

TI_GERICHTE 36.2024.20 vom 23. September 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-09-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2024.20

FR: TI_GERICHTE 36.2024.20 du 23 septembre 2024

IT: TI_GERICHTE 36.2024.20 del 23 settembre 2024

Erwägungen

E. 1

La vertenza, in tema di premi dovuti all'assicuratore sociale contro le malattie, non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove, qui in effetti non assunte). Il TCA può quindi decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LOG come a costante giurisprudenza del Tribunale federale. Su questi temi si veda Ivano Ranzanici : La possibilità concessa dall'art. 49 cpv. 2 LOG alla Sezione di diritto pubblico del Tribunale di Appello di emanare giudizi monocratici alla luce della recente giurisprudenza federale, in RtiD I - 2016, pagg. 307 e segg. Il tema del debito riferito ai premi ed alle partecipazioni è stato più volte affrontato da questa Corte e dal TF nonché dalla dottrina, per tutte si faccia riferimento alle STCA 36.2023.5 del 2 ottobre 2023 (in merito si vedano le STF 9C_694/2023, 9C_695/2023, 9C_696/2023, 9C_697/2023, 9C_698/2023, 9C_699/2023), 36.2022.24 dell'11 luglio 2022, 36.2022.5 del 11 marzo 2022 e 36.2022.35 del 22 ottobre 2022 (e giurisprudenza ivi citata). Il debito di un coniuge preteso dall'assicuratore dall'altro coniuge è pure stato oggetto di ampia giurisprudenza (per un esempio si vedano le STCA 36.2023.5, 36.2004.88 e 100 del 12 novembre 2004), lo stesso dicasi per il debito per premi dei figli, che la giurisprudenza ha più volte affrontato (si vedano le STCA appena citate e la giurisprudenza specifica citata nelle considerazioni che seguono). Altro tema che è già stato analizzato ed approfondito adeguatamente dalla giurisprudenza e dalla dottrina è quello della compensazione di pretese dell'assicuratore verso l'assicurato per premi (in merito alla compensazione di pretese dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore si vedano le STCA 36.2023.5 e le STF 9C_694/2023, 9C_695/2023, 9C_696/2023, 9C_697/2023, 9C_698/2023, 9C_699/2023). Il presente giudizio, nel rispetto della chiara volontà del legislatore ticinese espressa all'art. 49 LOG, può quindi essere emanato monocraticamente. Il fatto che questo giudizio si estenda su una ventina di pagine (criterio in passato ritenuto, con altri, rilevante dal TF per determinare la possibilità di un giudizio monocratico, si vedano le STF 1C_858/2013 consid. 3.4 e 9C_699/2014 consid. 7.2.) non deriva dalla complessità degli aspetti giuridici o dell'istruttoria da condurre, bensì dalla volontà di completa esposizione dei fatti e del diritto applicabile. nel merito

E. 2

Per riprendere quanto già esposto nella STCA 11 luglio 2022 36.2022.24 a norma dell'art. 61 cpv. 1 LAMal, l'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Sempreché la legge non preveda eccezioni, l'assicuratore riscuote dai propri assicurati premi uguali. L'art. 64 cpv. 1 LAMal prevede che gli assicurati partecipino ai costi delle prestazioni ottenute. Secondo l'art. 64 cpv. 2 LAMal la partecipazione ai costi comprende (let. a) un importo fisso per anno (franchigia) e (let. b) il 10 per cento dei costi eccedenti la

franchigia (aliquota percentuale). Secondo l'art. 64a cpv. 1 LAMal, 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). Giusta l'art. 64a cpv. 2 LAMal 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. L'art. 90 OAMal dispone che i premi devono essere pagati in anticipo e di regola mensilmente. A norma dell'art. 105a OAMal, il tasso degli interessi di mora sui premi scaduti secondo l'art. 26 cpv. 1 LPGA è del 5% all'anno. In caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi, l'assicuratore invia la diffida al più tardi entro tre mesi dall'esigibilità degli stessi. Egli la presenta separatamente da eventuali altri pagamenti in arretrato (art. 105b cpv. 1 OAMal). Se l'assicurato causa per propria colpa spese che avrebbero potuto essere evitate con un pagamento tempestivo, l'assicuratore può riscuotere adeguate spese amministrative, se una misura siffatta è prevista dalle disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi dell'assicurato (art. 105b cpv. 2 OAMal).

E. 3

Nel caso concreto a RI 1 CO 1 chiede il pagamento sia di premi propri, sia di quelli della coniuge e delle figlie (per _____ siano al mese in cui è divenuta maggiorenne). L'importo postulato dall'assicuratore appare in sé corretto e, come tale, non è contestato dall'assicurato. Si tratta dei premi dovuti dai membri della famiglia _____ per i mesi di giugno, luglio, agosto e settembre 2023 per complessivi CHF 3'148,80 (ossia CHF 788,50 x 3 [pari ai premi di tutti i membri della famiglia _____ per i mesi di giugno, luglio e agosto] = CHF 2'365.50 cui si somma il premio di 5 membri della famiglia, ad esclusione del premio di _____, divenuta maggiorenne ad agosto 2023, per CHF 783.30). Occorre qui verificare la correttezza della pretesa del debito nei confronti di RI 1.

