

TI_GERICHTE 36.2025.30 vom 24. November 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-11-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.30

FR: TI_GERICHTE 36.2025.30 du 24 novembre 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2025.30 del 24 novembre 2025

Erwägungen

E. 1

frontalieri e ai loro familiari,

E. 2

familiari di domiciliati, dimoranti annuali e dimoranti temporanei,

E. 2.4

In concreto, la ricorrente e suo marito si sono trasferiti dalla Svizzera in Spagna dal 1° ottobre 2014 (cfr. allegati doc. 2a), dove hanno convissuto fino al decesso di _____ il _____ 2024 (cfr. doc. IX). Entrambi si sono assicurati presso CO1 (doc. XXII). In quanto beneficiari di una rendita di vecchiaia svizzera, essi hanno continuato ad essere affiliati all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera (cfr. art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal; cfr. sul tema la STF 9C_444/2022 del 1° marzo 2023, consid. 3.1). Con decisione formale del 10 marzo 2025 l'Istituzione comune LAMal, competente per statuire in merito alle richieste di esenzione dall'obbligo di assicurazione di beneficiari di rendite e dei loro familiari che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito (art. 18 cpv. 2bis LAMal), dopo una prima decisione negativa emessa il 15 dicembre 2023 (allegato al doc. 4), sulla base di nuova documentazione prodotta dalla ricorrente, ha stabilito, in applicazione dell'art. 2 cpv. 6 OAMal, che le condizioni per un esonero dall'obbligo assicurativo LAMal erano soddisfatte a partire dal 27 novembre 2024 (doc. 6). A partire da tale data l'insorgente non è pertanto più affiliata presso CO1 (cfr. doc. 6). Avendo accertato che, malgrado richiami e ingiunzioni, l'assicurata e suo marito non hanno proceduto al versamento dei premi e partecipazioni ai costi per il periodo dal 1° agosto 2019 al 27 novembre 2024, l'assicuratore ha chiesto all'insorgente l'importo dovuto per quel periodo a titolo di premi, partecipazioni ai costi e spese per complessivi CHF 32'376.42 . Occorre preliminarmente stabilire se l'interessata può essere chiamata dall'assicuratore a pagare i debiti del defunto marito.

E. 2.5

Il diritto delle assicurazioni sociali non disciplina la responsabilità sussidiaria di un coniuge nei confronti dell'altro. La soluzione giuridica del tema in discussione va quindi ricercata nel diritto privato, nella misura in cui tale normativa sia compatibile con quella del diritto delle assicurazioni sociali, nel caso di specie con la LAMal (DTF 119 V 19 consid. 2c-d; RAMI 1993 pag. 85 consid. 2b). Per l'art. 163 CC, relativo al mantenimento della famiglia, " 1 I coniugi provvedono in comune, ciascuno nella misura delle sue forze, al debito mantenimento della famiglia. 2 Essi s'intendono sul loro contributo rispettivo, segnatamente circa le prestazioni pecuniarie, il governo della casa, la cura della prole o l'assistenza nella professione o nell'impresa dell'altro.

E. 2.12

La ricorrente sostiene di non essere in grado di versare l'importo richiestole a causa della sua difficile situazione finanziaria, e chiede il condono o di poter pagare ratealmente fr. 10 al mese. La LAMal non prevede la possibilità di chiedere il condono del pagamento dei premi. Inoltre, in una sentenza 36.2011.75 del 21 febbraio 2012 (consid. 9), questo Tribunale ha già evidenziato che contro il rifiuto della Cassa malati di accordare un pagamento rateale (in quel caso di Fr. 50.- al mese) per rimborsare il debito non era possibile far nulla, se non suggerire all'allora ricorrente di rivolgersi temporaneamente all'assistenza sociale per ricevere un aiuto concreto per fare fronte al pagamento del dovuto. Ne segue che, anche nel caso di specie, non essendoci un obbligo, per l'assicuratore, di concedere il pagamento rateale del premio non ancora soluto, la richiesta dell'insorgente non può trovare accoglimento. Alla ricorrente si ricorda tuttavia che può trasmettere all'assicuratore tutte le fatture ancora in suo possesso e non ancora indennizzate per un esame dell'eventuale obbligo di rimborso delle prestazioni fruito da lei e dal suo defunto marito, in particolare per il periodo in cui vi era stata una sospensione del pagamento delle prestazioni dal 31 marzo 2023.

