

TI_GERICHTE 36.2019.117 vom 28. Februar 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-02-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.117

FR: TI_GERICHTE 36.2019.117 du 28 février 2020

IT: TI_GERICHTE 36.2019.117 del 28 febbraio 2020

Erwägungen

E. 29

cpv. 2 Cost.fed.

Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost.fed. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (sentenza del 29 giugno 2006, H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2).

La decisione formale fa poi riferimento all'art. 25 LPG (Conforme all'art. 25; sic!), le prestazioni erogate ingiustamente devono essere rimborsate, l'assicuratore si guarda bene dal riferire invece della sorte dei premi pagati dagli assicurati, e chiede quindi il versamento di CHF 19'504,35 con l'indicazione che eventuali fatture dei premi verranno rimborsati a parte (fatture?). Segue l'invito a volere trasmettere copia della lettera e le fatture allegate all'assicurazione che glielo rimborserà direttamente, ritenuto che nulla è stato allegato, non si sa quale lettera debba essere trasmessa e a quale assicuratore, l'opacità della decisione è sconcertante.

Manifestamente in un tale contesto il diritto di essere sentiti dei ricorrenti è stato crassamente violato. I destinatari della decisione dovevano singolarmente ricevere il provvedimento, per ognuno di loro doveva poi essere determinata l'eventuale richiesta di rimborso, la stessa doveva essere precisamente indicata e dettagliata.

Ma la decisione su opposizione brilla ancor di più perché, dopo avere citato 2 volte la _____ a pag. 1, a pag. 2 (ultime righe), rammenta la possibilità di richiedere a _____ le prestazioni con la corrispondente copia della fattura (tra l'altro spedita a CO 1 e in possesso della stessa). Per quale ragione sarebbe competente _____ non è detto.

La decisione su opposizione fa poi riferimento (pag. 1) alla comunicazione dell'IAS del 24 luglio 2018. Ma non è così! La comunicazione è del 20 luglio 2018 e CO 1 l'ha ricevuta il successivo 23 luglio 2018 (doc. 17, la data del 24 luglio 2018 non è corretta!). Il provvedimento qui impugnato indica una presa di contatto con _____ (si presume: _____) il 26 luglio 2018 con conferma dell'errore. Il 27 agosto 2018 l'annullamento della copertura delle cure medico sanitarie è comunicato a RI 1 (doc. 18) e a RI 2 (doc. 19) con comunicazione successiva alla _____ (e non a _____), senza che la scelta di scrivere a CSS sia spiegata. Il provvedimento emesso su opposizione, dopo alcune indicazioni relative al diritto applicabile, rileva che il rapporto assicurativo con CO 1 per tutta la famiglia è stato revocato l'intera famiglia sarà assicurata con _____. Non si comprende perché e con quale potere CO 1 scelga un assicuratore terzo rispetto a quello originario ossia _____. La decisione su opposizione conclude poi per l'obbligo restitutivo senza indicare l'importo da restituire, senza precisare da cosa derivi il credito, quale membro della famiglia ne sarebbe il responsabile, senza specificare nulla in merito ai premi, richiamando la semplice facoltà per CO 1 di domandare (in base agli art. 62 e ss. CO applicati per analogia) al precedente assicuratore il rimborso.

Indubbiamente tale motivazione non rispetta sufficientemente il diritto degli assicurati a una motivazione adeguata. La confusione in merito al precedente assicuratore, l'assenza di indicazione relativa ai destinatari della decisione stessa, l'assenza di una indicazione del credito vantato e della sua composizione, l'assenza di specifica relativa alla quantificazione del credito preteso per ogni assicurato sono lacune tali che imporrebbero a esse sole l'annullamento del provvedimento impugnato. Il tema non va però ulteriormente approfondito siccome la decisione qui contestata non solo è carente nella sua motivazione ma non rispetta i tempi imposti dall'art. 25 cpv. 1 LPGA per domandare ai destinatari la restituzione di prestazioni eseguite.

6. A fondamento del proprio procedere CO 1 pone il versamento errato di prestazioni. Fondandosi sull'art. 25 cpv. 1 LPGA e sulla giurisprudenza federale (DTF 138 V 426) essa chiede un rimborso (come detto generico, non riferito alla natura del credito vantato e senza riferimento specifico ai singoli assicurati che ne sarebbero responsabili).

Per giurisprudenza costante, nell'ambito delle assicurazioni sociali, la restituzione delle prestazioni presuppone, di regola, che siano adempiute le condizioni di una riconsiderazione o di una revisione processuale della decisione con la quale le prestazioni litigiose sono state versate (DTF 126 V 42 consid. 2b).