E. 4

Per quanto attiene ai premi della moglie occorre qui evidenziare come, in una sentenza del 18 novembre 2002 (K 60/00 pubblicata in DTF 129 V 90), il Tribunale federale abbia modificato la sua precedente giurisprudenza (DTF 119 V16) e ritenuto una responsabilità solidale dei coniugi per il pagamento dei premi dell'assicurazione sociale obbligatoria contro le malattie. Fondandosi sugli art. 163 cpv. 1 e 166 cpv. 1 e 3 CCS l'Alta Corte ha considerato che, in virtù dell'art. 166 cpv. 1 e 3 CC, con l'entrata in vigore dell'assicurazione malattia obbligatoria un coniuge rispondeva solidalmente per i debiti contributivi dell'altro coniuge indipendentemente dal fatto che il rapporto di assicurazione a fondamento del credito contributivo sia stato costituito durante la vita comune oppure per soddisfare dei bisogni correnti della famiglia. Questa giurisprudenza è stata, di poi, ripresa in diverse occasioni. Nella STF 9C_14/2012 consid. 4 del 29 ottobre 2012, l'Alta Corte ha considerato come: " Le but de l'art. 166 al. 3 CC, à teneur duquel chaque époux s'oblige personnellement par ses actes et oblige solidairement son conjoint en tant qu'il n'excède pas ses pouvoirs d'une manière reconnaissable pour les tiers, est notamment de simplifier la procédure d'exécution forcée, en dispensant le créancier de pénibles démarches de recouvrement." Per un più recente caso, in una fattispecie non dissimile da quelle qui all'esame, l'Alta Corte ha confermato la possibilità dell'assicuratore sociale di fondarsi sui combinati disposti del diritto civile (art. 163 cpv. 1 e 166 cpv. 1 e 3 CCS) e domandare ad uno dei coniugi il pagamento dei premi non solo propri ma anche quelli dell'altro consorte

(v. STF 9C_756/2016 del 18 gennaio 2017, in particolare consid. 2.1.). Alla luce della giurisprudenza citata, sviluppata dal TF sulla scorta delle norme del diritto civile che sono applicabili nell'ambito della LAMal a complemento della lacuna della stessa su tali aspetti, i premi della signora _____ potevano essere richiesti dall'assicuratore all'assicurato RI 1, marito e convivente della consorte.

E. 5

settembre 2001 nella causa C., U 94/01; STFA del 31 maggio 2001 nella causa C., I 83/01; STFA del 13 marzo 2001 nella causa P., U 429/00; Untersuchungsgrundsatz, SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; AHI Praxis 1994 pag. 212; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). È dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia assoluto ed incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; Meyer, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung" in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; Kurmann, "Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz" in Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (in questo senso CR LPGA Métral ad art. 61 n. 53 e 54 p. 743; SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; Beati in: "Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali", Lugano 1993, pag. 1 seg.). Su questi aspetti, si veda in particolare: Duc, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, pagg. 827-828 e Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1997, pagg. 339-341, laddove quest'ultimo rileva che "besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann". Métral (loc. cit., op. cit.), ribadita la relatività del principio inquisitorio, ricorda che il giudice cantonale non parte da zero nell'accertamento dei fatti, ma si fonda su di una decisione (formale seguita da una decisione resa su opposizione) e si basa sul dossier, che trova il fondamento giuridico nella LPGA, trasmessogli dall'assicuratore sociale. Prima di qualsiasi altra misura istruttoria il giudice farà quindi riferimento al dossier dell'assicuratore. Solo a fronte di dubbi relativi ai fatti constatati nella decisione o se confrontato con la necessità di completare questi fatti, con riferimento alla motivazione del ricorso e del dossier dell'autorità convenuta (in questo senso: DTF 129 V 245 consid. 3.1. e 110 V 40 consid. 4a), provvederà a colmare le lacune. La dottrina (Métral, op. cit., n. 53) ricorda come il dovere d'esaminare d'ufficio i fatti è, in questo contesto: "limité par celui de la partie recourante d'alléguer les faits déterminants et de motiver son recours", ossia il c.d. "Rügenprinzip". Spetta al giudice una valutazione in questo senso, ossia ritenere il dossier completo o procedere mediante accertamenti istruttori, soprattutto in "absence de tout grief sur ce point dans l'acte de recours" sempre Métral (op. cit., loc. cit.) rammenta che: "Même en l'absence de grief de la partie recourante sur les constatations de fait et l'instruction en procédure administrative, un complément d'instruction doit être ordonné d'office au moins dans les cas où la lacune ressort clairement du dossier et dans lesquels il est probable qu'un complètement d'instruction aurait une

