011, 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 (cpv. 2). Secondo l'art. 64a cpv. 1 LAMal, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore, dopo almeno un sollecito scritto, deve diffidarlo assegnandogli un termine supplementare di 30 giorni e indicandogli le conseguenze della mora (cpv. 2). Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato, l'assicuratore deve richiedere l'esecuzione. Il Cantone può esigere che l'assicuratore comunichi all'autorità cantonale competente il nome dei debitori escussi (art. 64a cpv. 2 LAMal). L'art. 103 cpv. 1 OAMal prevede che la franchigia prevista nell'articolo 64 capoverso 2 lettera a della legge ammonta a 300 franchi per anno civile. Per il cpv. 2 l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 capoverso 2 lettera b della legge ammonta a 700 franchi per gli assicurati adulti e a 350 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. Per l'art. 103 cpv. 3 OAMal per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data della cura. Il cpv. 4 prevede che in caso di cambiamento dell'assicuratore nel corso di un anno civile, il nuovo assicuratore computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate in questo stesso anno. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, il computo sarà effettuato a prova addotta dall'assicurato. Infine, va rammentato che per l'art. 104 cpv. 1 OAMal, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, il contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera previsto nell'articolo 64 capoverso 5 della legge ammonta a 15 franchi (fino al 31 dicembre 2010: 10 franchi). 2.3. In concreto l'insorgente non contesta di essere stato affiliato, dal 1° febbraio 2007 al 30 giugno 2012 presso \_\_\_\_\_ e dal 1° luglio 2012 presso CO 1 con la franchigia minima di fr. 300. E' inoltre pacifico che l'assicuratore ha rimborsato al ricorrente un importo di fr. 1'588.35 il 26 aprile 2012 (doc. 12, pag. 9) e, per il tramite della

figlia, fr. 5'148.05 il 9 giugno 2016 (doc. 16, pag. 3), per complessivi fr. 6'736.40. Come si vedrà di seguito, questo importo, prendendo in considerazione tutte le variabili più favorevoli al ricorrente, è superiore rispetto a quanto l'interessato avrebbe avuto diritto. L'assicuratore ha restituito all'insorgente tutte le partecipazioni ai costi (franchigia, aliquota percentuale e contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera) da lui pagate nel periodo litigioso, compresi gli importi che la \_\_\_\_\_ non ha rimborsato, trattandosi di prestazioni derivanti da malattia e non dall'infortunio del 29 luglio 2006. 2.4. Circa il calcolo dell'importo che l'assicuratore deve restituire all'insorgente dal 2007 al 2015, in seguito alla sentenza 35.2010.69 del 19 aprile 2011, agli atti sono stati prodotti, dalla convenuta l'" estratto sistema informatico al 20.09.2016 " (doc. 23) e il " Riepilogo del conteggio delle prestazioni " del 21 aprile 2012 (doc. 12), dall'insorgente, oltre alla propria contabilità, l'estratto della partecipazione ai costi 2007 (doc. A3.5), 2008 (doc. A3.6), 2009 (doc. A3.7) e 2010 (doc. A3.8) del 16 ottobre 2012, alcuni conteggi delle prestazioni del 2011 relative sia al 2010 che al 2011 (doc. da A3.10 a A3.15), l'estratto delle partecipazioni 2012, 2013, 2014 e 2015 dell'11 maggio 2016 (doc. A3.4), e l'estratto allestito da \_\_\_\_\_ il 23 marzo 2016 intitolato "RI 1 – Riassunto prestazioni rimaste a carico dell'assicuratore malattia " (doc. A3.3). Dai citati documenti, oggetto di un accurato esame da parte di questo Tribunale, emerge quanto segue. 2.4.1. Nel conteggio del 20 settembre 2016 figurano l'ammontare della franchigia (art. 103 cpv. 1 OAMal), dell'aliquota percentuale (art. 103 cpv. 2 OAMal) e del contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera (art. 104 cpv. 1 OAMal), assunti dal ricorrente dal 2007 al 2015 (doc. 23). Complessivamente l'assicurato, dal 1° febbraio 2007 al 31 dicembre 2015, ha dovuto pagare un ammontare di fr. 4'598.30 di franchigia ed aliquota percentuale, cui vanno aggiunti fr. 180 di contributo ai sensi dell'art. 104 cpv. 1 OAMal, per un totale di fr. 4'778.30. L'assicuratore ha stabilito che il ricorrente ha versato la franchigia massima di fr. 300 ogni anno, eccetto nel 2009 (fr. 0), nel 2010 (fr. 88.20) e nel 2011 (fr. 57.95). A ciò si aggiungono fr. 70 per 7 giorni di degenza ospedaliera nel 2007 (7 X 10), fr. 20 per 2 giorni di degenza ospedaliera nel 2008 (2 X 10) e fr. 90 per 6 giorni di degenza ospedaliera nel 2013 (6 X 15). Circa l'aliquota percentuale, l'assicuratore ha esposto il seguente calcolo: nel 2007 fr. 357.25; nel 2008 fr. 375.55; nel 2009 fr. 1.30; nel 2010 fr. 25.30; nel 2011 fr. 115.35; nel 2012 fr. 8.25 da \_\_\_\_\_ e fr. 50.25 da CO 1 (cambio di assicuratore con effetto dal 1° luglio); nel 2013 fr. 700; nel 2014 fr. 527.10; nel 2015 fr. 491.80. 2.4.2. Negli estratti delle partecipazioni ai costi dal 2007 al 2010 del 16 ottobre 2012 (doc. da A3 ad A8) e dal 2012 al 2015 dell'11 maggio 2016 (doc. A3.4), nonché dai conteggi del 2011 (doc. da A3.10 ad A3.15), emerge quanto segue: - nel 2007 (doc. A3.5): fr. 300 di franchigia e fr. 357.25 di aliquota per complessivi fr. 657.25; come da conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23). Nell'estratto figura anche che per il trattamento dal 12 aprile 2007 al 18 aprile 2007 presso l'ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ è stato fatturato un importo di fr. 3'973.95, soluto dall'assicuratore e che corrisponde ai 7 giorni di degenza per i quali è stato conteggiato nel doc. 23 l'importo di fr. 70 quale contributo giornaliero ai costi di degenza; - nel 2008 (doc. A3.6): fr. 300 di franchigia e fr. 375.55 di aliquota per complessivi fr. 675.55 (doc. A3.6); come da conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23). Nell'estratto figura anche che per il trattamento dall'11 novembre 2008 al 12 novembre 2008 presso l'ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ è stato fatturato un importo di fr. 1'087, soluto dall'assicuratore e che corrisponde ai 2 giorni di degenza per i quali è stato conteggiato nel doc. 23 l'importo di fr. 20 quale contributo giornaliero ai costi di degenza; - nel 2009 (doc. A3.7): fr. 300 di franchigia e fr. 1.30 di aliquota per complessivi fr. 301.30

