

TI_GERICHTE 36.2024.35 vom 16. Dezember 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-12-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2024.35

FR: TI_GERICHTE 36.2024.35 du 16 décembre 2024

IT: TI_GERICHTE 36.2024.35 del 16 dicembre 2024

Erwägungen

E. 30

giorni e indicandogli le conseguenze della mora ...” , le conseguenze della mora sono quelle previste al capoverso 2 della norma ossia: “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” . In merito al mancato ossequio dei precetti formali della norma da parte dell’assicuratore, il TF si è pronunciato nella DTF 131 V 147 consid. 5 (questa giurisprudenza è fondata sul tenore dell’art. 9 cpv. 1 OAMal in vigore sino alla fine del 2002 il cui testo prevedeva: "Se, nonostante diffida, l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi scaduti, l'assicuratore deve promuovere una procedura esecutiva" , sostituita poi dal precedente tenore dell’art. 90 cpv. 3 OAMal di tenore pressoché uguale). L’Alta Corte ricorda che il tenore della norma è chiaro: " Der Wortlaut ist insoweit klar, als dass ein Vollstreckungsverfahren zwingend einzuleiten ist, wenn die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht beglichen hat. Hingegen ist er nicht eindeutig hinsichtlich der Frage, ob - so die Überzeugung der Vorinstanz - das Vollstreckungsverfahren umgekehrt auch nur eingeleitet werden kann, wenn die fälligen Ausstände vorgängig gemahnt worden sind, oder - so im Ergebnis die Auffassung der Beschwerdeführerin - fällige Forderungen auch ohne spezielle Zahlungserinnerung direkt in Betreuung gesetzt werden können. Der vom Verordnungsgeber gewählte Satzaufbau gibt hierzu keine eindeutige und unmissverständliche Antwort. (...) Indessen wäre die Bestimmung ohne die gleichzeitige Verpflichtung des Versicherers, sämtliche fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen zwingend zu mahnen, ihres Sinnes beraubt. Denn diesfalls wäre letztlich der Entscheid, ob eine fällige Forderung auf dem Betreuungsweg durchgesetzt werden soll oder nicht, dem Versicherungsträger anheimgestellt: Mahnt er, muss er bei ausgebliebener Zahlung zwingend das Vollstreckungsverfahren einleiten; verzichtet er auf die Zahlungserinnerung, muss er die Ausstände auch nicht auf dem Betreuungsweg vollstrecken und allfällige Krankheitskosten und Prämienausstände gingen damit zu Lasten der Versichertengemeinschaft. Dies widerspricht aber der gesetzlichen Zahlungspflicht des Versicherten (Art. 61 und 64 KVG), welche mit Blick auf die in der sozialen Krankenversicherung geltenden Grundsätze der Gegenseitigkeit und der Gleichbehandlung der Versicherten (Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG) auf der anderen Seite vom Krankenversicherer verlangt, Ausstände einzufordern (vgl. EVGE 1967 S. 11 Erw. 3b; bestätigt in RSKV 1973 Nr. 178 S. 155 Erw. 3).” In quel giudizio l’Alta Corte ha esaminato la conformità costituzionale e alla legge dell’imposizione di passare, prima dell’esecuzione, attraverso una procedura di solleciti e diffide obbligatoria. Il TF ne ha concluso che l’obbligo previsto dall’ordinanza di procedere a una diffida per premi e partecipazioni ai costi prima di promuovere la procedura esecutiva è conforme alla Costituzione e alla legge.

(consid. 6): " 6.1 Die Erfüllung der Prämienzahlungs- und der Kostenbeteiligungspflicht durch die Versicherten ist - wie bereits erwähnt - für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung (Art. 60 ff. KVG) und damit den Gesetzesvollzug unentbehrlich. Art. 88 Abs. 2 KVG (in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung; nunmehr: Art. 54 ATSG) bestimmt, dass die gemäß Art. 88 Abs. 1 KVG vollstreckbaren Verfügungen und Einsprache entscheide, die auf Geldzahlung oder Sicherheitsleistung gerichtet sind, vollstreckbaren Urteilen im Sinne von Art. 80 SchKG gleichstehen. Ansonsten finden sich keine weiteren Bestimmungen zur Durchsetzung der Geldforderungen; auch keine solchen, die den Bundesrat ausdrücklich ermächtigen, die Vollstreckung näher auf Verordnungsebene zu regeln (BGE 125 V 273 Erw. 6c). Indessen ist er in Art. 96 KVG allgemein beauftragt, Ausführungsbestimmungen zu erlassen. 6.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat bereits an anderer Stelle entschieden, dass auf Grund dieser Gesetzeslage neben der Zwangsvollstreckung nach SchKG in der KVV keine weiteren Formen des Vollzugszwangs eingeführt werden dürfen (BGE 125 V 266, insbesondere 272 ff. Erw. 6). Die im SchKG geregelte Ordnung der Zwangsvollstreckung von Geldforderungen verlangt für die Erteilung der Rechtsöffnung nur, dass die betriebene Forderung fällig ist (STAEHELIN/BAUER/STAEHELIN [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs, SchKG I, Art. 1-87, Basel 1998, N 39 zu Art. 80 und N 77 zu Art. 82, je mit Hinweisen). Alt Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV bestimmt dagegen, dass fällige Prämien und Kostenbeteiligungen erst nach vorgängiger Mahnung der Zwangsvollstreckung nach SchKG zugeführt werden dürfen. Damit wird jedoch keine neue Form der Zwangsvollstreckung geschaffen, sondern es werden lediglich deren Modalitäten für Prämien und Kostenbeteiligungen näher umschrieben. Der Gläubiger ist gefordert, neben dem geltend gemachten Ausstand dessen Mahnung durch Urkunde nachzuweisen, es sei denn, beides werde von der Gegenpartei ausdrücklich anerkannt oder wenn beides notorisch oder gerichtsnotorisch ist (in diesem Sinne ebenso bei zur Vollstreckung anstehenden suspensiv bedingten Forderungen: PETER STÜCHELI, Die Rechtsöffnung, Diss. Zürich 2000, S. 116 und 203; STAEHELIN/BAUER/STAEHELIN, a.a.O., N 44 zu Art. 80). Macht die Verwaltungsbehörde dagegen von der weitaus häufiger anzutreffenden Möglichkeit Gebrauch, einen im Rahmen des von ihr eingeleiteten Betreibungsverfahrens erhobenen Rechtsvorschlag selbst als ordentlicher Richter im Sinne von Art. 79 SchKG zu beseitigen (BGE 119 V 331 Erw. 2b, BGE 128 III 41 Erw. 2; Pra 2003 Nr. 31 S. 159 Erw. 4; vgl. ROTH, Die Krankenkasse als Rechtsöffnungsrichter in eigener Sache, in: Festschrift 75 Jahre Konferenz der Betreibungs- und Konkursbeamten der Schweiz, Basel 2000, S. 235, sowie grundsätzlich AMONN/WALTHER, Grundriss des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts, 7. Aufl. 2003, § 19 Rz 15 u. 15a), wird sie dies ebenfalls nur tun dürfen, falls vorgängig gemahnt worden ist. Alt Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV verstößt entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung ebenso wenig gegen betreibungsrechtliche Grundsätze. Zwar mag darin ein gewisser Widerspruch zur für privatrechtliche Rechtsverhältnisse geltenden Regelung erblickt werden, wonach die Mahnung einer fälligen Forderung im Rechtsöffnungsverfahren nur dann von selbständiger Bedeutung ist, wenn Verzugszinsen im Streit stehen (Art. 102 in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 OR; vgl. BGE 129 III 541 Erw. 3.2). In Frage steht indessen die öffentlich-rechtliche "Zwangsvollstreckung" und das KVG schreibt keine analoge Anwendung des OR oder einzelner seiner Bestimmungen vor. 6.3 Das Versicherungsobligatorium zeichnet sich dadurch aus, dass die versicherungspflichtige Person bei einem Versicherungsträger nach Art. 11 KVG ungeachtet der persönlichen

wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zwingend im vom Gesetzgeber näher definierten obligatorischen Umfang angeschlossen sein muss und die entsprechenden Prämien (Art. 61 KVG) wie auch Kostenbeteiligungen (Art. 64 KVG) zu tragen hat (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Rz 331 und 342). Wenn der Bundesrat mit Rücksicht auf das Versicherungsobligatorium bei fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen in alt Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV eine Mahnung verlangt, ehe der Versicherungsträger zur Vollstreckung schreitet, ist darin insbesondere im Hinblick auf die den Kassen offenstehende Möglichkeit, sich selber im Anerkennungsprozess gemäss Art. 79 SchKG die Rechtsöffnung zu erteilen, ein vernünftiger Grund zu erblicken. Als willkürlich kann diese Bestimmung nicht bezeichnet werden, auch wenn sich die vom Bundesrat getroffene Regelung im Einzelfall ausnahmsweise als wenig zweckmässig erweisen mag, etwa wenn sich die versicherte Person aus grundsätzlichen Überlegungen von vornherein einer Prämienzahlung verweigert. Der mit einem solchen Prozedere verbundene, im Allgemeinen eher geringfügige Mehraufwand der Kassen ist hinzunehmen. 6.4 Gesamthaft gesehen ist die vorgängige Mahnung gemäss alt Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV durch die allgemeine, einen weiten Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene einräumende Delegationsnorm von Art. 96 KVG gedeckt. Weder fällt die Verordnungsbestimmung offensichtlich aus dem Rahmen der dem Bundesrat im Gesetz delegierten Kompetenz noch ist sie aus anderen Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig. Dem Verordnungsgeber wäre es jedoch nicht verwehrt, die Bestimmung differenzierter auszugestalten, so dass Fälle, in denen das vorbehaltlose Mahnerfordernis von vornherein einen Leerlauf produziert, davon ausgenommen sind.” In un successivo giudizio l’Alta Corte ha ribadito le sue conclusioni. In discussione era una procedura d’incasso relativa a premi non preceduta, come correttamente avrebbe dovuto, da richiami e diffide, ma sfociata subito in un precetto esecutivo (PE). Il Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone di Argovia, cui l’assicurato si è aggravato contro la decisione resa su opposizione dall’assicuratore, ha in parte accolto il ricorso. L’assicurato è stato riconosciuto debitore dei premi pretesi dall’assicuratore, e obbligato al versamento dei medesimi, ma la Corte non ha invece obbligato il medesimo al pagamento delle spese di sollecito e diffida e non ha rigettato l’opposizione al PE che la Cassa aveva fatto notificare al debitore. Nelle sue considerazioni il TF (cfr. STF 9C_78/2016 e 9C_79/2016 del 21 luglio 2016 consid. 3.2.) ha, in particolare, fatto riferimento alla giurisprudenza appena esposta ribadendo che: " Prämienausstände allein nicht zur Anhebung einer Betreibung berechtigen. Vielmehr hat der Versicherer einer versicherten Person vorerst nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen.” 2.4. Nel caso concreto, a RI 1, CO 1 chiede il pagamento di premi sia propri, sia della coniuge, sia della figlia minorennе _____ . L’importo postulato dall’assicuratore appare in sé corretto (siccome desumibile dalle polizze prodotte agli atti) e, come tale, non è contestato dall’assicurato. Si tratta dei premi dovuti dai membri della famiglia _____ per i mesi di luglio, settembre, ottobre, novembre e dicembre 2023 (inc. 36.2024.35 e 37). Partecipazioni ai costi sono invece chieste nell’ambito della procedura formante l’inc. 36.2024.37. Si tratta, come recita la decisione resa su opposizione del 16 luglio 2024, delle partecipazioni alle spese di cura del 18 agosto e 8 settembre 2023, spese il cui preteso rimborso sarà esaminato più avanti in corso di motivazione. 2.5. Per quanto riguarda la “ legittimazione passiva ” del ricorrente, va rilevato come la solidarietà per il pagamento dei premi della moglie

(rispettivamente del marito) di un/una assicurato/a, è stata in particolare oggetto della recente STCA 36.2024.20 del 23 settembre 2024, ed ancora della STCA 36.2023.5 ed il relativo giudizio federale STF 9C_694/2023 (per non citarne che due). Più dettagliatamente, in una sentenza K 60/00 del 18 novembre 2002 (pubblicata in DTF 129 V 90), il Tribunale federale ha 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 (si vedano le STF del 29 ottobre 2012 9C_14/2012 consid. 4 e 9C_756/2016 del 18 gennaio 2017, in particolare consid. 2.1.). Il ricorrente contesta genericamente il suo obbligo argomentando semplicemente che gli assicurati sarebbero 3 (e non lui solo) e che non gli potrebbe essere riconosciuta la "legittimazione passiva". La tesi, per quanto riferibile alla consorte, non può essere seguita in base alla citata giurisprudenza federale (e cantonale) pubblicata ed ampiamente nota.

2.6. Per quanto attiene ai premi della figlia _____, minorenni, vanno qui evocati gli art. 163 CC in uno con l'art. 272 CC per cui: " I genitori ed i figli si devono vicendevolmente l'assistenza, i riguardi e il rispetto che il bene della comunione richiede." Secondo l'art. 276 CCS il mantenimento da parte dei genitori consiste nella cura, nell'educazione e in prestazioni pecuniarie. I genitori provvedono in comune, ciascuno nella misura delle sue forze, al debito mantenimento del figlio e assumono in particolare le spese di cura, di educazione, di formazione e delle misure prese a sua tutela. Essi sono liberati dall'obbligo di man-tenimento nella misura in cui si possa ragionevolmente pretendere che il figlio vi provveda da sé con il provento del suo lavoro o con altri mezzi. Come rammenta l'art. 277 cpv. 1 CCS l'obbligo di mantenimento dura fino alla maggiore età del figlio. Se, raggiunta la maggiore età, il figlio non ha ancora una formazione appropriata, i genitori, per quanto si possa ragionevolmente pretendere da loro dato l'insieme delle circostanze, devono continuare a provvedere al suo mantenimento fino al momento in cui una simile formazione possa normalmente concludersi (su questi aspetti: Francesca Ranzanici : L'entretien de l'enfant majeur, Ed. Weblaw, 2011, Berna; si veda inoltre la STCA 36.2023.3 del 14 dicembre 2023). L'obbligo di pagamento del premio dei figli minorenni (come qui siccome _____ è nata il _____ 2022) incombe quindi ai genitori come prevede l'art. 276 CCS. Il TF ha ritenuto che i genitori sono responsabili solidalmente unicamente per quanto attiene il pagamento dei premi dei figli sin quando siano minorenni, i figli maggiorenni sono invece responsabili per il pagamento del loro premio e delle loro partecipazione ai costi (STF 9C_660/2007 del 25 aprile 2008, consid. 3.2.). Con riferimento ai premi dei figli minorenni, con vigenza dal 1° gennaio 2024 è stata introdotta nella LAMal una nuova norma: l'art. 61a LAMal che reca la marginale "Debitore dei premi dei figli". La legge impone quanto segue: " 1 I premi del figlio sono esclusivamente coperti dai genitori fino alla fine del mese in cui diventa maggiorenne. Il figlio non può essere tenuto responsabile di questi premi nemmeno una volta raggiunta la maggiore età. 2 I premi sono coperti dai genitori in modo solidale. Se un genitore attesta che, in virtù di un contratto di mantenimento o di una decisione giudiziaria, è obbligato a pagare all'altro genitore contributi di mantenimento per il figlio che comprendono i premi e che questi contributi di mantenimento sono stati pagati, soltanto l'altro genitore è debitore