Per l'art. 53 cpv. 1 LPGA, le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. Per il cpv. 2 dell'art. 53 LPGA, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza.

L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che, in ambito di restituzione delle prestazioni, i principi applicabili al diritto precedentemente in vigore sono ancora attuali (STFA K 147/03 del 12 marzo 2004 = DTF 130 V 318). Dalla riconsiderazione (o riesame) va dunque distinta la revisione processuale delle decisioni amministrative.

Per quanto concerne inuovi mezzi di prova, gli stessi devono servire a comprovare i fatti nuovi che giustificano la revisione oppure fatti già noti e allegati nel procedimento precedente, che tuttavia non avevano potuto venir provati, a discapito del richiedente (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358). Se i nuovi mezzi sono destinati a provare dei fatti sostenuti in precedenza, il richiedente deve pure dimostrare di non essere stato in grado di invocarli in tale procedimento. Una prova deve essere considerata concludente quando bisogna ammettere che essa avrebbe condotto il giudice a statuire in modo diverso se egli ne avesse avuto conoscenza nella procedura principale. È decisiva la circostanza che il mezzo di prova non serva solamente all'apprezzamento dei fatti, ma alla determinazione degli stessi. Non basta pertanto che in una nuova perizia siano apprezzati in modo diverso i fatti; occorrono invece elementi di fatto nuovi, dai quali risulti che il fondamento della pronuncia impugnata presentava difetti oggettivi. Per giustificare la revisione di una sentenza non basta che, dalla fattispecie conosciuta al momento dell'emanazione della pronuncia principale, il perito tragga, ulteriormente, conclusioni diverse da quelle del tribunale. Neppure costituisce motivo di revisione il semplice fatto che il tribunale potrebbe aver mal interpretato fatti conosciuti all'epoca del procedimento principale. L'apprezzamento inesatto deve, al contrario, essere la conseguenza dell'ignoranza o della carenza di prove riguardanti fatti essenziali per la sentenza (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358, 110 V 138 consid. 2 pag. 141, 291 consid. 2a pag. 293, 108 V 170 consid. 1 pag. 171; DTF 118 II 199 consid. 5 pag. 205).

L'amministrazione può riconsiderare una decisione passata formalmente in giudicato e sulla quale un'autorità giudiziaria non si è pronunciata nel merito, a condizione che sia senza dubbio errata e la sua rettifica rivesta un'importanza notevole. Questi principi sono pure applicabili nel caso in cui delle prestazioni siano state accordate senza essere state oggetto di una decisione formale se il loro versamento ha comunque validamente esplicato effetti giuridici (DTF 129 V 110, DTF 126 V 23 consid. 4b, DTF 126 V 46 consid. 2b, DTF 126 V 400 consid. 2b/a; STFA C 24/02 dell'11 febbraio 2004). Una decisione è stata ad esempio considerata senza dubbio errata a seguito di calcolo illegale di una rendita, in conseguenza ad una valutazione errata dell'invalidità per l'applicazione errata di principi fondamentali (DTF 119 V 483 consid. 3; DTF 110 V 179; a livello cantonale si veda, da ultimo, la STCA 33.2019.18 del 12 febbraio 2020).

Secondo la giurisprudenza (STF 9C_862/2010 del 18 gennaio 2012; STF 9C_1061/2010 del 7 luglio 2011, consid. 6.1), la riconsiderazione non è tuttavia ammissibile se la decisione è stata oggetto di controllo giudiziale nel merito (DTF 127 V 466 consid. 2c). Per determinare se è possibile riconsiderare una decisione in quanto manifestamente erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento della sua pronuncia, prendendo in considerazione la prassi allora in vigore (DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti), tenuto conto del fatto che un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente i presupposti del diritto a prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare non vi è inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi

sul carattere erroneo della decisione iniziale, non è possibile procedere ad un riesame (STF 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1; STF 8C_883/2008 del 31 marzo 2009, consid. 4.1.2).