E. 2.13

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. fbis 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. fbis 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); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto» .

E. 3

Con i propri atti, ciascun coniuge obbliga se stesso e, in quanto non ecceda il potere di rappresentanza in modo riconoscibile dai terzi, solidalmente anche l'altro." A questo proposito, va osservato che il TF ed il TFA hanno già avuto modo di sancire che il pagamento dei premi alle assicurazioni sociali fa parte del " debito mantenimento della famiglia " secondo l'art. 163 cpv. 1 CC (DTF 125 V 430 consid. 3b e dottrina citata; RAMI 2000 pag. 79, cfr. anche DTF 119 V 25 consid. 6a; DTF 112 II 404 consid. 6). Sia la conclusione di un'assicurazione malattia obbligatoria che il cambiamento di assicuratore sono stati inoltre considerati come facenti parte dei bisogni correnti della famiglia ai sensi dell'art. 166 cpv. 1 CC. Di conseguenza, alla luce dell'art. 166 cpv. 3 CC, i coniugi rispondono solidalmente tra di loro per i premi rimasti impagati, indipendentemente dal regime matrimoniale scelto (DTF 119 V 21 consid. 4e), fintanto che vivono insieme (RAMI 1993 n. 914 pag. 83). Il TFA, con sentenza del 18 ottobre 2002 (K 60/00) pubblicata in DTF 129 V 90, ha precisato la sua giurisprudenza. In sostanza, i coniugi che sono nella necessità di instaurare relazioni con terze persone nell'interesse della coppia o della famiglia – compresa la necessità di un ' assicurazione di base per la copertura delle malattie - rappresentano l'unione coniugale nella misura in cui gestiscono i bisogni correnti della coppia stessa o della famiglia. Affinché ciò possa avvenire, e quindi affinché un coniuge possa essere legalmente rappresentato dall'altro, e quindi affinché nasca una responsabilità solidale per i debiti contratti da uno dei coniugi per i bisogni correnti dell'unione coniugale, occorre che le obbligazioni contratte servano ai bisogni correnti della famiglia. Nella sentenza federale citata, la nostra Massima Istanza ha modificato la propria giurisprudenza precisando che con l'entrata in vigore dell'assicurazione malattia obbligatoria, in virtù dell'art. 166 CC un coniuge risponde 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. Con sentenza del 22 luglio 2005 (K 114/03), pubblicata in RAMI 2005 pag. 358, il TFA ha confermato, al considerando 5.1, che " sia la stipulazione di un contratto d'assicurazione malattia obbligatoria sia il cambiamento dell'assicuratore fanno parte della categoria dei bisogni correnti della famiglia ai sensi dell'art. 166 cpv. 1 CC, atteso altresì che i coniugi rispondono solidalmente per il pagamento dei premi assicurativi indipendentemente dal tipo di regime matrimoniale scelto (DTF 129 V 90 consid. 2, con riferimenti di giurisprudenza e dottrina; cfr. pure Hasenböhler , Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Zivilgesetzbuch I, n. 7 all'art. 166)". In quell'occasione, l'Alta Corte ha inoltre stabilito che " con la cessazione della vita comune termina anche la comunanza di intenti ("Nutzungsgemeinschaft") vigente in regime di comunione domestica, che costituisce il presupposto necessario per la responsabilità solidale. Il potere di rappresentanza giusta l'art. 166 CC rimane in stato di latenza finché la vita comune è sospesa (DTF 119 V 21 consid. 4a-b; Hasenböhler , op. cit., n. 22 all'art. 166). Detto altrimenti, con l'assenza di vita comune dei coniugi viene a mancare, per ciascuna componente, il potere di rappresentanza dell'unione coniugale e, di conseguenza, non può dar luogo a solidarietà. Il potere di rappresentanza dell'unione coniugale, con il corollario della responsabilità solidale del coniuge ex art. 166 cpv. 3 CC, è pertanto pienamente operante solo se le parti vivono in unione domestica e non anche durante un periodo di separazione, anche solo di fatto, come nel caso di specie. Determinante ai fini della responsabilità solidale del coniuge è infatti che gli interessati abbiano una vita comune (RAMI 2004 KV 278 pag. 149) ". L'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1°