(doc. A3.7), ossia fr. 300 in più rispetto al conteggio del 20 settembre 2016; - nel 2010 (doc. A3.8): fr. 88.20 di franchigia e fr. 25.30 di aliquota per complessivi fr. 113.50 (doc. A3.8); come da conteggio del 20 settembre 2016; tuttavia nel conteggio prestazioni del 26 marzo 2011 figura un importo di fr. 300 per la franchigia e di fr. 363 di aliquota percentuale (doc. A3.16; in quello precedente dell'8 gennaio 2011 figura un importo di fr. 343.65; doc. A3.14); - nel 2011 (da doc. A3.10 a doc. A3.16): sono stati prodotti i conteggi delle prestazioni da cui emerge che il 4 giugno 2011 era già stata pagata una franchigia di fr. 220.80 (doc. A3.10), ossia superiore rispetto a quella di fr. 57.95 figurante nel conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23); - nel 2012 (doc. A3.4): fr. 300 di franchigia e fr. 8.25 di aliquota per i primi sei mesi presso \_\_\_\_\_ e fr. 9.95 di franchigia (che non avrebbe dovuto essere prelevata) oltre a fr. 50.25 di aliquota dal 1° luglio 2012 al 31 dicembre 2012, con una differenza di fr. 9.95 rispetto al conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23); - nel 2013 (doc. A3.4) fr. 300 di franchigia e fr. 700 di aliquota per complessivi fr. 1'000, oltre a fr. 90 di contributo ai costi di degenza per il ricovero dal 26 maggio 2013 al 31 maggio 2013 presso l' \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, come da conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23); - nel 2014 (doc. A3.4): fr. 300 di franchigia e fr. 527.10 di aliquota per complessivi fr. 827.10 (doc. A3.4), come da conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23); - nel 2015 (doc. A3.4): fr. 300 di franchigia e fr. 491.80 di aliquota per complessivi 791.80, come da conteggio del 20 settembre 2016. Per cui oltre a quanto indicato nel conteggio del 20 settembre 2016, nel 2010 occorre prendere in considerazione un'aliquota percentuale di fr. 363 in luogo di fr. 25.30, mentre nel 2012 occorre aggiungere l'importo della franchigia prelevata nel secondo semestre di fr. 9.95. Ciò porta il totale a favore del ricorrente a fr. 5'125.95 [4'778.30 + 337.70 (363 – 25.30) + 9.95]. Circa la differenza per quanto concerne le franchigie nel 2009, nel 2010 e nel 2011 va rilevato che, come emerge dai calcoli riportati nel “ riepilogo del conteggio delle prestazioni ” del 21 aprile 2012 che si esaminerà in seguito, parte delle franchigie era già stata rimborsata con il pagamento di fr. 1'588.35 del 26 aprile 2012, in seguito alla sentenza 35.2010.69 del 19 aprile 2011. Da cui le differenze relativamente alle franchigie tra quanto indicato nel calcolo del 20 settembre 2016 (doc. 23) e del 23 marzo 2016 (doc. A3.3; dove figurano importi che la \_\_\_\_\_ non ha riconosciuto e che dovrebbero rimanere a carico dell'assicurato) e gli estratti \_\_\_\_\_ del 16 ottobre 2012 dove, a mano, sono stati indicati anche gli importi della franchigia che l'assicurato aveva pagato e che sono poi stati rimborsati il 26 aprile 2012. La circostanza per cui vi sono aliquote percentuali pagate a fronte di una franchigia non totalmente soluta è dovuta al fatto che solo nel corso del 2012 la \_\_\_\_\_, dopo l'emissione della sentenza cantonale, ha assunto i costi di determinate prestazioni per le quali inizialmente era stata prelevata la franchigia. Prudenzialmente questo TCA riconosce tuttavia al ricorrente il diritto al rimborso del massimo della franchigia di fr. 300 anche per il triennio dal 2009 al 2011, per un totale a suo favore di fr. 5'879.80 (5'125.95 + 300 + 211.80 [300 – 88.20] + 242.05 [300 – 57.95]). 2.4.3. Va ora esaminato se vi sono differenze rispetto al “ riassunto prestazioni rimaste a carico dell'assicuratore malattie ” per il periodo 2007-2012 del 23 marzo 2016 redatto dal medesimo assicuratore e concernente il periodo di assicurazione presso \_\_\_\_\_ fino al 30 giugno 2012 (doc. A3.3). Questo documento contiene gli importi che avrebbero dovuto rimanere a carico dell'assicurato nel citato periodo, poiché non assunti dalla \_\_\_\_\_. Essi sono stati comunque rimborsati. Dal conteggio emerge: - nel 2007 l'assicurato non ha diritto ad un rimborso superiore rispetto a quello indicato in precedenza (l'importo di fr. 116.05 del “ \_\_\_\_\_ ” comprende i fr. 70 del contributo ai costi giornalieri di degenza [nel doc. A3.5 figura l'importo di fr. 46.05]); - nel 2008 i costi