influence notable sur l'issue du litige". Quindi il Tribunale delle assicurazioni deve esaminare la fattispecie d'ufficio, senza essere vincolata dai motivi invocati dalle parti, potendo ammettere o respingere un ricorso indipendentemente dalle censure ricorsuali addotte o dalle ragioni considerate dalla Cassa (cfr. anche STFA del 5 gennaio 1999 nella causa M., inc. H 217/97 e conseguente STCA del 27 gennaio 2005, inc. 30.2004.49, nelle quali malgrado i ricorrenti avessero rinunciato, in ambito di condono, a rivendicare la condizione dell'onere troppo grave, si è entrati nel merito dell'impugnativa), e potendo accordare più di quanto chiede l'assicurato. In questo contesto, come noto, il giudice può procedere, laddove necessario, ad accertamenti e ciò, sempre, con il concorso delle parti. Questo obbligo di collaborazione all'istruzione consiste, anzitutto, nell'obbligo di produrre gli elementi probatori, prove necessarie alla luce della natura del litigio e dei fatti invocati, con il corollario del "risque de supporter les conséquences de l'absence de preuve", in questo senso anche DTF 125 V 193. Come rammenta poi la già citata STFA K35/05 del 17 agosto 2005: "... secondo giurisprudenza, l'assicuratore competente è obbligato a costituire un incarto completo contenente tutti i documenti pertinenti (DTF 124 V 372; RAMI 1999 no. U 344 pag. 416) - incombenza, questa, che la LPGa ha generalizzato con l'obbligo, sancito dall'art. 47 (recte: 46), di registrare per ogni procedura in materia di assicurazioni sociali in modo sistematico tutti i documenti suscettibili di essere determinanti - e a organizzarsi in modo tale da potere documentare adeguatamente il fondamento delle proprie richieste." Nel medesimo giudizio l'Alta Corte ha poi specificato che: "... il principio inquisitorio ... obbliga il giudice ad accertare d'ufficio i fatti rilevanti (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; cfr. DTF 130 I 183 consid. 3.2). Un onere della prova può tutt'al più essere concepito nella misura in cui, in mancanza di prove ("Beweislosigkeit"), la decisione risulta sfavorevole a quella parte che intende dedurre un suo diritto da una circostanza di fatto che è rimasta non provata (consid. 4.1 non pubblicato in RAMI 2003 no. KV 252 pag. 227). Questa regola trova tuttavia applicazione unicamente se l'istruttoria - condotta in ossequio al principio inquisitorio - non permette di ritenere quantomeno come verosimile - un giudizio di mera possibilità non potendo per contro bastare - l'esistenza di un fatto rilevante (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti)." Anche in assenza di una specifica contestazione da parte dell'assicurato nonostante il suo dovere di collaborare e presentare contestazioni, il giudice delle assicurazioni sociali, in base a quanto indicato nella STFA STF 35/05 consid. 3.3. e 3.4. del 17 agosto 2005 deve ritenere che: "l'assicuratore malattia, nei suoi provvedimenti ... non solo rende una decisione di merito sull'onere pecuniario di una persona assicurata, bensì, in qualità di istanza competente, è pure abilitato a respingere le opposizioni a un precetto esecutivo - e a determinare così la prosecuzione dell'esecuzione senza dovere promuovere una procedura di rigetto dell'opposizione ai sensi dell'art. 80 LEF (DTF 119 V 331 seg. consid. 2b con riferimenti) -, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a controllare in modo completo, in sede ricorsuale, simili domande. (...)" 7. Il caso all'esame pone, indirettamente, la questione della compensazione delle pretese assicurative con crediti dell'assicurato. In sostanza, come emerge dalle considerazioni di fatto, CO 1, dopo avere ottenuto il versamento pieno dei premi dei mesi iniziali dell'anno, successivamente al riconoscimento in favore della famiglia RI 1 della RIPAM, ha restituito - invece di compensarli con altri premi nel frattempo scaduti - i premi pagati in eccesso. Il tema è stato oggetto della recente STCA 36.2023.5 (citata in precedenza) e delle STF 9C_694/2023, 9C_695/2023, 9C_696/2023, 9C_697/2023, 9C_698/2023, 9C_699/2023, tutte datate 30 luglio 2024). Nel giudizio cantonale, cui quello federale fa riferimento per le considerazioni di diritto sul tema, si