dei premi.” Quanto indicato per i premi, sulla scorta delle medesime basi, vale per l’obbligo di solvere le partecipazioni ai costi di cura oggetto dell’inc. 36.2024.37 a carico di _____ (spese pediatriche) e della moglie del ricorrente (spese di vaccino durante la gravidanza). Questo tema sarà trattato più avanti (consid. 2.8). Si osservi come, a seguito della modifica legislativa in vigore dal 1° gennaio 2024 che ha introdotto il capoverso 1 bis dell’art. 64 LAMal, la partecipazione ai costi per i figli è coperta, fino alla fine del mese in cui diventano maggiorenni, esclusivamente dalle persone debentrici dei premi. I figli non possono essere tenuti responsabili di questa partecipazione ai costi nemmeno una volta raggiunta la maggiore età; le esecuzioni avviate nei loro confronti per questo motivo sono nulle. Va qui soggiunto che, in base alle norme transitorie della modifica legislativa approvata il 18 marzo 2022 ed entrata in vigore il 1° gennaio 2024, “ gli articoli 61a e 64 capoverso 1 bis si applicano agli assicurati ancora minorenni al momento dell’entrata in vigore della modifica del 18 marzo 2022. Si applicano anche ai premi, alle partecipazioni ai costi, agli interessi di mora e alle spese di esecuzione di questi assicurati non ancora pagati al momento dell’entrata in vigore ”. Non sussiste alcun dubbio che il ricorrente possa essere considerato debitore dei premi della figlia, da un lato, e della moglie dall’altro. In merito alla modifica legislativa in vigore da inizio di quest’anno ci si riferisca al Rapporto esplicativo della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati del 27 gennaio 2021 relativo all’ “ Iniziativa cantonale. Complemento all’articolo 64a della legge federale sull’assicurazione malattie concernente l’esecuzione dell’obbligo di pagare i premi da parte degli assicurati ” pubblicato nel FF 2021 745. 2.7. In concreto l’importo dei premi richiesto dall’assicuratore non è stato in sé contestato dal ricorrente, giurista e cognito in materia. L’importo va quindi ritenuto in questa sede. L’assicuratore ha prodotto agli atti le polizze assicurative (doc. 2) dalle quali sono desumibili i premi dei tre membri della famiglia _____ assicurati presso CO 1 nel 2023 (un’altra figlia del ricorrente è assicurata presso altra Cassa malati), che ammontavano per i genitori a CHF 341,60 e per la figlia _____ a CHF 105,10. La somma di questi premi è correttamente cifrata in CHF 788,30 da parte della Cassa. Il ricorrente non ha indicato di avere soluto i premi pretesi dall’assicuratore per i mesi indicati in precedenza e non ha, soprattutto, comprovato tale pagamento. Il debito preteso dalla Cassa appare quindi assolutamente corretto. Si tratta dei premi per i mesi di luglio 2023 (inc. 36.2024.35) e per i mesi da settembre a dicembre 2023 (inc. 36.2024.37). RI 1 è quindi debitore nei confronti di CO 1 dei seguenti importi: - premi luglio 2023 CHF 788,30 - premi settembre a dicembre 2023 CHF 3’153,20 2.8. Nell’ambito dell’inc. 36.2024.37 l’assicuratore domanda il pagamento di partecipazioni ai costi per complessivi CHF 121 riferiti a cure prestate nel corso del 2023 in favore della moglie del ricorrente _____ e della piccola _____ (doc. 27 inc. 36.2024.37). Le cure in favore della signora _____ sono state fornite dalla sua ginecologa dott. _____ nel periodo corrente dal 27 giugno al 27 luglio 2023. Le medesime sono state fatturate per CHF 1’462,60. Trattandosi di prestazioni di maternità, e quindi esenti da partecipazione per la gravidanza in corso, CO 1 ha ritenuto di porre a carico dell’assicurata l’importo di CHF 36,25 siccome prestazione di natura preventiva. Le cure in favore della piccola _____ sono state prestate dalla dott. _____ nel periodo corrente dal 13 gennaio al 25 luglio 2023, e fatturate per CHF 847,60. CO 1 ha applicato un’aliquota di partecipazione del 10% pari a CHF 84,75. Si ha così l’importo di CHF 121 (ossia: CHF 36,25 + CHF 84,75 = CHF 121). Le fatture sono contenute agli atti, si tratta dei doc. 30 e 31 dell’inc. 36.2024.37. Queste partecipazioni ai costi di cura sono state conteggiate il 18 agosto e l’8 settembre 2023 (doc. 9 e 10). In particolare nelle sue

penultime osservazioni presentate al Tribunale cantonale delle assicurazioni (doc. V del 22 ottobre 2024) così come nelle ultime (doc. X) il ricorrente contesta queste partecipazioni ed in particolare la fatturazione della pediatra e non si capacita del fatto che CO 1 abbia soluto detta fattura senza svolgere istruttoria e senza accertamenti. Per i costi richiesti con riferimento alle cure della dott. _____, operante in uno studio pediatrico di _____, il ricorrente contesta quindi di dovere l'importo siccome non concorda con i termini della fattura della professionista. Per quanto attiene alla fatturazione della ginecologa invece, a suo avviso, la partecipazione richiesta per le cure alla moglie (per la gravidanza a rischio) non poteva essergli fatturata. Egli si esprime, in particolare, come segue su questi aspetti: " (...) Altri cenni di replica meritano le partecipazioni ai costi, a tale riguardo si precisa che le prestazioni della ginecologa dr.ssa _____ tutte erano tese in riferimento ad una cd "gravidanza a rischio", come ben potrà confermare anche la dottoressa _____, pertanto alcuna partecipazione potrebbe essere chiesta, in quanto non siamo in presenza di una semplice gravidanza, bensì a "rischio", elemento determinante, ritenuto che la cd "prevenzione", seppur altra ipotesi contestata (dato che tutto ciò che è prevenzione dovrebbe essere garantito e non escluso, visto che lo scopo dovrebbe essere la tutela della salute della persona). Infatti lo stesso art. 26 Legge federale sull'assicurazione malattie prevede l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle "misure preventive in favore di assicurati particolarmente in pericolo", nota la circostanza a CO 1 dello status di gravidanza a rischio, circostanza ripetiamo, che ben potrà essere confermata dalla dr.ssa _____, anche con l'esibizione di tutte le cartelle mediche in suo possesso. (...) Inoltre, per quanto concernono invece le partecipazioni della dr.ssa _____, in allegato si produce contestazione delle prestazioni della stessa effettuata di recente (inviata anche a CO 1) con storno delle stesse effettuate, quindi con richiesta di restituzione di tutta la documentazione, ad oggi non trasmessa, anzi negata, in quanto sarebbe trasmissibile solo al nuovo pediatra, assunto del tutto infondato dato che gli scriventi sono i diretti interessati; tale circostanza ai fini di meglio inquadrare tali posizioni e quindi le stesse fatture riportate da CO 1; infatti, le fatture prodotte, mai consegnate allo scrivente, visionabili quindi solamente ora, riportano copiose "consultazioni" e "consultazioni telefoniche", che sinceramente non se ne comprende natura e tipo di svolgimento in concreto, che appaiono senz'altro ripetitive, contestate e da accertare. Anche a tal fine CO 1 non pare svolga e non metta in condizione di conoscere l'assicurato delle partecipazioni delle prestazioni, poi pretese. (...)" (doc. V punti 6-7, inc. 36.2024.37) In merito a tali aspetti in particolare, RI 1 ritiene violato il suo diritto di essere sentito siccome la Cassa non lo avrebbe convocato per presentare verbalmente le sue contestazioni sia riferite alle partecipazioni ai costi sia per quanto riferito ai premi. Da notare come, a fronte della decisione formale del 31 maggio 2024 (doc. 25 inc. 36.2024.37), egli abbia contestato genericamente le partecipazioni ai costi fatturate sostenendo che la Cassa pretenderebbe importi non dovuti, chiedendo un'audizione personale all'amministrazione che la medesima non ha ossequiato. 2.9. In merito alla pretesa mancata convocazione da parte di CO 1 occorre rilevare come, in base all'art. 42 LPGA, " Le parti hanno il diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione ". La dottrina (Anne-Sylvie Dupont in CR LPGA ad art. 42 n. 10) ricorda come " Le droit d'être entendu peut-être exercé à tout moment par les parties, qui peuvent notamment exiger en tout temps la consultation du dossier (cf. art. 47 N 6 ss) et faire valoir leur point de vue, en cours d'instruction déjà. ... Le droit d'être entendu n'entraîne toutefois pas, pour les parties, la garantie de pouvoir être