complessivi corrispondono a quelli esposti nei conteggi sopra riportati e rimborsati (l'importo di fr. 128.70 del " \_\_\_\_\_ " comprende i fr. 20 del contributo ai costi giornalieri di degenza [nel doc. A3.6 figura l'importo di fr. 108.70]); - nel 2009 figura, come nel conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23), unicamente la partecipazione ai costi di fr. 1.30, cui, come visto, il TCA ha aggiunto la franchigia di fr. 300; - nel 2010 l'importo indicato corrisponde a quello figurante sia nel conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23), sia nell'estratto del 16 ottobre 2012 (fr. 113.50). Il TCA ha comunque riconosciuto la franchigia massima di fr. 300; - nel 2011 vi è una differenza di fr. 450, dovuta tuttavia alla circostanza che la fattura della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. A4.4 e A4.8) non è stata rimborsata poiché la sua prestazione non è riconosciuta né dalla \_\_\_\_\_ (cfr. doc. A3.3), né dall'assicuratore malattie (cfr. doc. A4.4, lettera dell'assicurato dell'8 agosto 2011; doc. A4.8 lettera del 9 novembre 2011 dell'insorgente all'assicuratore). Per il resto i costi complessivi sono i medesimi di quelli figuranti nel conteggio del 20 settembre 2016 (doc. 23: fr. 173.30); - nel 2012 l'importo indicato a carico dell'assicurato (fr. 292.20) è inferiore rispetto a quello figurante nell'estratto del 20 settembre 2016 (doc. 23: complessivi fr. 308.50) e dell'estratto dell'11 maggio 2016 (doc. A3.4: fr. 308.50). Tuttavia, ciò è dovuto ad un errore di calcolo, poiché la somma totale delle cifre esposte ammonta a fr. 308.50 e le fatture indicate corrispondono a quelle riportate nell'estratto dell'11 maggio 2016. Per cui, l'unica differenza a favore dell'assicurato sarebbe quella della fattura di fr. 450 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. A3.3; A4.4 e A4.8) che tuttavia non è riconosciuta né dalla \_\_\_\_\_ né dall'assicuratore. Sulla base di quanto sopra l'importo a favore del ricorrente prima dell'esame del " riepilogo del conteggio delle prestazioni " datato 21 aprile 2012, nell'ipotesi più favorevole, ammonta sempre a fr. 5'879.80.

2.4.4. R imane da esaminare il citato " riepilogo del conteggio delle prestazioni " datato 21 aprile 2012, in seguito al quale \_\_\_\_\_ aveva riconosciuto l'importo di fr. 1'588.35 a favore dell'insorgente (versato il 26 aprile 2012; doc. 12). Nel conteggio figurano tutte le fatture riconosciute e rimborsate dalla \_\_\_\_\_ all'assicuratore malattie e gli importi che l'assicuratore ha conseguentemente riversato all'insorgente. Gli importi positivi figuranti nella prima parte, dalle pagine da 1 a 7, corrispondono alla differenza che l'assicurato era stato chiamato a pagare dopo che l'assicuratore aveva rimborsato direttamente il fornitore di prestazioni (ad. esempio pag. 2, doc. 12: per la fattura di fr. 122.05 del " \_\_\_\_\_ " di cui al conteggio del 21 febbraio 2009 vi è un importo a favore dell'assicurato di fr. 12.20, pari all'aliquota percentuale del 10% che questi aveva dovuto assumersi personalmente). Gli importi negativi corrispondono invece alla differenza che l'assicuratore aveva rimborsato al ricorrente, dedotta la partecipazione ai costi, dopo che questi aveva direttamente pagato il fornitore di prestazioni (ad esempio a pag. 2 doc. 12: per la fattura di cui al conteggio del 31 luglio 2007 di fr. 347.85 del dr. med. \_\_\_\_\_ vi è un importo di fr. 313.05 a favore dell'assicuratore poiché il rimborso all'insorgente era già stato effettuato e a suo carico rimaneva unicamente la franchigia di fr. 34.80 [10% di fr. 347.85 = 34.80; 347.85 - 34.80 = 313.05]). Nella seconda parte figurano invece i nuovi conteggi tramite i quali l'assicuratore rimborsa interamente le fatture inizialmente assunte dall'assicurato (cfr. ad esempio pag. 8, doc. 12: il citato importo di fr. 347.85 relativo al conteggio del 31 luglio 2007 del dr. med. Toti viene interamente riconosciuto all'assicurato). Da un'attenta lettura del " riepilogo del conteggio delle prestazioni " del 21 aprile 2012, con raffronto degli importi figuranti nel conteggio del 20 settembre 2016, unitamente a quelli degli estratti del 16 ottobre 2012 (quelli dell'11 maggio 2016 concernono un periodo posteriore), e dei conteggi delle prestazioni del 2011 (doc. da A3.5