ricorda come, in diritto, non sia possibile all'assicurato compensare un suo debito (per premi e partecipazione ai costi) con un credito preteso nei confronti della Cassa (tanto più se non ammesso e riconosciuto formalmente dall'assicuratore). Il Tribunale federale è stato più volte chiamato a decidere in merito al tema della compensazione tra pretese dell'assicuratore e quelle dell'assicurato ed ha sviluppato una giurisprudenza alla quale attenersi. In un giudizio del 16 luglio 1984 (DTF 110 V 183 c. 2 e 3.) l'Alta Corte si è espressa come segue: " Die Verrechenbarkeit sich gegenüberstehender Forderungen stellt nach Rechtsprechung und Lehre einen allgemeinen Rechtsgrundsatz dar, der für das zivile Recht 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 Sozialversicherungsrecht. In den meisten Zweigen der Sozialversicherung findet sich hierüber sogar eine gesetzliche Regelung, nämlich in Art. 20 Abs. 2 AHVG, Art. 50 IVG, Art. 96 Abs. 3 KUVG, Art. 50 Abs. 3 UVG, Art. 48 Abs. 3 MVG, Art. 2 Abs. 2 EOG, Art. 34 Abs. 2 AIVG, Art. 94 Abs. 2 AVIG. Dabei ist zu beachten, dass in allen diesen Bestimmungen das Verrechnungsrecht nur der Verwaltung und nicht auch dem Bürger eingeräumt wird. In der Krankenversicherung ist das Verrechnungsrecht nicht gesetzlich normiert. Indessen hat die Praxis - in Analogie zu den anderen Zweigen der Sozialversicherung, insbesondere zu Art. 20 Abs. 2 AHVG und dem altrechtlichen Art. 96 Abs. 3 KUVG - den Krankenkassen das Verrechnungsrecht zugestanden. Das ist zum Teil ausdrücklich gesagt, teils aber auch stillschweigend vorausgesetzt worden (BGE 108 V 45, BGE 100 V 134 Erw. 3, BGE 99 V 197 Erw. 3; RSKV 1974 Nr. 201 S. 143 Erw. 3 und 1973 Nr. 174 S. 124). (...) 3. (...) In dem in RSKV 1970 Nr. 78 S. 184 publizierten Urteil hat das Eidg. Versicherungsgericht das Recht des Versicherten zur Verrechnung gegenüber einer öffentlichen Krankenkasse verneint. Es stützte sich dabei auf Art. 125 Ziff. 3 OR, wonach Verpflichtungen gegenüber dem Gemeinwesen gegen dessen Willen nicht durch Verrechnung getilgt werden können. Da die damals betroffene öffentliche Krankenkasse als Teil einer Stadtverwaltung, somit eines Gemeinwesens, betrachtet wurde und da sich die Kasse mit der Verrechnung nicht einverstanden erklärt hatte, wurde der Verrechnungsanspruch des Versicherten verneint (Erw. 4 des zitierten Urteils). - Das in RSKV 1980 Nr. 411 S. 125 veröffentlichte Urteil hatte den Fall eines Versicherten zum Gegenstand, welcher die Verrechnung gegenüber einer Krankenkasse geltend machte, die als Genossenschaft organisiert war. Das Gericht erachtete die Verrechnung durch den Versicherten hier als zulässig, weil sich die Kasse als Genossenschaft nicht auf Art. 125 Ziff. 3 OR berufen könne (Erw. 2b des Urteils). Diese unterschiedliche Handhabung der Verrechnungsmöglichkeit, je nachdem ob die Verrechnung gegenüber einer privatrechtlich oder einer öffentlichrechtlich organisierten Krankenkasse geltend gemacht wird, vermag indessen nicht zu befriedigen. Bekanntlich weisen die Rechtsverhältnisse in einer privatrechtlich organisierten Krankenkasse sowohl zivilrechtliche als auch öffentlichrechtliche Elemente auf. Die letzteren überwiegen jedenfalls dort, wo es um die der Krankenkasse übertragene öffentliche Aufgabe geht, nämlich die Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch Erbringung von Leistungen einerseits und deren Finanzierung durch Beiträge der Versicherten andererseits. In diesem Rahmen ist es unerheblich, ob eine Krankenkasse privatrechtlich oder öffentlichrechtlich organisiert ist. Die Rechtsstellung des Versicherten bezüglich seines Versicherungsverhältnisses darf nicht von der Organisationsform der Kasse abhängen. Wie bereits dargelegt, ist in den meisten