gennaio 2007: Tribunale federale) ha ricordato nella sentenza K 65/03 del 26 giugno 2006, al considerando 9, che secondo l'art. 166 cpv. 3 CC, ogni coniuge si obbliga personalmente con i suoi atti ed obbliga solidalmente il suo coniuge fintanto che non eccede i suoi poteri in modo riconoscibile per i terzi. Lo scopo di questa disposizione è proprio quello di semplificare la procedura dell'esecuzione forzata, dispensando il creditore da difficili manovre per il recupero. Inoltre, la rappresentanza dell'unione coniugale non si esercita soltanto durante la formazione degli atti giuridici, ma essa si estende anche al loro sviluppo. Così, per esempio, la prescrizione interrotta contro uno dei coniugi solidali lo è ugualmente contro l'altro (art. 136 cpv. 1 CO), e ciò pure all'insaputa di quest'ultimo. Pertanto, la diffida notificata all'assicurato in applicazione dell'art. 90 cpv. 3 OAMal è opponibile a sua moglie. Queste considerazioni sono state ribadite anche nella sentenza 9C_14/2012 del 29 ottobre 2012, dove al considerando 4 il Tribunale federale ha affermato: " (...) Les charges d'entretien, au sens de l'art. 163 al. 1 CC, comprennent notamment l'assurance-maladie et accidents obligatoire, le cas échéant aussi les assurances qui vont au-delà du seuil légal minimal (DESCHENAUX / STEINAUER / BADDELEY, Les effets du mariage, 2e éd., Berne 2009, n. 420; HAUSHEER / BRUNNER, Familienunterhalt, in Handbuch des Unterhaltsrechts, 2e éd., Berne 2010, n. 03.89 et sv.). Par ailleurs, en vertu de l'art. 166 al. 1 et 3 CC, un époux répond solidairement des dettes de cotisations de son conjoint, que le rapport d'assurance, dont découle la créance de cotisations, ait été créé pendant la vie commune ou pour satisfaire des besoins courants de la famille (ATF 129 V 90 consid. 2 et 3.1; arrêt K 114/03 du 22 juillet 2005, in SVR 2006 KV n° 11 p. 32). 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'exécute 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 (voir HASENBÖHLER, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Schweizerisches Zivilgesetzbuch I, n° 64 ad art. 166 p. 295; arrêt K 63/05 du 26 juin 2006 consid. 9). On précisera que l'art. 166 CC ne concerne que les rapports des époux avec les tiers et est indépendant du régime matrimonial des époux; il ne désigne pas celui des époux qui, dans les rapports internes, supporte la dette (DESCHENAUX / STEINAUER / BADDELEY, op. cit., n. 376). (...)" Tale giurisprudenza è stata nuovamente citata nella sentenza 9C_756/2016 del 18 gennaio 2017, al consid. 2.1 (cfr. STCA 36.2018.46 del 19 ottobre 2018). Su questi aspetti ci si riferisca anche a Ranzanici/Steffen , Responsabilità solidale dei coniugi e dei partner registrati per i debiti derivanti da premi e partecipazioni secondo la LAMal, in Bollettino n. 36 a cura dell'Ordine degli Avvocati del Cantone Ticino, Novembre 2008, così come a Gebhard Eugster , Krankenversicherung, in: SBVR, 3a edizione 2016, pag. 798 e seguenti. 2.6. In concreto, questo Tribunale ha accertato che l'insorgente e suo marito non hanno sospeso la loro vita comune, né erano separati di fatto (doc. IX). L'interessata si è presa cura di suo marito fino al suo decesso (doc. XXII). Alla luce della giurisprudenza sopra esposta, indipendentemente dal regime matrimoniale scelto (in concreto: separazione dei beni), l'assicurata è di conseguenza debitrice solidale dei premi e delle partecipazioni ai costi del marito (DTF 129 V 90; STF 9C_756/2016 del 18 gennaio 2017, consid. 2.1; STF 9C_14/2012 del 29 ottobre 2012, consid. 4; STF K 114/03 del 22 luglio 2005) per il periodo dal mese di agosto 2019 al 27 novembre 2024. Occorre ora stabilire l'ammontare dell'importo dovuto. 2.7. Per quanto concerne i premi, l'assicuratore ha prodotto le polizze dei coniugi _____ per il periodo in esame. Dalle tavole processuali, e meglio dall'allegato al doc. 3 e dal doc. XVIII/1, emerge, per il periodo qui d'interesse, che i premi degli