ad A3.16) emerge che l'assicuratore il 26 aprile 2012 ha rimborsato all'insorgente le partecipazioni ai costi da lui pagate dal 2007 al 2011, riconoscendogli la franchigia e l'aliquota percentuale laddove l'assicuratore aveva rimborsato direttamente il fornitore di prestazioni (in particolare farmacie e ospedali), rispettivamente l'intera fattura laddove invece l'assicurato si era assunto il pagamento della prestazione ed aveva poi inviato la fattura all'assicuratore che l'aveva soluta dopo deduzione della franchigia e dell'aliquota percentuale (in particolare in caso di prestazioni fornite da un medico). Ad esempio, la fattura di cui al conteggio del 9 agosto 2008 di (pag. 1, doc. 12) di fr. 243.95 del "\_\_\_\_\_ " per il trattamento del 12 giugno 2008, in seguito alla quale l'assicuratore ha restituito fr. 24.40 all'assicurato (10% di fr. 243.95 pari alla partecipazione ai costi), figura a pag. 2 dell'estratto della partecipazione ai costi 2008 del 16 ottobre 2012, con fr. 0 di partecipazione ai costi e a pag. 3 quale fattura riconosciuta dalla \_\_\_\_\_ (doc. A3.6). Dall'esame delle 65 fatture figuranti nel " riepilogo del conteggio delle prestazioni " del 21 aprile 2012 da pag. 1 a pag. 7, risulta che vi sono differenze per quanto concerne 7 fatture rispetto agli estratti del 16 ottobre 2012 o ai conteggi di prestazioni emessi nel 2011 e prodotti dall'assicurato e che trovano le seguenti spiegazioni: - la fattura della \_\_\_\_\_ di fr. 41,35 (pag. 3 doc. 12), rimborsata dall'assicuratore nella misura del 10% (fr. 4.15), non risulta agli atti poiché per il 2011 l'insorgente ha prodotto solo alcuni conteggi delle prestazioni. L'interessato non contesta comunque questo specifico conteggio ed anche volendo aggiungere l'importo di fr. 37.20 (41.35 – 4.15) a quello dovuto dall'assicuratore, esso, come si vedrà in seguito, sarebbe comunque ancora inferiore all'importo complessivo già versato; - la fattura del dr. med. \_\_\_\_\_ di fr. 219.30 di cui al conteggio del 7 novembre 2007 (pag. 5, doc. 12) e quella di fr. 314.15 di cui al conteggio del 14 novembre 2007 (pag. 7 doc. 12), figura come un'unica fattura nell'estratto delle partecipazioni del 2007 poiché relativa ad un trattamento del medesimo giorno (25 aprile 2007; cfr. doc. A3.5, fr. 533.45; pag. 13 e 15 doc. 12). Entrambe del resto sono state integralmente riconosciute dall'assicuratore con il conteggio del 21 aprile 2016 (pag. 13 e 15, doc. 12). Anche le fatture di fr. 24.60 (pag. 1, doc. 12) e di fr. 65 (pag. 6, doc. 12) della \_\_\_\_\_ relative a due separati conteggi del 18 settembre 2010, sono state accorpate nell'estratto del 16 ottobre 2012 relativo alle partecipazioni 2010 e figurano come un'unica prestazione di complessivi fr. 89.60 perché fornita lo stesso giorno (doc. A3.8). - per contro, le fatture di fr. 119.70 del dr. med. \_\_\_\_\_ di cui al conteggio del 22 agosto 2009 (pag. 2, doc. 12) e di fr. 237.95 del dr. med. \_\_\_\_\_ del conteggio del 24 luglio 2010 (pag. 7, doc. 12), sembrano essere state rimborsate in maniera diversa rispetto a quanto figura, a mano, nei rispettivi estratti: franchigia di fr. 35.70 per il primo (doc. A3.7) e franchigia di fr. 78.20 per il secondo (doc. A3.8), in luogo di fr. 75.60 (pag. 2 doc. 12), rispettivamente fr. 130.95 (pag. 7, doc. 12). L'assicuratore ha correttamente rimborsato entrambe le fatture (pag. 10 e 16; doc. 12), ma ha dedotto fr. 75.60 e fr. 130.95, che, per maggiore tranquillità vanno riaggiunti agli importi dovuti dall'assicuratore. Alla luce della verifica effettuata emerge che, nella migliore delle ipotesi, l'interessato ha diritto a fr. 6'123.55 (5'879.80 + 37.20 + 75.60 + 130.95), ossia meno rispetto all'importo complessivo di fr. 6'736.40 già versato. In conclusione, dal minuzioso esame della documentazione prodotta dalle parti emerge che l'assicuratore ha versato un importo maggiore rispetto a quello dovuto e che in alcuni casi ha pure riconosciuto prestazioni che non avrebbe dovuto nella misura in cui non sono state riconosciute dalla \_\_\_\_\_ quale infortunio e dunque sarebbero dovute rimanere a carico dell'insorgente per quanto concerne la parte di franchigia e di aliquota percentuale. Quanto agli allegati da X/5 a X/7 e da A3.1 a A3.2, da cui l'insorgente deduce di avere un