Il TF, nella recente 8C_226/2019 del 15 novembre 2019 (consid. 3.1.) ha ribadito, più semplicemente, in materia di assicurazione disoccupazione, come:

7. Per quel che attiene più specificatamente la materia qui in discussione l'Alta Corte, nella DTF 138 V 427, è stata adita per un litigio tra due assicuratori malattia confrontati con un caso di doppia assicurazione. Uno degli assicuratori pretendeva dall'altro il versamento delle prestazioni eseguite in favore di un'assicurata. Il TF ha ritenuto che, in applicazione dell'art. 1 cpv. 2 lett. d) LAMal, la LPGA non trovava applicazione ai litigi in essere tra assicuratori e la richiesta dell'uno nei confronti dell'altro non poteva fondarsi sull'art. 25 cpv. 1 LPGA ma, semmai, sugli art. 62 e 63 CO da applicarsi analogicamente e quali principi generali del diritto (in questo v. DTF144 II 412).

Nei suoi considerandi 3.1 e 3.2 l'Alta Corte ha ritenuto in particolare come:

Posto il tema l'Alta Corte ha ritenuto come:

Da quanto precede si deve dedurre che, in caso di doppia assicurazione, l'assicuratore che irregolarmente ha affiliato l'assicurato e ha eseguito prestazioni assicurative in suo favore durante il periodo in cui questi doveva essere affiliato presso un assicuratore terzo, ha la possibilità di domandare, in applicazione degli art. 62 e ss. CO, all'assicuratore sociale obbligato, la restituzione delle prestazioni. Giuridicamente, per quanto il TF ha esposto nella DTF 138 V 426 consid. 5.2.3., l'art. 25 cpv. 1 LPGA permette all'assicuratore di domandare all'assicurato la restituzione delle prestazioni che ha eseguito a torto, alla luce del fatto che il carattere indebito delle stesse deriva dal fatto che non era assicuratrice sociale dell'assicurato. L'Alta Corte ha rilevato che ciò è possibile anche se l'assicurato (in quel caso l'assicurata E.) aveva comunque diritto, di principio, alle prestazioni assicurative fondate sulla LAMal.

Il Tribunale federale, dopo avere riconosciuto all'assicuratore che ha eseguito a torto delle prestazioni a fronte di una doppia copertura assicurativa obbligatoria la possibilità di agire contro l'assicuratore originario in base agli art. 62 a 67 CO e nei confronti dell'assicurato in base all'art. 25 LPGA, non dice se la Cassa sia libera di scegliere contro chi fare valere (con gli strumenti giuridici detti) i propri diritti e se debba essere privilegiata la richiesta tra assicuratori, rispettivamente se questa via giuridica debba essere prioritariamente seguita per i rischi connessi a una domanda formulata a un assicurato in base all'art. 25 LPGA che potrebbe, a fronte di importi da restituire (e comunque dovuti da un altro assicuratore sociale), trovarsi nelle condizioni di non potere restituire e vedersi in mora a norma dell'art. 64a LAMal.

Il tema non va risolto in questa sede anche se, per quanto esposto, sarebbe opportuno che la giurisprudenza federale indicasse la via da privilegiare tra la richiesta da assicuratore ad assicuratore in applicazione degli art. 62 a 67 CO e quella fondata sull'art. 25 LPGA nei confronti dell'assicurato; rispettivamente imponesse, considerando l'interpretazione che va data all'art. 64a LAMal e lo scopo della LAMal, una scelta prioritaria attraverso la sua giurisprudenza.

8. Questo Tribunale cantonale delle assicurazioni deve qui limitarsi a ritenere che il TF, allo stato della giurisprudenza, nella sentenza citata (nel considerando 5.2.3. riportato per

esteso) resa comunque in un contesto diverso da quello qui all'esame, consente all'assicuratore malattie di domandare all'assicurato, in base all'art. 25 LPGA, la restituzione delle prestazioni che gli ha versato a torto.

Occorre in concreto verificare quali siano i presupposti dell'art. 25 LPGA e se siano stati rispettati nel caso a giudizio.

Per l'art. 25 cpv. 2 1a frase LPGA il diritto di esigere la restituzione si estingue dopo un anno a decorrere dal momento in cui l'istituto di assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione. Per la seconda frase dell'art. 25 cpv. 2 LPGA se il credito deriva da un atto punibile per il quale il diritto penale prevede un termine di prescrizione più lungo, quest'ultimo è determinante.

La restituzione è soggetta al termine relativo di prescrizione di un anno. A questo proposito la nostra Massima istanza ha stabilito che i termini dell'art. 25 cpv. 2 LPGA (art. 47 vLAVS), contrariamente al tenore letterale della norma, costituiscono un termine di perenzione (DTF 133 V 579 consid.4.1; DTF 127 V 484; DTF 124 V 380; DTF 122 V 274; DTF 119 V 431 consid.3a; Kieser, Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenen-versicherung, Zurigo 1996, pag. 192; Carigiet/Koch, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2a ed., 2009, pag. 100).