assicurati ammontavano mensilmente a CHF 350 dal 2020 al 2023 e a CHF 320 nel 2024 (plico doc. 20). Dalla documentazione prodotta si evince che gli assicurati non hanno versato i premi da giugno a dicembre 2022 per CHF 2'450 ciascuno (CHF 350 al mese per 7 mesi). Nel 2023 su CHF 4'200 dovuti (350 X 12 mesi) ne hanno pagati 350 ciascuno per un debito complessivo di CHF 7'770 (3'850 X 2). Nel 2024 vi è uno scoperto di CHF 2'880 per il defunto marito (320 X 9 mesi) e di CHF 3'477.33 per la ricorrente ([320 X 10 mesi] + [320 : 30 X 26 giorni di novembre 2024]). Dai doc. 3 e XVIII/1 risulta inoltre che gli assicurati: - non hanno versato i premi dovuti dei mesi da gennaio a maggio 2022 (350 X 2 X 5) per complessivi CHF 3'500; - non hanno versato premi in dicembre 2021 per CHF 197.25 X 2 per complessivi CHF 394.50; - non hanno versato premi da gennaio a novembre 2021 per CHF 1'819.75 X 2 per complessivi CHF 3'639.50; - non hanno versato premi in dicembre 2020 per CHF 188.90 x 2 per complessivi CHF 377.80; - non hanno versato premi in novembre 2020 per CHF 188.90 X 2 per complessivi CHF 377.80; - non hanno versato premi in ottobre 2020 per CHF 188.90 + CHF 109.56, per complessivi CHF 298.46. Dai doc. 3 e XVIII/1 emerge inoltre che gli assicurati non avrebbero pagato un importo di CHF 1'671.87 per premi dal " 01.01.2020 al 31.01.2020 " (fattura n. _____ del 28 febbraio 2022). Tuttavia, nell'allegata fattura n. _____, datata peraltro 26 aprile 2022, figura la richiesta di pagamento del premio di aprile 2022 per entrambi i coniugi per CHF 350 ciascuno per un totale, inspiegabilmente, di CHF 2'371.87. Sul medesimo documento figura inoltre l'importo di CHF 1'671.87 senza tuttavia alcuna spiegazione e poi nuovamente l'importo di CHF 2'371.87. Considerato che il documento è incomprensibile e né le cifre né le causali corrispondono con quanto riportato nell'estratto conto di cui ai doc. 3 e XVIII/1, occorre concludere che l'assicuratore non ha comprovato, neppure secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, l'entità e la causale del debito di CHF 1'671.87 per il mese di gennaio 2020. Tale importo non può di conseguenza essere preso in considerazione. In queste condizioni l'importo complessivo per i premi dovuti e non ancora pagati, comprovato dall'assicuratore, ammonta complessivamente a CHF 27'545.39 ([2'450 X 2] + [3'850 X 2] + 2'880 + 3'477.33 + 3'500 + 394.50 + 3'639.50 + 377.80 + 377.80 + 298.46 + 700). L'interessata sostiene che non è vero che non ha pagato i premi dal 2014 ed afferma " se volete pagava la Banca _____ potete verificare " (doc. XXII). Questo Tribunale rileva tuttavia che inizialmente l'interessata non aveva contestato di essere debitrice dei premi, ma aveva unicamente domandato di poter essere messa al beneficio di un condono (doc. I) Il TCA rammenta da una parte che nell'ambito delle assicurazioni sociali è data priorità alle dichiarazioni della prima ora nel senso di dare la precedenza - in presenza di versioni contraddittorie di un assicurato - alle affermazioni fatte subito dopo l'evento, quando ancora l'interessato ne ignorava le conseguenze giuridiche (cfr. STF 9C_495/2019 del 31 ottobre 2019; DTF 142 V 590 consid. 5.2. pag. 594 ss.; STF 8C_163/2019 del 5 agosto 2019 consid. 4.2.; STF 8C_483/2017 del 3 novembre 2017; STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017 consid. 5.2. = RtiD I-2018 N. 61 pag. 281; STF 8C_244/2017 del 24 aprile 2017; DTF 121 V 45 consid. 2a pag. 47). Nel ricorso del 9 giugno 2025 l'interessata aveva affermato che " scrivo in merito al debito aperto presso la vostra Cassa Malattia, nato da un ingenuo errore in buona fede (...) ", ha asserito di non sapere che l'assicurazione fosse individuale e che " questo ha portato alla mancata copertura e all'accumulo del debito " ed ha chiesto il condono. Ella ha pertanto ammesso di avere un debito nei confronti dell'assicuratore. D'altra parte occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni (a proposito del principio inquisitorio, dell'obbligo di collaborare delle parti e