entendues de manière illimitée dans le temps, ni de pouvoir obtenir l'administration de toutes les preuves qu'elles désirent 33. L'assureur social est en effet fondé à apprécier de manière anticipée les preuves d'ores et déjà réunies et, sous réserve d'une décision arbitraire, d'estimer que les nouveaux éléments requis ne sont pas de nature à influencer sa décision³⁴. Il en va de même pour l'autorité judiciaire en procédure de recours." Al successivo punto (12) la prof. Dupont rileva ulteriormente come: " En matière d'assurances sociales, la procédure se déroule principalement par écrit. L'art. 42 LPGa ne garantit pas à l'assuré le droit d'être entendu par oral." 2.10. In concreto la Cassa non ha violato il diritto di essere sentito del signor RI 1 non convocandolo nella fase amministrativa per un'audizione personale, rispettivamente successivamente all'opposizione alle decisioni formali e prima dell'emanazione delle decisioni su opposizione. Egli ha potuto, infatti, esprimersi dettagliatamente e specificatamente nel corso della procedura dinanzi all'amministrazione, presentando la documentazione che riteneva opportuna, ciò che ha fatto in particolare con l'opposizione alla decisione 31 maggio 2024 (doc. 26 inc. 36.2024.37) e all'opposizione del 5 marzo 2024 alla decisione formale del 5 febbraio 2024 (doc. 13 inc. 36.2024.35). Come indicato egli non poteva pretendere invece di essere sentito personalmente, ciò che – in quanto avvocato abilitato all'esercizio nel Cantone Ticino – non poteva non sapere. D'altro canto il diritto di essere sentito su tutti gli aspetti, invocato in maniera generica dall'assicurato senza una specifica di dettaglio su tale lamentela, è stato comunque adeguatamente garantito al signor RI 1 nelle more della procedura, sia amministrativa sia, soprattutto, giudiziaria, come evocato nelle considerazioni di diritto punto 2.4. e 2.5. della STCA 36.2024.8. L'argomento del ricorrente non è quindi di pregio, fatto salvo quanto sarà indicato per la partecipazione ai costi delle cure prestate alla moglie nelle considerazioni seguenti. 2.11. La partecipazione alle prestazioni mediche fatturate al ricorrente sono state conteggiate dall'assicuratore il 18 agosto e l'8 settembre 2023. I conteggi sono consegnati agli atti ai doc. 9 e 10. Dagli stessi è perfettamente desumibile la natura delle prestazioni, l'operatore sanitario che le ha fornite, tempi delle cure ed importi fatturati. In base all'art. 59 cpv. 1 OAMal, i fornitori di prestazioni devono trasmettere agli assicuratori malattia tutte le indicazioni amministrative e mediche necessarie alla verifica del calcolo della remunerazione e dell'economicità delle prestazioni conformemente all'art. 42 cpv. 3 e 3 bis LAMal. Devono fornire in particolare le indicazioni seguenti: a. le date delle cure; b. le prestazioni dispensate, dettagliate secondo la tariffa determinante; c. le diagnosi e le procedure necessarie al calcolo della tariffa applicabile; d. il numero d'identificazione della tessera d'assicurato ai sensi dell'art. 3 cpv. 1 lettera f dell'ordinanza del 14 febbraio 2007 sulla tessera d'assicurato per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; e. il numero AVS. Giusta l'art. 59 cpv. 2 OAMal, il fornitore di prestazioni emette due fatture separate per le prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e per le altre prestazioni. In virtù dell'art. 59 cpv. 4 OAMal, i fornitori di prestazioni assicurano che le loro fatture siano chiare per gli assicurati e che in particolare indichino in modo comprensibile il genere, la durata e il contenuto delle cure. L'art. 42 LAMal dispone infatti, in particolare, quanto segue: " 1 Se assicuratori e fornitori di prestazioni non hanno convenuto altrimenti, l'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicurato ha diritto di essere rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante). In deroga all'articolo 22 capoverso 1 LPGa, tale diritto è cedibile al fornitore di prestazioni. 2 Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante). In deroga al capoverso 1, in caso di cura

ospedaliera l'assicuratore è debitore della sua parte di remunerazione. 3 Il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure trasmettergli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Nel sistema del terzo pagante il fornitore di prestazioni trasmette all'assicurato, senza che questi debba farne richiesta, una copia della fattura inviata all'assicuratore. Il fornitore di prestazioni e l'assicuratore possono convenire che tale trasmissione incomba all'assicuratore. La trasmissione può avvenire anche per via elettronica. In caso di cura ospedaliera, l'ospedale attesta separatamente la quotaparte del Cantone e quella dell'assicuratore. Il Consiglio federale disciplina i particolari. 3bis I fornitori di prestazioni devono indicare nella fattura di cui al capoverso 3 le diagnosi e le procedure in forma codificata, conformemente alle classificazioni previste nella pertinente edizione svizzera pubblicata dal Dipartimento competente. Il Consiglio federale emana disposizioni d'esecuzione sulla rilevazione, il trattamento e la trasmissione dei dati, nel rispetto del principio di proporzionalità." La Cassa, qui terzo pagante, ha conteggiato le prestazioni fatturate dai fornitori di prestazioni, ossia la ginecologa della moglie e la pediatra della figlia, sulla scorta dei doc. 30 e

E. 31

prodotti agli atti (inc. 36.2024.37). I fornitori di prestazioni dovevano trasmettere alle beneficiarie delle prestazioni medesime una copia della fattura per le verifiche del caso, e ciò senza necessità di farne richiesta. In caso di omissione sarebbe stato compito delle assicurate (eventualmente per il tramite del ricorrente) sollecitare il fornitore ed indurlo ad ossequiare i suoi obblighi legali. Il ricorrente lamenta di non avere ricevuto la documentazione dalla Cassa, ma – come evocato nella STCA 36.2024.21 del 24 settembre 2024 (tra le molte emesse) – non è compito della Cassa, quando essa sia terzo pagante (e postuli quindi il versamento di partecipazioni ai costi di cure, come in casu), fornire copie di fatture. In concreto i conteggi sono stati allestiti da CO 1 sulla scorta, come indicato, delle fatturazioni dei professionisti. L'assicurato per conto della figlia minorenni e sua moglie per sé stessa, hanno ricevuto copia delle fatture e, se le stesse non fossero state corrette, il ricorrente rispettivamente la moglie dovevano subito segnalare la circostanza al fornitore di prestazioni (informando l'assicuratore) e contestarle. Se al contrario non avessero ricevuto le fatture in questione avrebbero dovuto farne richiesta ai fornitori delle cure. In concreto, alla luce del costruito legale, da un lato, e delle conoscenze giuridiche del ricorrente, dall'altro, RI 1 ha certamente avuto cognizione delle fatture per le prestazioni citate. Va in ogni caso osservato come, nelle more della procedura, egli ne ha avuto (semmai necessario) piena contezza. 2.12. RI 1 contesta la partecipazione ai costi per la moglie (CHF 35,25) per una cura preventiva: vaccinazione Boostrix, come si rileva dal doc. 30. Egli lamenta una violazione del suo diritto di essere sentito siccome egli avrebbe sollevato contestazione della decisione dell'assicuratore invocando lo stato di gravidanza della moglie ed il fatto che la stessa fosse da considerare gravidanza a rischio. L'assicuratore non ha dato motivazione delle ragioni per cui gli argomenti sollevati non fossero da ritenere. Si rileva qui che la decisione formale (doc. 25 inc. 36.2024.37) non motiva la pretesa mentre la decisione su opposizione (doc. 27 del medesimo incarto) accenna alla pretesa al punto 1.2., 2.1. 2.4. In quest'ultimo passaggio è detto, a proposito del tema qui esaminato, che la pretesa di CHF 36,25 costituisce una "misura preventiva" (pag. 3). Un ulteriore generico accenno è contenuto a pag. 4 in fine, del seguente tenore: "è stato ... tenuto conto per i conteggi che buona parte delle partecipazioni ella signora _____ avvenivano durante il periodo di gravidanza e post-parto esente fa partecipazione come da art. 67 cpv. 7