I termini di perenzione non possono essere né interrotti né sospesi e devono essere applicati d'ufficio (DTF 111 V 135 consid.3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, N. 36-37, pag. 59-60 e N. 12-13, pag. 311-312).

Per giurisprudenza costante i termini sono salvaguardati se prima del loro scadere è stata emessa una decisione formale e se la medesima è stata correttamente notificata alla persona che deve restituire le prestazioni (DTF 119 V 434; Kieser, op. cit., n. 30 ad art. 25, pag. 286).

Come rammentato dal Tribunale federale con STF 9C_925/2012 del 19 marzo 2013 (cfr. anche STF 9C_663/2014 del 23 aprile 2015; STF 8C_918/2012 del 29 gennaio 2013; STF 9C_744/2012 del 15 gennaio 2013, consid. 6.2), il termine annuo di perenzione comincia normalmente a decorrere nel momento in cui l'amministrazione, usando l'attenzione da essa ragionevolmente esigibile e 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). Il Tribunale federale ha inoltre pure avuto modo di precisare (come ricorda la STF 8C_64/2011 del 7 novembre 2011) che a prescindere da una eventuale violazione del principio inquisitorio, il termine annuo di perenzione di cui all'art. 25 cpv. 2 LPGA non può cominciare a decorrere prima che le prestazioni siano state decise ed erogate (SVR 2010 ELNr. 12 [9C_795/2009]). Secondo giurisprudenza, questo termine viene salvaguardato con la resa del progetto di liquidazione del caso (DTF 133 V 579 consid. 4.3.1; 119 V 431 consid. 3c; SVR 2011 IV Nr. 52 [8C_699/2010] consid. 2).

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). Occorre quindi di regola un secondo motivo - nel senso di una presa di coscienza dell'errato versamento delle prestazioni sulla base di un ulteriore indizio - per fondare il momento della conoscenza ragionevolmente esigibile dell'azione di restituzione (DTF 110 V306 seg.). 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]).

Si ricorda inoltre che il principio posto in DTF 110 V 306 seg., secondo cui in presenza di un errore dell'amministrazione occorre di regola un secondo motivo - nel senso di una presa di coscienza dell'errato versamento delle prestazioni sulla base di un ulteriore indizio - per fondare il momento della conoscenza ragionevolmente esigibile dell'azione di restituzione, si estende ugualmente ai casi in cui la causa della riscossione indebita è ascrivibile a un omesso accertamento dei requisiti del diritto, e, più in generale, a una violazione della massima inquisitoria da parte dell'assicuratore (STFA C 36/01 del 13 agosto 2003 consid. 3.2.2). L'obbligo di accertamento prescritto dall'art. 43 cpv. 1 LPGa non consente di conseguenza di dipartirsi dalla prassi secondo cui se il momento della conoscenza del fatto determinante - e quindi la decorrenza del termine di perenzione - non può essere fatto risalire alla data del versamento indebito, poiché 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), a maggior ragione non si può fare risalire questo momento a una data ancora precedente (STF 9C_795/2009 del 21 giugno 2010 consid. 4.3 = SVR 2010 EL Nr. 12; STF 9C_737/2009 del 1° aprile 2010 consid. 2.3.2.2 in fine).

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 (STFA I 308/03 del 22 settembre 2003 consid. 3.2.2).

Infine, se per l'accertamento e l'esame del diritto alla restituzione è necessaria la collaborazione tra più unità amministrative incaricate dell'attuazione dell'assicurazione, la conoscenza anche di una sola di esse è sufficiente a fare decorrere i termini (DTF 112 V 180 consid. 4c; RCC 1989 pag. 558). Tuttavia, la conoscenza di un'autorità incompetente non è sufficiente in tal senso (DTF 139 V 6 consid. 5.1).

Per Sylvie Pétremand (Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, ad art. 25 n. 89 p. 379/380) il «dies a quo a été interprété de manière très restrictive commence à courir dès le moment où l'assureur

social aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger de lui». Non è dunque il momento della conoscenza effettiva quello da cui inizia a decorrere il termine (si vedano le STF 8C_677/2017 del 23 febbraio 2018 e 9C_400/2016 del 2 novembre 2016). Come rammenta la medesima autrice (CR LPGA ad art. 25 n. 90 e 91) l'assicuratore deve disporre di tutti gli elementi decisivi la cui conoscenza fonda il credito di restituzione, «Si l'assureur dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas à en établir le bien-fondé, il doit procéder dans un délai raisonnable aux investigations nécessaires. Dans tous les cas, le délai de péremption relatif d'une année commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations étaient clairement indues ».