delle conseguenze concrete dell'applicazione di tali principi: STF 9C_384/2019 del 1° ottobre 2019, consid. 4.1 e seguenti; DTF 145 V 90, consid. 3.2) non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare; quest'obbligo non può perciò tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi a sostegno delle proprie argomentazioni. In concreto l'insorgente si limita ad affermare genericamente che il Tribunale può verificare presso " Banca _____ " che effettuava i pagamenti. Spetta tuttavia alla ricorrente produrre gli eventuali giustificativi bancari atti a comprovare che anche i premi rimasti impagati dal mese di ottobre 2020 al mese di novembre 2024 sarebbero stati regolarmente soluti. Ella non può limitarsi a domandare a questo TCA di effettuare una richiesta presso la Banca _____ volta ad accertare se e quando l'interessata avrebbe provveduto a pagare i premi non ancora versati. In concreto, considerato che la ricorrente in un primo momento aveva ammesso di avere dei debiti nei confronti dell'assicuratore e che, dopo averli contestati, non ha prodotto alcuna documentazione circa un eventuale pagamento, perlomeno parziale, dei premi, occorre concludere che, come accertato da questo Tribunale, l'ammontare complessivo dei premi , chiesti entro il termine di prescrizione (sul tema STF K 114/03 del 22 luglio 2005, consid. 4 e STCA 36.2014.21 del 18 luglio 2014), ancora dovuti, è di CHF 27'545.39. 2.8. Per quanto attiene alle partecipazioni ai costi di malattia, l'assicuratore ha prodotto la documentazione relativa alle prestazioni richieste (doc. 3, XVIII e doc. XVIII/2). Dalla medesima si evince che le partecipazioni ai costi dovute ammontano a CHF 1'108.20 (46.50 + 65.55 + 9.00 + 17.65 + 22.55 + 37.10 + 2.60 + 39.90 + 61.30 + 27.50 + 29.65 + 13.20 + 322.75 + 102.95 + 201 + 43.25 + 3.25 + 62.50) e concernono il periodo dal mese di giugno 2019 al mese di agosto 2020 (doc. 3 e XVIII/2). Non può essere riconosciuto l'importo di CHF 24.34 perché, come ammesso dal medesimo assicuratore (doc. XVIII), non è più possibile produrre e risalire alla fattura del 1° agosto 2019. Non può neppure essere preso in considerazione l'importo di CHF 635.95 per prestazioni dal 28 maggio al 7 giugno 2019, poiché dalla fattura _____ del 31 ottobre 2019 (penultimo allegato del doc. XVIII/2), emerge che tale somma era dovuta alla ricorrente e non dalla ricorrente. Tale cifra non è da confondere con quella di CHF 639.20 contenuta nella fattura _____ del 25 luglio 2020 e che concerne un conteggio del 30 ottobre 2019 qui non richiesto (_____; cfr. quart'ultimo allegato doc. XVIII/2). 2.9. L'assicuratore reclama complessivamente CHF 1'380 per spese di sollecito ([18 X 45] + 30) e di costi e spese (18 X 30). 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 (alle 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. Dal 1° gennaio 2024 è stato aggiunto che il DFI ne stabilisce gli importi massimi. In concreto CO1 non ha prodotto a questo Tribunale cantonale delle assicurazioni (contrariamente a quanto ad esempio fatto