credito nei confronti dell'assicuratore, va rilevato che si tratta della contabilità interna dell'interessato stesso e non sono atti a comprovare che l'assicuratore dovrebbe versargli un importo maggiore. 2.4.5. Circa i premi dovuti negli anni dal 2007 al 2010 che, come detto, non sono di per sé oggetto del contendere (cfr. consid. 2.1) e che l'insorgente chiede di mettere a carico dell'assicuratore sulla base delle CGA prodotte (doc. A2) nel periodo in cui non sono stati soluti tramite le prestazioni complementari, va evidenziato come le CGA prodotte concernono l'assicurazione complementare " per l'assicurazione di rendita <<Esenzione dal pagamento dei premi>> in caso di incapacità al guadagno dovuta a malattia o infortunio " alla quale l'insorgente non è affiliato e di cui pertanto non può beneficiare. Non spetta inoltre a questo Tribunale, per motivi esposti al consid. 2.1, stabilire se essi devono essere assunti dalle prestazioni complementari o da altri assicuratori sociali.

2.5. Va ora esaminato se l'insorgente ha diritto ad interessi di mora. Per l'art. 26 cpv. 2 LPGA 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. Per l'art. 7 cpv. 1 OPGA l'interesse di mora è del 5% all'anno. A norma dell'art. 7 cpv. 2 OPGA l'interesse di mora è calcolato ogni mese sulle prestazioni spettanti al beneficiario sino alla fine del mese precedente. Il suo decorso inizia il primo giorno del mese in cui ne è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento. In concreto la sentenza 35.2010.69 del TCA tramite la quale è stato posto il principio secondo cui la \_\_\_\_\_ doveva assumersi i costi dell'infortunio del 29 luglio 2006 è stata emessa il 19 aprile 2011. L'insorgente ha chiesto all'assicuratore convenuto di procedere con il recupero delle prestazioni in data 20 luglio 2011 (doc. 7). Il 18 aprile 2012 il ricorrente ha trasmesso all'assicuratore copia dello scritto del 16 aprile 2012 della \_\_\_\_\_ che afferma di assumersi tutti i costi delle fatture trasmesse fino a quel momento dalla Cassa malati per il periodo dal 29 luglio 2006 al 7 aprile 2011 (doc. 11). Il 21 aprile 2012 la cassa ha emesso il riepilogo delle prestazioni (doc. 12) calcolando un importo di fr. 1'588.35 a favore dell'assicurato, che ha ricevuto il rimborso il 26 aprile 2012 (doc. 12). La cassa ha pertanto agito celermente e versato quanto dovuto entro il termine di 12 mesi da quando è stata fatta valere la richiesta di rimborso (art. 26 cpv. 2 LPGA). Su questo importo non è dovuto alcun interesse. Successivamente il 18 maggio 2012 il ricorrente ha scritto all'assicuratore indicandogli i nomi dei medici per i quali la fattura deve essere trasmessa alla \_\_\_\_\_ (cfr. doc. A4.11; dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_).

L'assicuratore con la decisione formale ha affermato che " non avendo più sentito notizie in merito alla fattispecie di carattere infortunistico ed avendo ricevuto, a partire dall'anno 2012, tutte le fatture con la menzione "Malattia", abbiamo provveduto, puntualmente, alle nostre incombenze" . Tuttavia, dopo che l'insorgente, il 18 maggio 2012, ha domandato esplicitamente di " girare " alla \_\_\_\_\_ per un controllo tutte le fatture che trasmetterà (doc. A4.11), sarebbe spettato all'assicuratore agire in tal senso per ogni fattura ricevuta. L'insorgente ha del resto prodotto uno scritto della convenuta del 21 maggio 2012 dove si precisa: "Da parte nostra faremo il possibile affinché fatture in relazione all'infortunio vengano inoltrate direttamente alla \_\_\_\_\_. A tale proposito la ringraziamo per aver informato in tal senso i suoi medici curanti " (doc. G9). Su questo punto il ricorso deve pertanto essere accolto e l'incanto rinviato all'amministrazione per il calcolo degli interessi, a partire dal 18 maggio 2012 (data in cui l'interessato ha chiesto all'assicuratore malattie di verificare con la \_\_\_\_\_ il debitore dei rimborsi delle fatture trasmesse indicando i fornitori di prestazioni che di solito intervengono nella cura dei postumi dell'infortuni del