9. Nel caso in esame la Cassa è stata informata in maniera precisa il 20/23 luglio 2018 da parte dell'autorità preposta al controllo dell'obbligo assicurativo in Ticino (ossia la Cassa cantonale di compensazione) che RI 1 e RI 2 erano iscritti contemporaneamente presso due assicuratori malattie (_____ e CO 1) per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. L'informazione (doc. 17) è completa, spiega le ragioni della mancata possibilità di lasciare _____ e di affidarsi a CO 1. Non solo. L'assicuratore ha eseguito le verifiche necessarie presso l'assicuratore _____ come indica nella stessa decisione su opposizione, ricevendo la conferma dell'errore da parte del medesimo al più tardi il 28 luglio 2018. Questa circostanza ha indotto, secondo il medesimo dire di CO 1, ad annullare l'affiliazione di RI 1 e RI 2 il 27 agosto 2018.

Va quindi ritenuto che il 23 luglio 2018 CO 1 sapeva che RI 1 e RI 2 disponevano di una doppia copertura. Diversa è invece la situazione di RI 3, la cui posizione non è stata segnalata dalla Cassa cantonale di compensazione nel suo scritto 20 luglio 2018 (doc. 17) ma dall'assicuratore _____ in un messaggio di posta elettronica datato 3 settembre 2018 (doc. 14). In base a tale documento (prodotto da CO 1) il minore non avrebbe potuto cambiare assicuratore a seguito di arretrati, risultando assicurato senza interruzione presso _____. A questa comunicazione ha fatto seguito, il 4 settembre 2018, la decisione di annullamento dell'affiliazione di RI 3 (doc. 15, notificata a RI 1 che non ne è il padre).

Alla luce di tale situazione CO 1 disponeva, per i signori _____ dal 23 luglio 2018 e, al più tardi, per RI 3 dal 3 settembre 2018, di tutti gli elementi per ritenere di avere eseguito delle prestazioni indebite.

Alla luce di questo contesto fattuale questa Corte deve ritenere che CO 1 era perfettamente a conoscenza del fatto che RI 1 e RI 2 non potevano essere affiliati per l'assicurazione obbligatoria delle cure presso CO 1 e ciò dal 23 luglio 2018, mentre per RI 3 la conoscenza risale al 3 settembre 2018. Per tutti la fissazione dell'importo delle prestazioni indebitamente versate era quantificabile in qualche giorno (se non immediatamente come ammesso in sede di udienza), bastando una semplice verifica sui sistemi informatici dell'assicuratore.

L'emanazione della decisione di restituzione solamente il 16 settembre 2019, è avvenuta intempestivamente, ossia dopo che il termine di perenzione di 1 anno dell'art. 25 cpv. 2 1a frase LPGA era ampiamente scaduto siccome decorrente dalla notifica da parte della Cassa cantonale di compensazione del 23 luglio 2018 per RI 2 e RI 1, e dal 3 settembre 2018, al più tardi, per il signor RI 3 rispettivamente nell'imminenza di tali date alla luce

dei tempi necessari alla quantificazione delle pretese. Vista tale situazione il ricorso deve essere accolto, la decisione impugnata annullata siccome la pretesa di restituzione dell'assicuratore CO 1 vantata nei confronti di RI 1 e RI 2 nonché RI 3 in conseguenza alla loro doppia copertura dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, è perentoria. La restituzione qui all'esame non può più essere pretesa siccome intempestivamente esercitata.

Per determinare l'importo delle (in quel momento solo possibili) ripetibili, in sede di udienza il patrocinatore dei ricorrenti ha indicato un dispendio orario sin lì di 12 ore oltre a spese superiori a CHF 566 che la rappresentante dell'assicuratore non ha minimamente posto in discussione. A queste ore di lavoro e spese, che paiono giustificate alla luce dell'impegno profuso per la procedura in discussione (si pensi ai contatti con i clienti e con gli uffici cantonali, le verifiche relative alla tempestività di ricorso, alle specifiche da fornire al TCA a fronte delle richieste dello stesso, all'esame degli atti [di cui non aveva avuto conoscenza in fasi precedenti e ciò nonostante la richiesta], la trasferta a _____ e la lunga udienza), vanno aggiunte le ore di lavoro necessarie per prendere conoscenza del presente giudizio e per l'ulteriore contatto con i clienti al fine di trasmettere loro la sentenza e spiegarla doverosamente. Si devono poi ritenere le spese, che il patrocinatore dei ricorrenti ha stabilito in CHF 566 sino al momento dell'udienza. Le ripetibili possono quindi essere complessivamente stabilite in CHF 4'200 (IVA, se dovuta, compresa).