dall'assicuratore malattie nell'incarto 36.2022.24 dell'11 luglio 2022) alcuna condizione d'assicurazione e nessuna disposizione generale sui diritti e obblighi dell'assicurato. Non è quindi comprovato adeguatamente il diritto della Cassa di percepire tali spese (cfr. su questo punto la STCA 36.2023.5 del 2 ottobre 2023, consid. 12, citata nello scritto del 24 settembre 2025 all'assicuratore [doc. XVII]). Si rammenta che, alla Cassa è stata rivolta la richiesta di consegnare l'intero incarto (doc. X), seguita dall'invito a produrre eventuali ulteriori mezzi di prova non consegnati in precedenza (doc. XVII del 24 settembre 2025). Non è stata quindi dimostrata adeguatamente la possibilità per la Cassa di prelevare spese di natura amministrativa, che la stessa sia prevista e concessa all'assicuratore dal proprio regolamento o dalle condizioni assicurative vincolanti l'assicurata. Per questa ragione la pretesa dell'assicuratore va respinta, questo nonostante quanto indicato genericamente nella decisione su opposizione al punto 10 a pagina 4 (" Le condizioni generali della CO1 prevedono espressamente l'elevazione delle spese di richiamo e dei costi amministrativi causati dal pagamento ritardato dell'assicurato "), che non ha trovato conferma mediante la consegna agli atti delle condizioni d'assicurazione. L'affermazione contenuta nella decisione su opposizione non è infatti sufficiente (cfr. su questo punto la STCA 36.2023.5 del 2 ottobre 2023, consid. 12).

2.10. Con la decisione su opposizione impugnata l'assicuratore ha condannato l'insorgente anche al pagamento degli interessi di mora al 5% sull'intero importo dovuto e questo dal 1° gennaio 2019. Preliminarmente va rammentato che sulle partecipazioni ai costi non possono essere prelevati interessi di mora o compensativi in assenza di una base legale (fra le tante, cfr. STCA 36.2012.9 del 15 giugno 2012, consid. 6, con riferimento alle STF K 40/05 del 12 gennaio 2006 pubblicata in RAMI, KV 356, pag. 40; STF K 24/06 del 3 luglio 2006, consid. 3.2). Per quanto concerne i premi, secondo l'art. 90 OAMal essi 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% annuo. Ne segue che il prelevamento degli interessi di mora va confermato, ma non nelle modalità e per il periodo ritenuti dalla Cassa. Gli interessi sono postulati dal 1° gennaio 2019. Come visto i premi di cui viene chiesto il pagamento sono dovuti dal 1° ottobre 2020. Considerato che essi vanno pagati in anticipo, di regola mensilmente, per semplificarne il calcolo, per l'inizio del termine da cui decorrono gli interessi di mora, può essere presa in considerazione una media tra il mese di ottobre 2020 ed il mese di novembre 2024. Con questo calcolo si raggiunge infatti lo stesso risultato che si otterrebbe facendo partire mensilmente il tasso d'interesse del 5% per ogni singolo premio. Gli interessi al 5% sono pertanto dovuti, sull'intero importo di CHF 27'545.39, dal 1° novembre 2022.