29 luglio 2006) per ogni singola fattura conformemente a quanto prevedono gli art. 26 cpv. 2 LPGA e 7 OPGA. Va qui evidenziato comunque che l'assicuratore dovrà versare al massimo l'importo di fr. 320.90. Infatti, la convenuta nella migliore delle ipotesi per l'insorgente, avrebbe dovuto rimborsare fr. 6'123.55 (cfr. consid. 2.4 e seguenti). Da questo importo va dedotto quanto versato il 26 aprile 2012 e meglio fr. 1'588.35. Sull'importo rimanente di fr. 4'535.20, se per pura ipotesi di lavoro, si volessero calcolare gli interessi al 5% dal 18 maggio 2012 fino alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento (dunque giugno 2016) si ottiene un importo arrotondato di fr. 933.75 ( $907.04 \{ \text{ossia } 5\% \text{ di } 4'535.20 \times 4 \text{ anni} \} + 26.71 \{ 5\% \text{ di } 4'535.20 : 365 \text{ giorni per } 43 \text{ giorni dal } 19 \text{ maggio } 2016 \text{ al } 30 \text{ giugno } 2016 \}$ ). Dall'importo di fr. 933.75 va dedotto l'ammontare di fr. 612.85 pagato in troppo dall'assicuratore (fr. 6'736.40 – 6'123.55), per un ammontare massimo di interessi a favore dell'insorgente, nell'ipotesi a lui più favorevole, di fr. 320.90.

2.6. Il diritto ad eventuali spese di sollecito e di messa in mora, che l'insorgente pretende per ogni singola fattura rimborsata, va esaminato nell'ambito della richiesta di risarcimento per torto morale di complessivi fr. 25'000, che dovrebbe comprendere pure i presunti danni che, secondo l'assicurato, sarebbero stati causati dalla convenuta la quale, per la tesi dell'insorgente, avrebbe contribuito “ al peggioramento e non sicuro recupero e aiuto al reinserimento del infortunato e malato ” ricorrente “ negli ultimi 10 anni ” (doc. I).

2.7. 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. Secondo l'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. Le condizioni dell'azione di responsabilità sono l'esistenza di un danno, un atto illecito, ossia la violazione di una norma scritta o non scritta da parte dell'amministrazione, e un nesso di causalità tra i due (cfr. U. Kieser, Haftung der Sozialversicherungsträger nach Art. 78 ATSG, in Sozialversicherungsrechtstagung 2013. – St. Gallen : Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, 2014, p. 116-121). L'art. 78 cpv. 1 LPGA istituisce una responsabilità causale e non presuppone dunque una colpa di un organo dell'istituto assicuratore (cfr. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2015, n. 1 e seguenti ad art. 78). La responsabilità è inoltre sussidiaria nel senso che essa può intervenire soltanto se la pretesa invocata non possa essere ottenuta attraverso le procedure amministrativa e giudiziaria ordinarie in materia di assicurazioni sociali oppure in assenza di una norma speciale di responsabilità del diritto delle assicurazioni sociali, come ad esempio gli articoli 11 LAI, 6 cpv. 3 LAINF o ancora 18 cpv. 6 LAM (cfr. DTF 133 V 14 consid. 5; Kieser, ATSG-Kommentar, 2015, n. 1 e seguenti ad art. 78). Affinché una responsabilità secondo l'art. 78 LPGA possa essere ammessa, occorre dunque valutare se sussiste un atto illecito e, nell'affermativa, un danno come pure un legame di causalità tra questi due elementi.

2.8. La condizione dell'illiceità ai sensi dell'art. 3 cpv. 1 LResp (a cui rinvia l'art. 78 cpv. 4 LPGA), suppone che lo Stato, attraverso i suoi organi e i suoi agenti, abbia violato delle prescrizioni destinate a proteggere un bene giuridico. Un'omissione può pure costituire un atto illecito, a condizione che esistesse, al momento determinante, una norma giuridica che sanzionava esplicitamente l'omissione commessa o che imponeva allo Stato di prendere la misura omessa a favore del leso; un tale motivo di responsabilità presuppone dunque che lo Stato abbia una posizione di garante nei confronti del leso e che le prescrizioni determinanti la natura e l'estensione di questo dovere siano state violate. La giurisprudenza ha parimenti