Nonostante le gravi lacune riscontrate nella decisione qui annullata, si prescinde eccezionalmente dal caricare tasse e spese all'assicuratore che è però avvisato del fatto che in futuro, in simili costellazioni, saranno percepite adeguate tasse e spese, non dovendo il cittadino ticinese sopportare, per il tramite della fiscalità generale, oneri derivati da un lavoro superficiale e mal svolto da parte dell'assicuratore sociale.

E. 30

giorni dal momento in cui la decisione (di restituzione) è passata in giudicato (art. 4 cpv. 4 OPGA). Giusta l'art. 4 cpv. 5 OPGA, sul condono è pronunciata una decisione. Per l'art. 25 cpv. 2 1a frase LPGA il diritto di esigere la restituzione si estingue dopo un anno a decorrere dal momento in cui l'istituto d'assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione. Per la seconda frase dell'art. 25 cpv. 2 LPGA se il credito deriva da un atto punibile per il quale il diritto penale prevede un termine di prescrizione più lungo, quest'ultimo è determinante. La restituzione è soggetta al termine relativo di prescrizione di un anno. A questo proposito la nostra Massima istanza ha stabilito che i termini dell'art. 25 cpv. 2 LPGA (art. 47 vLAVS), contrariamente al tenore letterale della norma, costituiscono un termine di perenzione (DTF 133 V 579 consid. 4.1; DTF 127 V 484; DTF 124 V 380; DTF 122 V 274; DTF 119 V 431 consid. 3a; Kieser , Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenen-versicherung, Zurigo 1996, pag. 192; Carigiet/Koch , Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2a ed., 2009, pag. 100). I termini di perenzione non possono essere né interrotti né sospesi e devono essere applicati d'ufficio (DTF 111 V 135 consid. 3b; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, N. 36-37, pag. 59-60 e N. 12-13, pag. 311-312). Per giurisprudenza costante i termini sono salvaguardati se prima del loro scadere è stata emessa una decisione formale e se la medesima è stata correttamente notificata alla persona che deve restituire le prestazioni (DTF 119 V 434; Kieser , op. cit., n. 30 ad art. 25, pag. 286). Come rammentato dal Tribunale federale con STF 9C_925/2012 del 19 marzo 2013 (cfr. anche STF 9C_663/2014 del 23 aprile 2015; STF 8C_918/2012 del 29 gennaio 2013; STF 9C_744/ 2012 del 15