LAMal” . Circa il diritto di essere sentito (riferito alla motivazione di una decisione) va ricordato come nella STCA 36.2024.8 del 12 agosto 2024, questa Corte si è così espressa al consid. 2.4 relativo al tema dell’obbligo di motivazione delle decisioni da parte dell’assicuratore: " ... le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. L’obbligo di motivazione è parte del diritto di essere sentito, garantito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. fed. Tale diritto ha valenza formale. La sua violazione conduce di massima, indipendentemente dalla fondatezza delle censure di merito, all'accoglimento del ricorso e all'annullamento della decisione impugnata (STF 9C_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.1; DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17 con rinvio alla DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197; STF 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3). Il diritto di essere sentito serve da un lato all'accertamento dei fatti e da un altro lato comprende la facoltà per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione, che interviene a modificare la posizione giuridica dell'interessato, segnatamente se il provvedimento si rivela sfavorevole nei suoi confronti. 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 della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento 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 (DTF 141 V 557, consid. 3.2.1; STF 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3; STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). La motivazione può inoltre essere implicita e risultare dai considerandi della decisione (DTF 141 V 557 consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza (STF 9C_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.1; STF 8C_482/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2) una violazione non particolarmente grave del diritto di essere sentito può essere eccezionalmente sanata, quando la persona interessata ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso, che valuta liberamente la censura presentata dal ricorrente, ossia nel caso specifico un tribunale, che può esaminare liberamente sia l'accertamento (e l'apprezzamento) dei fatti sia l'applicazione del diritto (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437; STF 9C_401/2023 del 5 gennaio 2024, consid. 3.1.2). Si può prescindere da un rinvio della causa all'autorità precedente persino in caso di grave violazione del diritto di essere sentito (STF 9C_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.1): una tale eventualità si realizza se l’annullamento della decisione viziata comporterebbe un inutile formalismo e in definitiva una tale soluzione condurrebbe a ritardi superflui, i quali non sarebbero compatibili con l'(equivalente) interesse della parte di essere sentita nell'ambito di una celere trattazione della procedura di merito (STF 9C_551/2022 del 4 marzo 2024, consid. 4.3.1; DTF 142 II 218 consid. 2.8.1; DTF 133 I 201 consid. 2.2; STF 8C_842/2016 del 18 maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti). Giova comunque ricordare che il principio di celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPGA), caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, non è preminente e tale da porre in secondo piano il diritto di essere sentito e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (STF 8C_433/2018 del 14 agosto 2018 consid. 5.1 e STF 8C_210/2013 del 10 luglio 2013 consid. 3.2.1 con riferimenti).” 2.13. Ora, in concreto, il medicamento in discussione è prodotto da Glaxo Smith & Kline ed è stato approvato da Swissmedic. Si tratta di un vaccino che ha natura preventiva. La Cassa ne ha rifiutato il pagamento partendo dal presupposto che il vaccino costituisse una cura preventiva e che le cure preventive non sono prese a carico

dalla LAMal (come evidenziato in sede di risposta di causa). RI 1 ha contestato il rifiuto di versamento, riferendosi alla gravidanza a rischio della moglie. Come evocato con la risposta di causa, CO 1 ha laconicamente indicato come la prestazione sarebbe di natura preventiva e quindi, come tale, non presa a carico, citando l'art. 26 LAMal. Ora, tale norma prevede che: " L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di determinati esami destinati ad individuare precocemente le malattie nonché misure preventive in favore di assicurati particolarmente in pericolo. Tali esami o misure preventive sono effettuati o prescritti da un medico." Dal canto suo l'OPre specifica (art. 12 e seguenti) quali siano (ed in quale situazione vengano prese a carico) le misure profilattiche vaccinali assunte dall'assicurazione sociale. Tra queste vi sono vaccinazioni e richiami contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite; vaccinazione contro morbillo, orecchioni, rosolia nella misura in cui rispettino il calendario vaccinale svizzero 2023 (art. 12a). Per quanto possibile comprendere dall'elenco dei medicinali allestiti da Swissmedic il vaccino somministrato alla moglie del ricorrente sarebbe il Boostrix, Injektionssuspension. In base al sito della casa farmaceutica in questione questo medicamento dovrebbe essere efficace per prevenire difterite, tetano pertosse. Sulla somministrazione di vaccini durante la gravidanza ci si riferisca all'opinione degli esperti n. 55 (Prof. Dr. Surbek: https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/PDF/55_Impfen_in_der_Schwangerschaft_IT.pdf). Resta il fatto che l'assicuratore, nonostante la contrarietà dell'assicurato al carico della (in sé) modesta spesa, alla luce della pretesa, ma non sostanziata, gravidanza difficile della moglie, e considerato il tenore dell'OPre, non ha emanato una decisione motivata del suo rifiuto. I motivi per cui quella vaccinazione non è stata riconosciuta sono generici e non affrontano il tema conformemente all'obbligo di motivazione insito nel diritto di essere sentito riconosciuto dalla giurisprudenza. CO 1 ha violato il diritto di essere sentito dell'assicurato. In concreto non è la fatturazione della ginecologa che è posta in discussione, ma il conteggio allestito da CO 1 che non riconosce il vaccino, la sua mancata presa a carico, e ciò in assenza di una motivazione. Alla luce di quanto esposto la pretesa dell'assicuratore non può essere accolta e l'assicurato non può essere condannato al pagamento della partecipazione qui all'esame. Su questo aspetto la decisione deve essere annullata, gli atti rinviati a CO 1 affinché emani una decisione motivata in cui spieghi le ragioni per cui quella specifica vaccinazione, in quello specifico contesto (gravidanza, ordinata dalla ginecologa) non è stata posta a carico dell'assicurazione di base e ciò alla luce delle contestazioni del ricorrente, vista inoltre la pretesa gravidanza a rischio e le regole legali in materia di assunzione dei costi di vaccinazione preventiva per determinate patologie. 2.14. Sempre in merito ai conteggi delle partecipazioni ai costi ed alle fatturazioni delle fornitrici di prestazioni, va qui evidenziato come la contestazione relativa alla fatturazione della pediatra, oggetto in particolare delle osservazioni del doc. V e X e della documentazione ad essi allegata, non sono d'utilità al ricorrente. Nelle sue osservazioni RI 1 specifica di avere contestato le prestazioni fatturate dalla dott. _____ (" per quanto concernono (sic!) invece le partecipazioni della Dr. _____, in allegato si produce contestazione delle prestazioni della stessa effettuata di recente ... con storno delle stesse effettuate, quindi con richiesta di tutta la documentazione ...") ed a sostegno ha prodotto degli scambi di posta elettronica con CO 1 e con _____, in cui è fatto riferimento a fatture datate 20 settembre 2024 e quindi palesemente non oggetto del caso di specie. Oggetto della contestazione in questa sede è la partecipazione al costo delle cure di cui al doc. 31 inc. 36.2024.37 che non comprende le fatture successive addirittura all'emanazione della decisione su opposizione.