Sozialversicherungsgesetzen des Bundes das Verrechnungsrecht geregelt. Übereinstimmend wird dieses Recht jeweils nur der Verwaltung eingeräumt; die gesetzlichen Formulierungen schließen ein Verrechnungsrecht des Versicherten aus. Der Grund für diese übereinstimmenden Regelungen liegt darin, dass nur die Verwaltung befugt ist, Verfügungen zu erlassen, d.h. einseitig und hoheitlich über Rechte und Pflichten der Versicherten zu befinden (vgl. Art. 5 VwVG). Hieraus ergibt sich die einseitige Zuerkennung des Verrechnungsrechtes an die Verwaltung. Das hat insbesondere auch für die Krankenversicherung zu gelten. Würde man in diesem Bereich das Verrechnungsrecht auch dem Versicherten zugestehen, so hätte es dieser in der Hand, zunächst von sich aus zu bestimmen, welche Kassenleistungen er für richtig hält, und damit die Krankenkasse zu veranlassen, eine Beitragsverfügung zu erlassen, bei der die Beiträge an sich gar nicht streitig sind, sondern eben die Leistungen. Zudem liegt es im Interesse der Vereinheitlichung des Sozialversicherungsrechts, auch in der Krankenversicherung das Recht zur Verrechnung einseitig nur den - öffentlichen und privaten - Krankenkassen einzuräumen. In diesem Sinne ist die bisherige Rechtsprechung zu ändern." In un giudizio reso in italiano (K 114/03 del 22 luglio 2005 consid. 6.6. e seguenti) l'Alta Corte ha ribadito come la legge non disciplini espressamente l'istituto della compensazione (Jean-Louis Duc : Non-paiement des primes de l'assurance-maladie obligatoire et suspension du droit aux prestations selon la LAMal; compensation dans le cadre de la LAMal, in: Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 468-469) confermando che, secondo dottrina e giurisprudenza, la compensazione di due reciproche pretese rappresenta un principio generale che nel diritto civile è espressamente ancorato agli art. 120 segg. CO (DTF 110 V 185 consid. 2; sentenza del 28 giugno 2004 in re W., B 76/03, consid. 2.2.1). Come evoca il TF nel giudizio citato: " Per l'art. 120 CO, quando due persone sono debitrice l'una verso l'altra di somme di denaro o di altre prestazioni della stessa specie, ciascuna di esse, purché i due crediti siano scaduti, può compensare il proprio debito col proprio credito (cpv. 1). Per il capoverso 2, il debitore può opporre la compensazione sebbene il suo credito sia contestato. Un credito prescritto può essere opposto in compensazione, se non era ancora prescritto al momento in cui poteva essere compensato coll'altro credito. (cpv. 3). A mente dell'art. 124 CO, che disciplina gli effetti della compensazione, la stessa non vi è se non quando il debitore manifesti al creditore la sua intenzione di usare del diritto di opporla (cpv. 1). I due crediti si riterranno allora reciprocamente estinti, per le quantità corrispondenti, al momento stesso in cui divennero a vicenda compensabili (cpv. 2). Restano fermi gli usi speciali dei conti correnti commerciali (cpv. 3). Il citato principio si applica anche nel diritto amministrativo; riservate disposizioni speciali, pretese e contro pretese di cittadino e Stato possono quindi in linea di massima essere compensate. Esso vale anche nel diritto federale delle assicurazioni sociali, e ciò pure nel caso in cui non è previsto espressamente (... DTF 110 V 185 consid. 2 e sentenza del 28 giugno 2004 in re W. consid. 2.2.1). (...) In ambito LAMI era permesso procedere tramite compensazione, tuttavia solo da parte della cassa malati, al fine di compensare premi rimasti impagati con prestazioni dovute in favore dell'assicurato (DTF 110 V 183; sentenza del 22 ottobre 2002 in re B., K 102/00, consid. 2; si veda anche Kündig, Die Verrechnung im Sozialversicherungsrecht, tesi Berna 1960, pag. 89-91). Precedentemente all'emanazione della sentenza pubblicata in DTF 110 V 183 la compensazione era considerata ammissibile per le casse malati private, mentre per quanto riguardava quelle di diritto pubblico si applicava l'art. 125 cifra 3 CO. A motivazione del cambiamento di giurisprudenza questa Corte aveva addotto che in altri ambiti delle