gennaio 2013, consid. 6.2), il termine annuo di perenzione comincia normalmente a decorrere nel momento in cui l'amministrazione, usando l'attenzione da essa ragionevolmente esigibile e 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). Il Tribunale federale ha inoltre pure avuto modo di precisare (come ricorda la STF 8C_64/2011 del 7 novembre 2011) che a prescindere da una eventuale violazione del principio inquisitorio, il termine annuo di perenzione di cui all'art. 25 cpv. 2 LPGA non può cominciare a decorrere prima che le prestazioni siano state decise ed erogate (SVR 2010 EL Nr. 12 [9C_795/2009]). Secondo giurisprudenza, questo termine viene salvaguardato con la resa del progetto di liquidazione del caso (DTF 133 V 579 consid. 4.3.1; 119 V 431 consid. 3c; SVR 2011 IV Nr. 52 [8C_699/2010] consid . 2). 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). Occorre quindi di regola un secondo motivo - nel senso di una presa di coscienza dell'errato versamento delle prestazioni sulla base di un ulteriore indizio - per fondare il momento della conoscenza ragionevolmente esigibile dell'azione di restituzione (DTF 110 V 306 seg.). 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]). Si ricorda inoltre che il principio posto in DTF 110 V 306 seg., secondo cui in presenza di un errore dell'amministrazione occorre di regola un secondo motivo - nel senso di una presa di coscienza dell'errato versamento delle prestazioni sulla base di un ulteriore indizio - per fondare il momento della conoscenza ragionevolmente esigibile dell'azione di restituzione, si estende ugualmente ai casi in cui la causa della riscossione indebita è ascrivibile a un omesso accertamento dei requisiti del diritto, e, più in generale, a una violazione della massima inquisitoria da parte dell'assicuratore (STFA C 36/01 del 13 agosto 2003 consid. 3.2.2). L'obbligo di accertamento prescritto dall'art. 43 cpv. 1 LPGA non consente di conseguenza di dipartirsi dalla prassi secondo cui se il momento della conoscenza del fatto determinante - e quindi la decorrenza del termine di perenzione - non può essere fatto risalire alla data del versamento indebito, poiché 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), a maggior ragione non si può fare risalire questo momento a una data ancora precedente (STF 9C_795/2009 del 21 giugno 2010 consid. 4.3 = SVR 2010 EL Nr. 12; STF 9C_737/2009 del 1° aprile 2010 consid. 2.3.2.2 in fine). 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 (STFA I 308/03 del 22 settembre 2003 consid. 3.2.2). Infine, se per l'accertamento e l'esame del diritto alla restituzione è necessaria la collaborazione tra più unità amministrative incaricate dell'attuazione dell'assicurazione, la conoscenza anche di una sola di esse è sufficiente a fare decorrere i termini (DTF 112 V 180 consid. 4c; RCC 1989 pag. 558). Tuttavia, la conoscenza di un'autorità incompetente non è sufficiente in tal senso (DTF 139 V 6 consid. 5.1). Per Sylvie Pétremand (Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, ad art. 25 n. 89 p. 379/380) il « dies a quo a été interprété de manière très restrictive ... commence à courir dès le moment où l'assureur social aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger de lui ». Non è dunque il momento della conoscenza effettiva quello da cui inizia a decorrere il termine (si vedano le STF 8C_677/2017 del 23 febbraio 2018 e 9C_400/2016 del 2 novembre 2016). Come rammenta la medesima autrice (CR LPGA ad art. 25 n. 90 e 91) l'assicuratore deve disporre di tutti gli elementi decisivi la cui conoscenza fonda il credito di restituzione, “ Si l'assureur dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas à en établir le bien-fondé, il doit procéder dans un délai raisonnable aux investigations nécessaires ... Dans tous les cas, le délai de péremption relatif d'une année commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations étaient clairement indues ». 9. Nel caso in esame la Cassa è stata informata in maniera precisa il 20/23 luglio 2018 da parte dell'autorità preposta al controllo dell'obbligo assicurativo in Ticino (ossia la Cassa cantonale di compensazione) che RI 1 e RI 2 erano iscritti “ contemporaneamente presso due assicuratori malattie (_____ e CO 1) per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie” . L'informazione (doc. 17) è completa, spiega le ragioni della mancata possibilità di lasciare _____ e di affidarsi a CO 1. Non solo. L'assicuratore ha eseguito le verifiche necessarie presso l'assicuratore _____ come indica nella stessa decisione su opposizione, ricevendo la conferma dell'errore da parte del medesimo al più tardi il 28 luglio 2018. Questa circostanza ha indotto, secondo il medesimo dire di CO 1, ad annullare l'affiliazione di RI 1 e RI 2 il 27 agosto 2018. Va quindi ritenuto che il 23 luglio 2018 CO 1 sapeva che RI 1 e RI 2 disponevano di una doppia copertura. Diversa è invece la situazione di RI 3, la cui posizione non è stata segnalata dalla Cassa cantonale di compensazione nel suo scritto 20 luglio 2018 (doc. 17) ma dall'assicuratore _____ in un messaggio di posta elettronica datato 3 settembre 2018 (doc. 14). In base a tale documento (prodotto da CO 1) il minore non avrebbe potuto cambiare assicuratore a seguito di “ arretrati ”, risultando assicurato senza interruzione presso _____. A questa comunicazione ha fatto seguito, il 4 settembre 2018, la decisione di annullamento dell'affiliazione di RI 3 (doc. 15, notificata a RI 1 che non ne è il padre). Alla luce di tale situazione CO 1 disponeva, per i signori _____ dal 23 luglio 2018 e, al più tardi, per RI 3 dal 3 settembre 2018, di tutti gli elementi per ritenere di avere eseguito delle prestazioni indebite. 10. A livello istruttorio, in sede di udienza, il giudice delegato ha voluto accertare le modalità necessarie a CO 1 per quantificare le prestazioni assicurative eseguite in favore di un assicurato. In tale sede la giurista di CO 1 ha indicato come “ per