La documentazione prodotta non consente al ricorrente di dimostrare alcunché con riferimento ai fatti di causa. Si rammenta qui che la costante giurisprudenza federale ha stabilito che è la decisione impugnata che costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (STF 9C_775/2019 del 26 maggio 2020, consid. 1.1, per tutte). L'assicuratore non ha deciso, con il provvedimento qui impugnato, nulla apparentemente almeno in merito a fatture della pediatra dott. _____ del 20 settembre 2024 (riferibili a prestazioni sanitarie del 19 settembre 2024). L'assicuratore ha stabilito di fare partecipare ai costi di cura _____ per le cure pediatriche. La partecipazione ai costi dei minorenni è della metà rispetto a quella dei maggiorenni (art. 103 cpv. 2 OAMal) ed assomma (sino al raggiungimento dell'importo massimo di CHF 350) al 10% della spesa fatturata. La partecipazione ai costi, chiaramente designata dall'assicuratore, era ben comprensibile al ricorrente, non è stata contestata in quanto al suo principio, ma contestata è la fatturazione della pediatra. Richiamato l'obbligo di trasmissione delle fatture al beneficiario delle cure (e qui al genitore siccome _____ minorenni) e stante l'assenza di valida contestazione della fattura doc. 31 debitamente comprovata (e sostanziata) nei confronti del fornitore di prestazioni, che avrebbe potuto semmai indurre l'assicuratore a sospendere il suo conteggio o a rettificarlo se del caso, la Cassa ha operato correttamente, ha recepito la fattura in questione ed ha stabilito in base alla medesima la percentuale della spesa ed il suo diritto di pretendere la partecipazione ai costi fatturata. La fattura è stata trasmessa dallo studio medico al qui ricorrente, questi non sostiene di non avere ricevuto il conteggio eseguito da CO 1, e comunque lo ha recepito compiutamente in corso di procedura giudiziaria ed ha potuto esprimersi in merito ampiamente. CO 1 ha agito correttamente, l'importo di CHF 84,75 è quindi dovuto dal ricorrente. 2.15. RI 1 ritiene che tutta la procedura dovrebbe, comunque essere annullata per una serie di vizi di natura formale. Egli indica come l'assicuratore avrebbe omesso la “... prova delle consegne dei premi e diffide”. Nel gravame invece egli lamenta “l'inosservanza dei termini di notifica, quindi totale incertezza circa la conoscenza di eventuali dedotti solleciti/diffide, tese anche a giustificare un incremento dei costi”. In sostanza, ancorché non sempre in maniera chiara, il ricorrente ha lamentato la mancata corretta notifica (tracciabile) dei solleciti e delle diffide, non però delle fatturazioni dei premi. Come indicato in precedenza i premi fatturati e qui richiesti all'assicurato debbono essere onorati dal ricorrente, ciò in uno con la partecipazione ai costi per le cure pediatriche come visto. Occorre verificare ora se l'assicuratore abbia seguito correttamente la procedura (circostanza contestata dall'assicurato) e se egli debba quindi, da un lato, pagare i debiti indicati e le spese amministrative pretese da CO 1 e (quindi) se debba essere rigettata l'opposizione interposta ai PE cui è cenno nelle motivazioni di fatto, questo alla luce della giurisprudenza esposta nelle considerazioni del punto 2.3 ossia DTF 131 V 147 e STF 9C_78/2016 e 9C_79/2016 del 21 luglio 2016. 2.16. Detto che premi e parte delle partecipazioni sono dovuti, occorre qui verificare, prima di analizzare le pretese violazioni di varie norme della CEDU e della Costituzione federale invocate apoditticamente dal ricorrente, se la Cassa abbia correttamente, o meno, ossequiato la procedura prevista dall'art. 64a LAMal, da un lato, e dalle norme dell'OAMal dall'altro. RI 1 ha contestato di avere ricevuto i richiami del pagamento dei premi e delle partecipazioni, rispettivamente le diffide. La Cassa da parte sua, invitata a comprovare l'invio e la ricezione di richiami e di diffide (quelle consegnate agli atti ai doc. 11 a 22 inc. 36.2024.37 e doc. 2, 6 e 7 inc. 36.2024.35) ha indicato di avere trasmesso tali scritti mediante posta semplice (Posta B), non iscritta e non tracciabile. Essa non è quindi in grado di comprovare il recapito di tali

solleciti e diffide all'assicurato. CO 1 deduce l'intimazione di tali atti per il mancato ritorno da parte della Posta degli invii non recapitabili ed invoca il concetto di amministrazione di massa. 2.17. Nella STF 9C_90/2015 del 2 giugno 2015 in ambito di assicurazione invalidità, il Tribunale federale ha rilevato che la LPGA non prescrive un metodo di notifica degli atti amministrativi, segnatamente delle decisioni. La scelta compete all'assicuratore che deve comunque essere in grado di dimostrare la corretta notifica di comunicazioni ed atti laddove la norma applicabile ponga a suo carico l'onere probatorio. L'art. 64a cpv. 1 LAMal impone all'assicuratore, in caso di mancato pagamento di premi o partecipazioni ai costi di cura entro le scadenze, "dopo almeno un sollecito scritto" l'obbligo di diffidare l'assicurato "assegnandogli un termine supplementare di 30 giorni e indicandogli le conseguenze della mora (cpv. 2)" ossia: "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". L'ossequio di tali passi procedurali è a carico dell'assicuratore che deve essere in grado di dimostrare (ha quindi l'onere della prova) di avere proceduto come prescritto dalla norma. In concreto RI 1 sostiene che non sarebbe stato ossequiato il dettato di legge, egli (per quanto si possa comprendere dalla sua esposizione) indica di non avere ricevuto richiami e diffide (tranne un richiamo per il premio del mese di settembre come dimostrano i doc. 8 e 9 inc. 36.2.024.35). L'assicuratore ha prodotto le copie dei richiami e delle diffide agli atti ma, interpellato in merito, ha indicato di non averne tracciato l'invio. Nei suoi allegati CO 1, pur ammettendo di non avere prova della ricezione delle diffide e dei richiami trasmessi a RI 1 a livello di tracciabilità, ritiene che il mancato ritorno al mittente (per la loro non recapitabilità) delle spedizioni dei doc. 6 e 7 inc. 36.2024.35 rispettivamente 11 a 22 inc. 36.2024.37, dimostrerebbe il loro corretto invio e ricezione dei medesimi. Questa tesi non è d'utilità per l'assicuratore. Non è infatti possibile dedurre, siccome uno scritto inviato per posta normale non tracciabile non è stato ritornato al mittente, che il medesimo sia stato correttamente trasmesso e ricevuto dal destinatario. Non è possibile avere infatti contezza di un mancato recapito per un errore della posta o per lo smarrimento dell'invio rispettivamente per altra ragione. Ne viene che CO 1 non ha dimostrato di avere notificato, conformemente al dettato dell'art. 64a cpv. 1 LAMal, richiami e diffide prima di procedere con la procedura esecutiva. Contrariamente all'assunto della Cassa, in casu, non si è confrontati con un'amministrazione di massa. L'art. 64a LAMal fa obbligo specifico di diffidare dopo sollecitazione a pagare. Ivo Bühler e Cliff Egle in BSK KVG/KVAG, 1 edizione, 2020, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, ad art. 64a no. 52 rammentano come: "
Krankenversicherer sind nach korrekt durchgeführtem Mahnverfahren (Art. 64a Abs. 1) befugt, für Ausstände der erwähnten Kostenarten die Betreibung anzuheben (Anheben der Betreibung; Betreibungsbegehren), ohne dass ein rechtskräftiger Rechtsöffnungstitel vorliegt. Hier zeigt sich die Bedeutung des Mahnverfahrens nach Abs. 1 (s. N 39 ff.):
Wurde ein solches überhaupt nicht (oder unter Verletzung einer formellen oder materiellen Voraussetzung) durchgeführt, so könnte sich u. U. schon die Betreibungsanhebung als unzulässig herausstellen. Dies ergibt sich aus der Formulierung «trotz Zahlungsaufforderung» in Art. 64a Abs. 2 Satz 1, welcher ein korrekt durchgeführtes Mahnverfahren inkl. Ablauf der mit der Zahlungsaufforderung gesetzten Frist impliziert. Die Aufhebung eines Rechtsvorschlages durch den Krankenversicherer ist in Fällen eines nicht korrekt durchgeführten Mahnverfahrens im Vornherein ausgeschlossen (SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 1355 m. H. auf BGE 131 V 147 E. 6.3). Die Aufhebung eines Rechtsvorschlages unter Missachtung formeller und/oder materieller Voraussetzungen