2.11. L'insorgente afferma di essere stata in buona fede, sostenendo di non aver saputo che l'assicurazione sanitaria fosse individuale ma pensava di essere coperta tramite il marito. Il diritto alla protezione della buona fede di cui all'art. 9 Cost. consente al cittadino di esigere che l'autorità rispetti le proprie promesse e che essa eviti di contraddirsi. Così un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un cittadino un vantaggio contrario alla legge se i seguenti presupposti, precisati da una lunga e consolidata giurisprudenza, sono cumulativamente adempiuti : 1. si tratta di un'informazione senza riserve da parte dell'autorità; 2. l'autorità deve essere intervenuta in una situazione concreta nei riguardi di persone determinate; 3. l'autorità ha agito o creduto di agire nei limiti delle proprie competenze; 4. l'assicurato non deve essersi reso conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta; 5. l'informazione errata ha indotto l'assicurato ad adottare un comportamento o un'omissione che gli è pregiudizievole; 6. la legge non è stata modificata dal momento in cui l'informazione è

stata data; 7. l'interesse alla corretta applicazione del diritto oggettivo non prevale su quello alla tutela della buona fede. (cfr. STF 9C_353/2024 del 25 febbraio 2025, consid. 2.3 con riferimenti; STF 9C_29/2022 del 6 dicembre 2022 consid. 4.2.; STF 8C_271/2022 dell'11 novembre 2022 consid. 3.2.3.; STF 8C_458/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 3.2., pubblicata in SVR 2022 ALV Nr. 26 pag. 92 e DLA 2022 N. 10 pag. 316; STF 8C_458/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 3.2.; STF 9C_86/2021 del 14 giugno 2021 consid. 6.1.; STF 9C_296/2020 del 4 settembre 2020 consid. 2.2.; STF 8C_625/2018 del 22 gennaio 2019, pubblicata in DLA 2019 N. 4 pag. 97; DTF 143 V 95 consid. 3.6.2.; STF 9C_753/201 del 3 aprile 2017 consid. 6.1.; STF 8C_306/2015 del 25 agosto 2015 consid. 3.2.; STF 9C_5/2015 del 31 luglio 2015 consid. 3.; STF 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009 consid. 3.1.; STF K 107/05 del 25 ottobre 2005 consid. 3.1.; STF C 270/04 del 4 luglio 2005 consid. 3.3.1.; STF C 218/03 del 28 gennaio 2004 consid. 2; STF C 25/02 del 29 agosto 2002; DTF 121 V 65, consid. 2a pag. 66-67 e la giurisprudenza ivi citata). La tutela della buona fede non presuppone però sempre l'esistenza di un'informazione o di una decisione sbagliata. Il diritto alla tutela della buona fede può così anche essere invocato con successo in presenza, semplicemente, di rassicurazioni o di un comportamento dell'amministrazione suscettivi di fare nascere nell'amministrato determinate aspettative (STF 9C_1/2022 del 23 febbraio 2022, consid. 4.4.2). In tale evenienza, tuttavia, l'assicurato non può, conformemente all'art. 3 cpv. 2 CC, prevalersi della propria buona fede se, nonostante i dubbi che si imponevano, non ha agito con la diligenza richiesta dalle circostanze (cfr. STF 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009 consid. 4.1.; RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b). L'assenza di informazioni in una situazione concreta laddove l'obbligo di informare è previsto dalla legge o quando le circostanze particolari del caso avrebbero presupposto un'informazione da parte dell'assicuratore è assimilato ad una dichiarazione erronea e può, a certe condizioni, obbligare l'autorità (in concreto l'assicuratore) a consentire ad una persona assicurata un vantaggio al quale non avrebbe potuto pretendere in virtù del principio della buona fede derivante dall'art. 9 Cost. fed. (DTF 131 V 472 consid. 5). Nel caso di specie la ricorrente non sostiene che l'assicuratore le abbia fornito un'informazione errata. Ella non può neppure far valere una mancanza di informazione. All'insorgente, ormai 84enne, e che prima di recarsi in Spagna era affiliata alla LAMal in Svizzera, non poteva infatti sfuggire che l'assicurazione delle cure medico-sanitarie è individuale. Tant'è che le polizze di assicurazione le sono sempre state trasmesse personalmente, a suo nome (cfr. plico doc. 2a).

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