ritenuto illecita la violazione di principi generali del diritto (cfr. DTF 133 V 14 consid. 8.1 e riferimenti ivi citati), come ad esempio l'obbligo, per colui che crea una situazione di pericolo, di prendere i provvedimenti atti a prevenire un danno (cfr. DTF 89 I 483 consid. 6e). Se l'atto dannoso consiste nella violazione di un diritto assoluto (quale la vita o la salute, oppure il diritto di proprietà), l'illiceità è realizzata a priori, senza che sia necessario verificare se e in quale misura l'autore abbia violato una specifica norma di comportamento. Al riguardo, si parla d'illiceità nel risultato. Se, per contro, l'atto dannoso consiste in una violazione di un altro interesse (ad esempio, il patrimonio), l'illiceità presuppone che l'autore abbia violato una norma di comportamento avente lo scopo di proteggere il bene giuridico in questione. Eccezionalmente, l'illiceità dipende dalla gravità della violazione. Ciò è il caso se l'illiceità risulta da un atto giuridico (una decisione, una sentenza). In questo caso, la violazione di una prescrizione importante dei doveri di funzione è di per sé suscettibile d'impegnare la responsabilità dello Stato (cfr. DTF 132 II 317 consid. 4.1, 123 II 582 consid. 4d/dd). A titolo di esempio, il Tribunale federale ha qualificato d'illecito il fatto che, contrariamente alla prescrizione di cui all'art. 85bis cpv. 2 OAI, un ufficio AI abbia omesso di trasmettere al datore di lavoro il formulario per la restituzione d'anticipi, nonostante che il datore di lavoro avesse informato l'ufficio che desiderava riceverne un esemplare (cfr. DTF 133 V 14). In una sentenza 5A.8/2000 del 6 novembre 2000 consid. 3, riguardante il caso di un'assicurata che pretendeva un indennizzo di fr. 50'000 a titolo di riparazione morale per il ritardo con il quale era stata trattata la sua domanda di riquilifica professionale in ambito AI, il Tribunale federale ha ammesso che il ritardo ingiustificato a decidere costituisce un atto illecito e che può ledere la personalità. 2.9. Il danno giuridicamente riconosciuto consiste nella diminuzione involontaria del patrimonio. Esso corrisponde alla differenza tra l'ammontare attuale del patrimonio del leso e l'ammontare che avrebbe questo stesso patrimonio qualora l'atto dannoso non si fosse prodotto (DTF 128 III 22 consid. 2e/aa; 127 III 73 consid. 4a, 403 consid. 4a, 543 consid. 2b). Il danno può presentarsi sotto forma di una diminuzione dell'attivo, di un aumento del passivo, di un mancato aumento dell'attivo oppure di una mancata diminuzione del passivo (DTF 128 III 22 consid. 2e/aa). La nozione di danno nell'ambito del diritto pubblico della responsabilità è di principio uguale a quella vigente nel diritto privato (cfr. STF 2A.362/2000 del 10 dicembre 2001 consid. 3.3 e i riferimenti ivi menzionati). Nel diritto della responsabilità civile, i costi che la vittima sopporta per la consultazione di un avvocato prima dell'apertura del processo civile, nella misura in cui questo passo sia necessario e adeguato, possono costituire una posta del danno, a condizione che essi non siano stati inclusi nelle ripetibili. Ciò vale anche per i costi risultanti da un'altra procedura, come per esempio una procedura penale. Se questa procedura permette d'ottenere delle ripetibili, non è più possibile far valere una pretesa di risarcimento dei costi di patrocinio nel quadro di un'ulteriore azione di responsabilità civile (DTF 4C.51/2000 del 7 agosto 2000 consid. 2 pubblicato in SJ 2001 I 153; DTF 117 II 101 consid. 5; 112 Ib 353 consid. 3a). 2.10. La responsabilità ex art. 78 LPGa presuppone infine la dimostrazione dell'esistenza di un nesso di causalità naturale e adeguata. Il nesso di causalità adeguata è dato se, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza generale della vita, l'agire illecito è atto a causare oppure a favorire il risultato che si è effettivamente prodotto (cfr. Kieser, ATSG-Kommentar, 2015, n. 1 eseguenti ad art. 78). La relativa giurisprudenza non è oltremodo rigida. Non è richiesta una prova rigorosa ma è sufficiente che il tribunale maturi la convinzione che un determinato andamento dei fatti s'impone con verosimiglianza preponderante (cfr. Kieser, Haftung, op.cit., p. 120). Il nesso di causalità adeguata può essere escluso, ovvero interrotto, quando