im Verfahren nach Art. 64a Abs. 1 hält damit einer gerichtlichen Überprüfung nicht stand. Der Krankenversicherer müsste allfällige Ausstände erneut betreiben und die durch das mangelhafte Verfahren verursachten Aufwände und Kosten tragen.” Come ricordato nelle considerazioni del punto 2.3, in base alla giurisprudenza (DTF 131 V 147 e STF 9C_78/2016 e 9C_79/2016 del 21 luglio 2016), se la procedura imposta dall’art. 64a LAMal non è rispettata l’assicurato può essere riconosciuto debitore dei premi (e delle partecipazioni) pretesi dall’assicuratore ed obbligato al versamento dei medesimi ma non invece obbligato al pagamento delle spese di sollecito e diffida e non può essere rigettata l’opposizione ai PE che la Cassa ha fatto notificare al debitore (STF 9C_78/2016 consid. 3.2.). 2.18. In concreto, come detto, l’unico sollecito che gli atti di causa dimostrano come ricevuto dal ricorrente è il doc. 6 dell’inc. 36.2024.35, a fronte del quale egli ha chiesto una proroga del pagamento mediante messaggio di posta elettronica del 31 agosto 2023 (doc. 8) concesso dalla Cassa (con lettera 31 agosto 2023) sino alla fine del mese di settembre 2023 (doc. 9 medesimo incarto). Null’altro. Tale documento non adempie, ad esso solo, i presupposti formali dell’art. 64a LAMal come preteso dalla giurisprudenza. La Cassa non ha provato quindi di avere seguito correttamente la procedura (come invocato dal ricorrente) e RI 1 può qui solo essere riconosciuto debitore dei premi e della partecipazione ai costi di cura della figlia, ma non può essere condannato al pagamento delle spese amministrative pretese dall’assicuratore. Neppure il rigetto dell’opposizione ai PE _____ e _____, oggetto delle decisioni contestate, può essere confermata in questa sede. In buona sostanza, anche se la Cassa ritiene la circostanza inverosimile, non può essere escluso che le sollecitazioni e le diffide (di cui copia è agli atti) non siano pervenute al ricorrente, questo per un difetto in seno ai servizi postali, per un errore del postino recapitante, per lo smarrimento dei plichi o per qualsiasi altra ragione. CO 1 medesima ricorda come, in genere, essa trasmette solleciti e diffide per lettera semplice (Posta B2 commerciale), salvo eccezioni per cui fa capo alla posta A-Plus (che contrariamente all’assunto del ricorrente è più che ampiamente sufficiente per dimostrare il recapito al destinatario, si veda in merito la STCA 36.2024.29 del 28 ottobre 2024, consid. 4, si faccia riferimento alla giurisprudenza federale in materia, in particolare le STF 2C_430/2009 del 14 gennaio 2010, STF 2C_570/2011 del 24 gennaio 2012; STF 2C_68/2014 del 13 febbraio 2014; STF 8C_573/2014 del 26 novembre 2014; STF 8C_198/2015 del 30 aprile 2015; STF 2C_1038/2017 del 18 luglio 2018; STF 8C_559/2018 e STF 8C_482/2018 del 26 novembre 2018, ed in particolare la STF 9C_90/2015 del 2 giugno 2015 in ambito di assicurazione invalidità). L’assicuratore ha quindi mancato la prova che gli incombeva portare. Non è comprovato adeguatamente che solleciti (tranne quello evidenziato) e diffide siano stati correttamente notificati al debitore dei premi e delle partecipazioni. 2.19. RI 1 accenna, nel suo ricorso, al mancato rispetto da parte di CO 1 del principio di buona fede (art. 9 Cost. fed. secondo cui: “ Ognuno ha diritto d’essere trattato senza arbitrio e secondo il principio della buona fede da parte degli organi dello Stato ”) per il “ modus operandi complessivo della convenuta” e per la mancata concessione di un pagamento a rate. L’esposizione non è motivata e l’invocazione della violazione apoditticamente sollevata. Il ricorrente non esplicita quale azione o quale omissione della Cassa violerebbe la buona fede in lui generata dal comportamento dell’amministrazione. La motivazione è qui del tutto carente e non è certamente compito del giudice andare a cercare nell’incarto elementi che suffraghino la violazione di diritti costituzionali invocati genericamente da un ricorrente, soprattutto quando questi sia un giurista. Sia come sia, il ricorrente certamente è a conoscenza del fatto che, secondo la giurisprudenza federale, un

assicurato può prevalersi della buona fede e l'assicuratore sociale è quindi obbligato a concedergli un vantaggio contrario alla legge, quando l'amministrazione gli fornisca un'informazione sbagliata o emani una decisione erronea e se ciò adempie le seguenti condizioni: (a) l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone, (b) l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti, (c) l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta, (d) facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio, (e) da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). In concreto l'invocata violazione della buona fede non è sorretta da alcuna delle condizioni poste dalla giurisprudenza. Lo stesso vale per la pretesa della violazione del diritto alla salute (per una definizione di salute si faccia riferimento a: Ivano Ranzanici : La riduzione dei premi dell'assicurazione malattia. Limiti della normativa vigente e proposte alla luce anche dell'esperienza ticinese pubblicato nella Collezione AISUF - Travaux de la Faculté de Droit de l'Université de Fribourg no. 364, edito da Schulthess editore, 2016, pag. 12 a 15 n. 10 a 16; pag. 16 n. 18, n. 26 e seguenti pag. 21). Le pretese violazioni degli art. 2, 3, 5, 6 e 8 CEDU, invocati senza indicare in cosa consisterebbero le violazioni se non in maniera generale, non sono di utilità al ricorrente. Senza approfondire le lesioni della CEDU espresse genericamente dal ricorrente, anche alla luce dell'esito della procedura, va osservato come non si comprenda come le decisioni dell'assicuratore e la procedura da questi adottata, possa ledere il diritto alla vita. Come rammentano Luc Gonin e Olivier Bigler : *Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), Commentaire des articles 1 à 18 CEDH, Commentaire Stämpfli, 2018, ad art. 2*, tale norma impone, quale obbligo negativo, di rinunciare alla forza e, positivamente gli Stati sono obbligati a “prendre les mesures raisonnables pour protéger la vie des personnes placées sous leur juridiction: la Cour estime que la première phrase de l'article 2 § 1 astreint l'État non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (...). Nul n'a laissé entendre que l'État défendeur aurait délibérément cherché à provoquer la mort de la requérante. La Cour a donc pour tâche de déterminer si, dans les circonstances de l'espèce, l'État a pris toutes les mesures requises pour empêcher que la vie de la requérante ne soit inutilement mise en danger” . RI 1 non spiega, nella sua esposizione, in che modo la richiesta di pagamento di premi e della partecipazione rispettivamente la richiesta di emanazione di PE in prossimità delle feste natalizie possa avere leso il suo diritto alla vita. Il tema non merita ulteriore approfondimento. L'assicurato lamenta il fatto che uno dei PE sia stato notificato sotto le feste di Natale 2023. In merito a questi aspetti si rinvia il ricorrente alla lettura delle norme della LEF al capitolo III del Titolo secondo relativo all'esecuzione, dove è puntualmente regolato il tema dei periodi in cui non si può procedere ad atti esecutivi, ossia i periodi preclusi, quelli delle ferie e delle sospensioni, fatte salve situazioni eccezionali che il ricorrente non sostiene realizzate in concreto. Sono preclusi gli orari tra le ore 20 e le 7, come pure i giorni di domenica e quelli ufficialmente riconosciuti come festivi, nonché durante le ferie, cioè sette giorni prima e sette giorni dopo la Pasqua e il Natale, come pure dal 15 luglio al 31 luglio ed in caso di sospensione (art. 57 – 62 LEF). In concreto una eventuale violazione di tali precetti avrebbe dovuto essere contestata dinanzi all'autorità giudiziaria competente come noto al giurista ricorrente. Non è di miglior sussidio alle tesi del ricorrente l'invocazione di una pretesa violazione dell'art. 3 CEDU da