assicurazioni sociali la compensazione era prevista espressamente, ma era ammissibile solo da parte dell'amministrazione, perché disponeva del potere decisionale. Di conseguenza, ai fini di procedere ad un'unificazione dei vari settori delle assicurazioni sociali, il Tribunale federale delle assicurazioni aveva stabilito che, anche nell'ambito dell'assicurazione malattia, le casse, sia pubbliche che private, potevano procedere alla compensazione, non tuttavia gli assicurati. Quale ulteriore motivo a favore di questa soluzione era stato addotto il fatto che, tramite la compensazione, l'assicurato avrebbe potuto determinare quale prestazione dovuta dalla Cassa riteneva corretta, inducendo in tal modo quest'ultima ad emanare una decisione contributiva, quando in realtà non erano i contributi, bensì le prestazioni ad essere contestate (DTF 110 V 186).” Nel giudizio evocato il TF rammenta ancora come: " In RAMI 1992 no. K 896 pag. 138 inoltre questa Corte ha rifiutato di ammettere la possibilità, da parte di un assicurato, di compensare contributi dovuti con prestazioni, in quel caso indennità per perdita di guadagno, richiamando il principio della mutualità, e meglio del mantenimento di un'equivalenza tra prestazioni da un lato e contributi dall'altro, rispettivamente della garanzia che tutti gli assicurati beneficiassero, alle medesime condizioni, dei medesimi vantaggi. Secondo questa Corte la possibilità di imputare contributi non pagati su prestazioni dovute avrebbe favorito gli assicurati incapaci al lavoro, che avrebbero potuto mantenere la copertura assicurativa grazie alla compensazione - altrimenti in caso di mancato pagamento dei premi essa veniva infatti meno, non essendo possibile un pagamento retroattivo - rispetto agli assicurati sani (pag. 139 consid. 3b). Nella sentenza pubblicata in DTF 122 V 331 infine questa Corte ha nuovamente lasciato irrisolto il tema di sapere se al ricorrente fosse consentito estinguere un proprio debito invocando la compensazione (pag. 334 consid. 4). (...) In ambito LAMal, in cui non è prevista alcuna norma in tal senso, la questione non è stata finora risolta da questa Corte (cfr. sentenze del 6 agosto 2004 in re F., K 1/04, del 2 dicembre 2003 in re A., K 21/02, del 25 febbraio 2000 in re R., K 56/99, del 18 novembre 1999 in re A., K 184/98, e del 26 ottobre 1999 in re S., K 156/98). 6.4 Nel Messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 viene unicamente precisato che gli assicuratori devono far valere le proprie pretese anche per mezzo della compensazione (FF 1992 I pag. 113 all'art. 4). Il legislatore ha quindi considerato di principio ammissibile, come in ambito LAMI, far capo a questo istituto, per lo meno per quanto riguarda gli assicuratori malattia. Nulla vien detto per contro circa la possibilità di procedere in tal senso da parte degli assicurati. 6.5 Neppure la dottrina prende chiara posizione sul tema, limitandosi a rinviare alla sentenza pubblicata in DTF 122 V 331, secondo cui si intravederebbe una possibilità di apertura in favore degli assicurati (Eugster, op. cit., pag. 114 cifra marg. 225; Duc, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, n. 1042-1043; si veda tuttavia anche Duc, Recueil, pag. 468/470). 6.6 In data 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la LPGGA, il cui scopo è quello di coordinare questo settore del diritto, definendo tra l'altro principi, nozioni e istituti del diritto delle assicurazioni sociali (art. 1 lett. a LPGGA). Essa si applica alla LAMal in virtù del rinvio di cui all'art. 1 cpv. 1 LAMal (art. 2 LPGGA). Per quel che concerne la compensazione, va rilevato che detto istituto, indicato quale "multilaterale" (concernente cioè tutti i rami delle assicurazioni sociali considerati dalla legge e tutti i crediti corrispondenti), era previsto all'art. 34 del progetto di legge (FF 1991 II 249), il cui tenore, proposto dal Consiglio degli Stati, era il seguente: "L'assicuratore sociale può compensare le prestazioni pecuniarie di cui è debitore con i crediti che egli stesso o un altro assicuratore sociale deriva dai rapporti assicurativi con l'assicurato. Rimane garantito il minimo esistenziale secondo la legislazione sull'esecuzione e fallimento". La Commissione del Consiglio nazionale,

tuttavia, non contestando il principio della compensazione, ne ha proposto lo stralcio, che è stato accettato, adducendo che in molte assicurazioni debitori dei premi e assicurati non sono identici (come per esempio nell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti e in quella contro la disoccupazione); di conseguenza non sarebbe tollerabile che l'assicuratore riduca le prestazioni all'assicurato poiché ad esempio il datore di lavoro non ha ancora pagato i premi. La Commissione ha pertanto concluso che la questione della compensazione esulava da un'armonizzazione e che, quindi, ogni ambito delle assicurazioni sociali doveva determinare una propria soluzione (FF 1999 IV 3952; vedi pure DTF 125 V 323 e Kieser, op. cit., note preliminari, pag. 13 n 22). In questo giudizio il Tribunale federale ha quindi evidenziato come la questione dell'ammissibilità della compensazione andasse risolta settorialmente, ed ha, conseguentemente, esaminato se i motivi addotti in ambito LAMI, per escludere la possibilità di compensare, da parte degli assicurati, prestazioni con contributi non pagati fossero ulteriormente attuali, anche sotto l'egida della LAMal che ha tra l'altro introdotto l'assicurazione malattia obbligatoria. L'Alta Corte ha quindi evidenziato (consid. 8) che: " Nella più volte citata sentenza pubblicata in DTF 110 V 183, resa vigente la LAMI, questa Corte, alla ricerca di una soluzione uniforme per i vari settori delle assicurazioni sociali, aveva stabilito (...) che gli assicurati, contrariamente alle casse malati, non potevano procedere alla compensazione di prestazioni con contributi rimasti impagati. Il Tribunale aveva in sostanza ricondotto il motivo di tale disparità fra assicurati e assicuratori al fatto che la sola amministrazione disponeva del potere decisionale ai sensi dell'art. 5 PA e che l'assicurato, tramite l'istituto della compensazione, avrebbe avuto la possibilità di provocare una decisione della cassa in un ambito diverso da quello contestato (premi invece di prestazioni; cfr. pag. 186 in fine)." L'Alta Corte ha quindi deciso, per la prima volta in applicazione della LAMal, che la giurisprudenza menzionata dovesse essere: " (...) mantenuta anche sotto l'imperio della LAMal. Né dai lavori preparatori di quest'ultima legge, né da quelli della LPGa emergono indicazioni per un cambiamento della consolidata prassi che esclude la compensazione in favore degli assicurati in materia d'assicurazione contro le malattie. Inoltre va rilevato che le conseguenze della soluzione contraria appaiono piuttosto imprevedibili. La possibilità di potersi avvalere della compensazione, che equivarrebbe in pratica alla sospensione del pagamento dei premi da parte degli assicurati, ogni qualvolta una prestazione è contestata e dev'esserne pertanto chiarita la fondatezza tramite le usuali procedure previste dalla legge (art. 80 LAMal; art. 49, 51, 52 e 56 LPGa), potrebbe in effetti significare paralizzare l'operato delle casse malati, che, vista la durata delle procedure (anche esecutive), potrebbero vedersi private per lungo tempo del necessario finanziamento e perciò cessare di funzionare, senza poter sciogliere, a seguito dell'assicurazione obbligatoria, il rapporto assicurativo." Va qui ricordato come, il 1° gennaio 2012 è entrata in vigore una modifica della OAMal per cui: " Art. 105b Procedura di diffida 1 In caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi, l'assicuratore invia la diffida al più tardi entro tre mesi dall'esigibilità degli stessi. Egli la presenta separatamente da eventuali altri pagamenti in arretrato. 2 Se l'assicurato causa per propria colpa spese che avrebbero potuto essere evitate con un pagamento tempestivo, l'assicuratore può riscuotere adeguate spese amministrative, se una misura siffatta è prevista dalle disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi dell'assicurato. Art. 105c Esclusione della compensazione Gli assicuratori non possono compensare le prestazioni assicurative con premi o partecipazioni ai costi loro dovuti . " Su questi temi si veda anche Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. ed. 2016, pag. 607 n. 656. In un recente giudizio (STF 9C_317/2019 del