un'altra causa concomitante - la forza maggiore, la colpa di un terzo oppure la colpa della vittima - costituisce una circostanza assolutamente eccezionale o appare straordinaria al punto tale da non essere prevedibile. Di per sé, l'imprevedibilità dell'atto concomitante non è sufficiente per interrompere il rapporto di causalità adeguata. È inoltre necessario che questo atto abbia un'importanza tale da imporsi quale causa più probabile e più immediata dell'evento considerato, relegando in secondo piano tutti gli altri fattori che hanno contribuito a produrlo, in particolare il comportamento dell'autore (DTF 133 V 14 consid. 10.2 e riferimenti ivi citati). 2.11. In primo luogo va evidenziato che l'assicuratore avrebbe dovuto emettere una decisione formale direttamente impugnabile al TCA, senza passare per l'opposizione (cfr. art. 78 cpv. 4 LPG). Rilevato che l'assicurato ha comunque potuto rivolgersi al TCA contro la decisione su opposizione, salvaguardando in questo modo i suoi diritti e non subendo alcun nocumento, la questione non merita ulteriore disamina. Nel merito, questo Tribunale rileva che non vi è alcun atto illecito da parte della Cassa convenuta, né è ravvisabile un danno subito dall'insorgente se non, eventualmente, quello comunque risarcito tramite gli interessi per non aver dato seguito alla richiesta dell'insorgente di verificare puntualmente tutte le fatture trasmesse all'assicuratore. L'assicuratore nelle due occasioni in cui è stato interpellato esplicitamente circa il rimborso dei costi a carico dell'assicuratore infortuni e meglio nel luglio 2011 (doc. 7; cfr. anche scritto del 4 luglio 2011, allegato al doc. A4.9) e nel febbraio e marzo 2016 (doc. 13 e 14), ha sottoposto in tempi brevi la fattispecie alla \_\_\_\_\_ e dopo aver ricevuto la presa di posizione dell'assicuratore contro gli infortuni ha versato celermente gli importi calcolati al ricorrente (scritto del 16 aprile 2012 della \_\_\_\_\_, calcolo del 21 aprile 2012 dell'assicuratore ed accredito del 26 aprile 2012 dell'importo di fr. 1'588.35 [doc. 11 e 12]; scritto del 26 aprile 2016 della \_\_\_\_\_, calcolo con decisione formale del 17 maggio 2016 ed accredito dell'importo di fr. 5'148.05 il 9 giugno 2016 [doc. 15, 16 e 21]). Ritenuto che la sentenza 35.2010.69 tramite la quale questa Corte ha condannato la \_\_\_\_\_ ad ammettere la propria responsabilità relativamente all'evento infortunistico del luglio 2006 e le ha rinviato gli atti affinché stabilisse l'importo delle prestazioni dal profilo materiale e temporale è stata emessa il 19 aprile 2011, l'assicuratore malattie, fino alla conoscenza della citata pronuncia, al più tardi nel corso del mese di luglio 2011, non poteva far altro che rimborsare le fatture trasmessegli dall'assicurato. Per quanto concerne il periodo successivo il presunto danno subito dal ricorrente causato dalla mancata immediata trasmissione delle fatture dall'assicuratore alla \_\_\_\_\_ è risarcito tramite il pagamento degli interessi. Del resto, l'insorgente, come rilevato nei considerandi precedenti, ha ottenuto un importo maggiore rispetto a quello cui avrebbe avuto diritto, con l'eventuale eccezione degli interessi che vanno ancora calcolati. Nemmeno le spese dell'avvocato che lo ha rappresentato nell'ambito della procedura contro la \_\_\_\_\_ e le spese di sollecito, di mora od altre spese vive relative agli sforzi messi in atto per recuperare il dovuto presso l'assicuratore contro gli infortuni possono essere messi a carico della convenuta. Né possono essere caricati costi di mora o sollecito al gruppo \_\_\_\_\_. CO 1, ed in precedenza \_\_\_\_\_, hanno rimborsato le pretese fatte valere dall'assicurato e dopo essere venuti a conoscenza della sentenza cantonale 35.2010.69 del 19 aprile 2011 si sono immediatamente prodigati per recuperare i costi delle prestazioni a carico della \_\_\_\_\_ e restituire al ricorrente quanto da lui pagato in troppo. L'interessato non può neppure ottenere dall'assicuratore una "ricompensa" per avergli fatto recuperare i soldi delle prestazioni a carico dell'assicurazione contro gli infortuni, non esistendo una base legale in tal senso. Infine, circa la richiesta di condannare l'assicuratore malattie ad un risarcimento

perché avrebbe contribuito “ al peggioramento e non sicuro recupero e aiuto al reinserimento del infortunato e malato ” ricorrente “ negli ultimi 10 anni ”, va rilevato che agli atti non sono stati prodotti documenti a sostegno della sua tesi. Non sono infatti ravvisabili comportamenti dell’assicuratore malattie che avrebbero contribuito a peggiorare la sua salute. Alla luce di tutto quanto sopra esposto l’assicurato non ha diritto ad alcun risarcimento per torto morale. 2.12. L’assicuratore chiede al TCA di convocare le parti per un’udienza di discussione (doc. III). Il ricorrente non si oppone. Con lo scritto del 21 ottobre 2016, trasmesso al Tribunale per conoscenza, l’assicurato accenna del resto a possibili udienze che si potrebbero tenere presso il TCA (doc. XIII). Questo Tribunale rileva che l’audizione richiesta può essere rifiutata senza ledere il diritto d’essere sentito, sancito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. e dall’art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l’obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell’art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. sentenza 9C\_796/2015 del 17 dicembre 2015, consid. 5.3; sentenza 8C\_665/2014 23 marzo 2015, consid. 4; sentenza 9C\_903/2011 consid. 6.3 del 25 gennaio 2013 che ha confermato questo principio [cfr. anche sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2], nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata). In concreto, non essendo stata presentata una “ domanda espressa di procedere ad un’udienza pubblica ” (doc. III, pag. 6: l’assicuratore “ propone a codesto lod. Tribunale di indire un’udienza di discussione [...] ”), questo TCA rinuncia all’audizione delle parti poiché superflua ai fini dell’esito della vertenza (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2; cfr. sentenza 9C\_578/2008 del 29 maggio 2009 dove la generica richiesta di “ vegliare alla parità delle armi [...] e all’applicazione dell’art. 6 CEDU ” non è stata giudicata sufficiente per far sorgere l’obbligo di organizzare un dibattito pubblico). Questo Tribunale rinuncia pure all’assunzione di ulteriori prove, essendo quelle prodotte sufficienti per decidere nel merito della vertenza. Va qui rammentato che 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 Verwaltungsrechts-pflege 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, 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).