parte dell'amministrazione interessata. Si rammenta qui che tale norma convenzionale prevede che " Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamento inumani o degradanti ", ossia impedisce agli Stati che hanno aderito alla Convenzione, di ricorrere a trattamenti rientranti nella definizione di tortura, pene o trattamento degradante, rispettivamente impone, positivamente, di "prévenir les mauvais traitements, dont ils avaient, ou auraient dû avoir connaissance" (Luc Gonin e Olivier Bigler, op. cit., ad art. 3 CEDU n.5 e giurisprudenza ivi citata). Anche in questo caso il signor RI 1 non spiega e non dettaglia in che modo l'agire dell'amministrazione, che esercita poteri statuali delegati, abbia compiuto atti degradanti o inumani nei suoi confronti postulando (anche in prossimità del Natale) il pagamento di crediti per premi e partecipazioni, con il rilievo qui che – a fronte delle decisioni di un assicuratore malattia - sono aperte le vie di diritto note al ricorrente e i solleciti rispettivamente le diffide (che RI 1 dichiara di non avere ricevuto!) non possono essere certamente considerati atti concreti di una tortura o di un trattamento inumano e degradante. Per evidenziare anzi il comportamento di segno diametralmente opposto dell'amministrazione, si veda lo scritto doc. 9 inc. 36.2024.35 con cui, a semplice richiesta mail del ricorrente, la Cassa ha concesso una proroga (più estesa rispetto alla primaria richiesta del signor RI 1) per fronteggiare il premio di luglio 2023, rimasto senza seguito. L'art. 5 CEDU che reca la marginale " Diritto alla libertà e alla sicurezza " e l'art. 6 CEDU (" Diritto ad un processo equo ") non meritano particolare esposizione. La prima norma regola temi connessi alla libertà individuale e garantisce diritti in casi di privazione della libertà. Non appare, in concreto, che la Cassa abbia privato in qualche modo della propria libertà il ricorrente. Non basta invocare una norma della CEDU, rispettivamente della Cost. fed. per rivendicare una conclusione, occorre spiegare come un diritto fondamentale o un diritto deducibile dalla CEDU sia stato violato, da quale preciso comportamento (attivo o passivo) di un'amministrazione o di una autorità giudiziaria, o più generalmente dallo Stato. Come già indicato non è compito del giudice ricercare quanto non indicato dal ricorrente all'interno del dossier sostituendosi all'obbligo del ricorrente di motivare. Da ultimo, RI 1 ritiene violato l'art. 8 CEDU per cui ogni persona ha diritto al rispetto della sua vita privata e familiare, del suo domicilio e della sua corrispondenza (cpv. 1) e non può esservi ingerenza della pubblica autorità nell'esercizio di tale diritto se non in quanto tale ingerenza sia prevista dalla legge e in quanto costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria per la sicurezza nazionale, l'ordine pubblico, il benessere economico del paese, la prevenzione dei reati, la protezione della salute o della morale, o la protezione dei diritti e delle libertà altrui. La dottrina (Luc Gonin e Olivier Bigler, op. cit., ad art. 8, rispettivamente Giorgio Malinverni , La Convention des droits de l'homme, in: Introduction aux droits de l'homme, p. 397-426, Schulthess Ed. Romandes, 2014 rispettivamente ancora Sergio Bartole / Pasquale De Sena / Vladimiro Zagr ebelsky , Commentario breve alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, Padova 2012, CEDAM [Editrice dott. Antonio Milani]) rammentano come il campo d'applicazione materiale individuato dalla Corte EDU per l'applicazione di questa norma sia piuttosto vasto. Come evocano Gonin e Bigler l'art. 8 CEDU ha per oggetto aspetti di vita relazionale sociale, di patronimi, di nomi, inizio e fine vita, discendenza, aborto, registrazione del matrimonio, vita sessuale, transessualismo, elementi medici quali l'integrità fisica e morale, perizie psichiatriche, prelievo di medicinali, incapacità totale, sorveglianza in generale degli individui, protezione dei dati, attività professionale, diritto ad un ambiente sano, minoranze, respingimento degli stranieri (per non riprendere che la lista allestita da Luc Gonin e Olivier Bigler, op. cit., ad art. 8, n.

18 a 75). Il ricorrente non dice in cosa le decisioni rispettivamente il modus operandi della Cassa (dettato dalle norme della LAMal e dell'OAMal esposte), od ancora il comportamento generale assunto dalla Cassa (doc. V pag. 2 punto 2 4 a riga), che non avrebbe rispettato i tempi e le procedure fissate dalla legge per procedere con l'incasso dei suoi crediti, leda l'art. 8 CEDU. Nel doc. V è indicato come vi sarebbe stata in concreto " inosservanza dei termini di notifica, ... totale incertezza circa la conoscenza di eventuali dedotti solleciti/notifiche" cui si sommerebbero altre violazioni del diritto alla salute, della buona fede e " dei principi sottesi all'art. 5 CEDU, non consentendo un'adeguata (recte: un'adeguata) conoscenza ed attività di controllo circa l'effettiva conoscenza di tutte le comunicazioni CO 1". Tutto ciò, anche se dovesse (per pura ipotesi) essere ritenuto, non potrebbe essere inquadrato in una violazione dell'art. 8 CEDU rispettivamente nelle altre norme CEDU indicate nel ricorso. Le lamentele, peraltro formulate in maniera generale e non chiara, sono state recepite ed analizzate nel solco dell'art. 64a LAMal, con l'esito esposto in precedenza, favorevole parzialmente al ricorrente unicamente perché l'amministrazione non è stata in grado di rendere verosimile la ricezione di richiami e diffide. 2.20. In merito alla procedura seguita dalla resistente si rileva che, contrariamente a quanto più volte sostenuto dal ricorrente, la Cassa ha agito conformemente alle norme legali applicabili. In effetti l'art. 64a LAMal costituisce il fondamento legale che impone l'agire dell'assicuratore che deve recuperare premi e/o partecipazioni. La materia del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi è, infatti, regolata esaustivamente dall'art. 64a LAMal e dagli artt. 105a-105m OAMal. L'amministrazione deve agire come prescritto dalle norme applicabili. La legge impone agli assicuratori malattia di procedere nei confronti degli assicurati debitori mediante una procedura esecutiva se questi, nonostante diffida con cui è assegnato un termine supplementare di 30 giorni che fa seguito ad almeno un sollecito scritto (art. 64 cpv. 1 LAMal), non pagano i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato (testualmente l'art. 64a cpv. 2 LAMal prevede che: " 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"). In concreto il ricorrente, il 31 agosto 2023, si è rivolto alla Cassa, dimostrando così di avere ricevuto il sollecito a pagare il premio del mese di luglio 2024 (doc. 8 che riporta il numero del conteggio ritenuto nel doc. 6 dell'incarto 36.2024.35), ha chiesto una proroga del termine di pagamento al 15 settembre 2023. A questo messaggio di posta elettronica ha fatto seguito una comunicazione scritta della Cassa che ha concesso all'assicurato una proroga maggiore, scadente al 30 settembre 2023. Per quel che concerne invece gli altri solleciti e le diffide egli ha indicato mancato recapito degli stessi. La prova di una corretta trasmissione di questi atti non è stata portata dalla Cassa, cui incombeva, ciò che favorisce, alla luce della giurisprudenza sviluppata dal TF, il ricorrente che non può vedersi caricare le spese amministrative di CO 1 e non vede rigettate le opposizioni ai PE ricordati in precedenza. Il ricorso, alla luce di quanto precede, deve quindi essere parzialmente accolto e la decisione di CO 1 riformata nel senso che RI 1 è riconosciuto debitore dei premi suoi, della moglie e della figlia _____ per i mesi di luglio 2023, rispettivamente da settembre a dicembre 2023 per un importo complessivo di CHF 3'941,50 (CHF 788,30 + CHF 3'153,20), questo oltre alla partecipazione del 10% dei costi di cura di cui alla fattura della dott. _____ di _____, medico in uno studio di pediatria, fatturati come al doc. 31, per CHF 84.75. In totale RI 1 deve alla _____ CHF 4'026,25. Egli è quindi condannato a pagare detto importo, ed unicamente questo, a CO 1 oltre agli interessi di mora. Gli atti sono rinviati a CO 1 per quanto attiene alla decisione

relativa alla partecipazione ai costi della ginecologa della moglie del ricorrente. Non sono attribuite ripetibili al ricorrente parzialmente vincente in causa siccome non richieste e perché RI 1 agente in causa propria senza importante impegno. Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGa in caso di 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. Trattandosi di prestazioni LAMal non è stato previsto di prelevare le spese. 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.