24 settembre 2019 il TF ha considerato come: " Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann aus dieser Verordnungsvorschrift nicht im Umkehrschluss gefolgert werden, dass es ihm als Versicherungsnehmer erlaubt sei, seine Ansprüche zu verrechnen. Vielmehr ist insofern von einem qualifizierten Schweigen des Verordnungsgebers auszugehen, da es einem allgemeinen Rechtsgrundsatz entspricht, dass gleichartige und fällige Geldforderungen zwischen den gleichen Rechtsträgern verrechenbar sind, sofern dies nicht durch besondere gesetzliche Regelungen ausgeschlossen ist (BGE 132 V 127 E. 6.1.1 S. 135 mit Hinweisen; Urteil 2C_589/2011 vom 17. November 2011 E. 3.3)." L'assenza di possibilità per l'assicurato di compensare i suoi debiti, specie per premi, con pretesi crediti nei confronti dell'assicuratore malattico, è costantemente confermata dalla giurisprudenza (STF 9C_723/2018 dell'8 novembre 2018 che richiama un precedente giudizio del 4 giugno 2009 STF 9C_379/2009; si veda ancora la giurisprudenza evocata da Gebhard Eugster in Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. ed., Schulthess Juristische Medien AG, 2018, p.178). Alla luce di questa costante prassi giudiziaria, specialmente dove un credito dell'assicurato non sia ammesso dall'assicuratore, non è data la possibilità di compensare premi, in sé non contestati come in concreto, con pretese vantate nei confronti della Cassa. Diversa la posizione dell'assicuratore in merito alla compensazione, come ricorda l'assicuratore nel doc. XVI pag. 2 in medio. Resta, in concreto, che CO 1 non ha compensato i suoi crediti, maturati e scaduti (come il suo regolamento per le coperture LAMal permette all'art. 11), per i premi successivi al febbraio 2023 ed ha restituito la somma pagata in eccesso all'assicurato (credito derivato dal riconoscimento della RIPAM). Per questo non può essere mosso rimprovero alla Cassa e, come appare dall'esame degli atti, ciò non ha avuto incidenza sul carico delle spese amministrative successivamente (come si vedrà oltre) domandate all'assicurato per i suoi ritardi e la necessità di sollecitarli, ammonirlo e quindi procedere nei suoi confronti per le vie esecutive. 8. In concreto, oltre al debito di CHF 3'148,80, l'assicuratore domanda il versamento di spese amministrative per complessivi CHF 250, pari a circa l'8% della somma pretesa. Occorre esaminare la correttezza di questa pretesa. Dal doc. 8 emerge che il debito preteso è stato oggetto di un sollecito, e questo senza la richiesta di versare, in parallelo, delle spese amministrative. Il doc. 9 vede invece un'ingiunzione (diffida) mossa al debitore e la pretesa, per ognuno dei 4 mesi sollecitati, del versamento di CHF 25 quali spese d'ingiunzione (in totale CHF 100). Nel PE doc. 11 le spese di natura amministrativa contemplate nell'esecuzione assommano invece a CHF 250. Il medesimo importo è ripreso nella decisione formale (doc. 12) senza motivazione alcuna. In sede di decisione su opposizione al punto 2.5. l'assicuratore spiega giuridicamente il tema, richiama il suo regolamento e si indica autorizzato a chiedere CHF 250. Nella DTF 125 V 276, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha ricordato che pure sotto l'imperio della nuova LAMal un assicuratore contro le malattie può esigere il pagamento in adeguata misura delle spese di diffida così come di spese supplementari cagionate da mora dell'assicurato al momento del versamento dei premi e della partecipazione ai costi, in quanto tali spese (al-le quali si sarebbe ovviato in caso di versamento tempestivo) siano addebitabili a colpa dell'interessato e le disposizioni generali sui diritti e gli obblighi degli assicurati contemplino una regolamentazione al riguardo. Questo principio è stato inserito nell'art. 105b cpv. 3 OAMal nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2011 (in precedenza, fino al 31 luglio 2007 figurava nell'art. 90 cpv. 5 OAMal) e nell'art. 105b cpv. 2 OAMal dal 1° gennaio 2012, secondo il quale se l'assicurato causa per propria colpa spese che avrebbero potuto essere evitate con un pagamento tempestivo, l'assicuratore può