sapere quanto una persona ha ricevuto a titolo di rimborso, di pagamenti diretti da parte dell'assicuratore, quanto invece è rimasto a suo carico per franchigia e partecipazioni di fronte alle fatture mediche e ospedaliere notificate all'assicuratore è compito che viene svolto mediante verifiche informatiche e può essere svolto immediatamente. La Cassa dà atto che non è necessario procedere mediante un recupero di documentazione fisica ma si tratta di una semplice e veloce operazione informatica". In sostanza grazie alle applicazioni informatiche di cui dispone l'assicuratore (che permettono ad esempio agli assicurati di ricevere in tempi decisamente ristretti alla fine di un anno civile l'attestazione delle prestazioni destinata alla dichiarazione fiscale) la Cassa ha potuto, rispettivamente poteva, sapere esattamente, specificatamente e dettagliatamente, a quanto ammontava il suo credito per prestazioni singolarmente nei confronti di ognuno dei tre ricorrenti, sia per il 2017 sia per il 2018. La giurista medesima di CO 1 precisa, nel verbale d'udienza, come " già alla fine del mese di luglio 2018 era possibile quantificare la pretesa di restituzione " (doc. XI pag. 3). Alla luce di questo contesto fattuale questa Corte deve ritenere che CO 1 era perfettamente a conoscenza del fatto che RI 1 e RI 2 non potevano essere affiliati per l'assicurazione obbligatoria delle cure presso CO 1 e ciò dal 23 luglio 2018, mentre per RI 3 la conoscenza risale al 3 settembre 2018. Per tutti la fissazione dell'importo delle prestazioni indebitamente versate era quantificabile in qualche giorno (se non " immediatamente " come ammesso in sede di udienza), bastando una semplice verifica sui sistemi informatici dell'assicuratore. L'emanazione della decisione di restituzione solamente il 16 settembre 2019, è avvenuta intempestivamente, ossia dopo che il termine di perenzione di 1 anno dell'art. 25 cpv. 2 1 a frase LPGa era ampiamente scaduto siccome decorrente dalla notifica da parte della Cassa cantonale di compensazione del 23 luglio 2018 per RI 2 e RI 1, e dal 3 settembre 2018, al più tardi, per il signor RI 3 rispettivamente nell'imminenza di tali date alla luce dei tempi necessari alla quantificazione delle pretese. Vista tale situazione il ricorso deve essere accolto, la decisione impugnata annullata siccome la pretesa di restituzione dell'assicuratore CO 1 vantata nei confronti di RI 1 e RI 2 nonché RI 3 in conseguenza alla loro doppia copertura dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, è perentoria. La restituzione qui all'esame non può più essere pretesa siccome intempestivamente esercitata. 11. Alla luce dell'esito del ricorso ai ricorrenti, rappresentati da un legale, che hanno postulato l'assistenza giudiziaria e l'ammissione al gratuito patrocinio che diviene qui priva d'oggetto, devono vedersi riconoscere congrue ripetibili. Per determinare l'importo delle (in quel momento solo possibili) ripetibili, in sede d'udienza il patrocinatore dei ricorrenti ha indicato un dispendio orario sin lì di 12 ore oltre a spese superiori a CHF 566 che la rappresentante dell'assicuratore non ha minimamente posto in discussione. A queste ore di lavoro e spese, che paiono giustificate alla luce dell'impegno profuso per la procedura in discussione (si pensi ai contatti con i clienti e con gli uffici cantonali, le verifiche relative alla tempestività di ricorso, alle specifiche da fornire al TCA a fronte delle richieste dello stesso, all'esame degli atti [di cui non aveva avuto conoscenza in fasi precedenti e ciò nonostante la richiesta], la trasferta a _____ e la lunga udienza), vanno aggiunte le ore di lavoro necessarie per prendere conoscenza del presente giudizio e per l'ulteriore contatto con i clienti al fine di trasmettere loro la sentenza e spiegarla doverosamente. Si devono poi ritenere le spese, che il patrocinatore dei ricorrenti ha stabilito in CHF 566 sino al momento dell'udienza. Le ripetibili possono quindi essere complessivamente stabilite in CHF 4'200 (IVA, se dovuta, compresa). Nonostante le gravi lacune riscontrate nella decisione qui annullata, si prescinde eccezionalmente dal caricare tasse e spese all'assicuratore che è però avvisato del fatto che

in futuro, in simili costellazioni, saranno percepite adeguate tasse e spese, non dovendo il cittadino ticinese sopportare, per il tramite della fiscalità generale, oneri derivati da un lavoro superficiale e mal svolto da parte dell'assicuratore sociale.

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