riscuotere adeguate spese amministrative, se una misura siffatta è prevista dalle disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi dell'assicurato. In concreto CO 1 può quindi esigere il versamento di spese amministrative ma, da nessuna parte nei suoi scritti, motiva ragione precisa ed entità di tali importi. Solo le diffide trasmesse al debitore prevedono, complessivamente, una richiesta di CHF 100. Per il resto la somma non è motivata e non può, conseguentemente, essere assecondata (apparendo in ogni caso eccessiva e sproporzionata rispetto all'entità del credito e in rapporto all'attività svolta per l'incasso: v. doc. 8, 9, 10 e 12). A cosa siano da ricondurre le ulteriori spese di CHF 150 non è indicato: si tratta di scritturazioni (quali alla luce degli atti?) o della formazione e gestione di un dossier specifico? (ciò che non è sostenuto). Appare qui giustificato riconoscere quindi l'importo di CHF 100 siccome giustificato dalle ingiunzioni intimate al debitore mentre per il resto la pretesa deve essere respinta. 9. Con la decisione su opposizione impugnata l'assicuratore ha condannato l'insorgente anche al pagamento degli interessi di mora al 5% sui premi dovuti. Secondo l'art. 90 OAMal i premi devono essere pagati in anticipo e di regola mensilmente. A norma dell'art. 105a OAMal, il tasso degli interessi di mora sui premi scaduti (in consonanza anche con l'art. 26 cpv. 1 LPGA) è del 5% annuo. Ne segue che il prelevamento degli interessi di mora va confermato. RI 1 deve quindi versare all'assicuratore l'importo di CHF 3'148,80, oltre a CHF 100 a titolo di spese amministrative. Sui premi, per i seguenti importi, sono dovuti interessi al 5% per i periodi specificati: · per il premio del mese di giugno 2023 è dovuto un interesse al 5% dal 1° giugno al 30 giugno 2023 su CHF 788,50; · per i premi maturati al 1° luglio 2023 per CHF 1'577 (CHF 788.5 x 2) l'interesse corre dal 1° luglio al 31 luglio 2023; · per i premi maturati al 1° agosto 2023 pari a CHF 2'365,50 (ossia: CHF 788.5 x 3) l'interesse è dovuto dal 1° al 31 agosto 2023; · sull'importo complessivo dei premi, ossia CHF 3'148,80, è dovuto un interesse dal 1° settembre 2023. 10. Con il suo gravame l'assicurato postulala la concessione di un pagamento rateale del suo debito alla luce delle particolari, e comprensibili, difficoltà economiche in cui versa, raffrontate agli impegni famigliari. Nel caso all'esame il Regolamento dell'assicuratore prodotto agli atti non consente all'assicurato di ottenere un pagamento rateale del debito, per cui CO 1 non può esservi obbligata. 11. In base a quanto precede il ricorso è parzialmente accolto. Non essendo rappresentato da un legale all'assicurato non sono riconosciute ripetibili. Non sono prelevate tasse e spese giudiziarie. L'art. 61 lett. f bis LPGA prevede che per le controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Il Tribunale federale, nella sentenza 8C_265/2021 del 21 luglio 2021, al considerando 4.4.1 ha evidenziato che "(...) eliminando il principio della gratuità generalizzata di cui all'art. 61 lett. a LPGA, il legislatore federale non ha voluto imporre in maniera generalizzata per tutta la Svizzera l'applicazione di spese giudiziarie al di fuori del campo di applicazione dell'art. 61 lett. f bis LPGA, ma ha lasciato ai Cantoni la libertà di disciplinare la questione. Nulla impedisce a un Cantone in tale contesto di prevedere la gratuità della procedura integralmente o soltanto per alcune controversie (FF 2018 1334; BU 2018 S 668 segg; BU 2019 N 329 segg.). Se però un Cantone desidera imporre spese al di fuori del campo di applicazione dell'art. 61 lett. f bis LPGA, trattandosi di un tributo causale, deve prevedere una base legale formale chiara ed esplicita (art. 127 Cost.; DTF 145 I 52 consid. 5.2; 143 I 227 consid. 4.3.1; 124 I 241 consid. 4a, con riferimenti; UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 2020, n. 209 ad art. 61 LPGA) ".

Nel Cantone Ticino vige tuttora il principio della gratuità generalizzata (STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022, consid. 5; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021, consid. 4.4.3), perciò nel presente caso non si riscuotono spese giudiziarie. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

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