

TI_GERICHTE 35.2021.7 vom 5. Juli 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-07-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.7

FR: TI_GERICHTE 35.2021.7 du 5 juillet 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.7 del 5 luglio 2021

Regeste

Discussa la questione di sapere se assicurata si è validamente opposta alla decisione formale. In particolare, questione di sapere se una certif. medica può essere considerata alla stregua di un'opposizione

Erwägungen

E. 1

Comme l'a retenu à bon droit la juridiction cantonale, il ne ressortait pas du courrier du docteur C. _____ du 18 février 2019 que l'assurée envisageait de former opposition à l'encontre de la décision de suppression de prestations du 22 janvier 2019. Cette dernière avait été adressée à la recourante. Or le courrier du 18 février 2019 ne faisait pas référence à cette décision et ne mentionnait pas non plus qu'il était adressé au nom de l'assurée. Il ne contenait par ailleurs aucune autre mention laissant supposer que l'assurée avait mandaté son médecin pour la représenter. Le courrier adressé à la CNA par le psychiatre traitant de la recourante se prononçait uniquement sur l'évolution de l'état de santé de celle-ci et sur sa capacité de travail. Cela ne saurait être assimilé à une déclaration de volonté de contester une décision de refus ou de suppression de prestations pour sa patiente. Quoi qu'en dise la recourante, le fait que la lettre de son médecin traitant ait été envoyée à la CNA durant le délai d'opposition n'y change rien. En effet, il est courant que durant le délai d'opposition, l'assuré produise lui-même un ou plusieurs rapports médicaux à l'appui de son opposition formelle ou demande à un ou plusieurs médecins d'envoyer leur rapport directement à l'assureur, sans que ces rapports soient pour autant assimilés à une opposition. 5.2. On ne saurait non plus reprocher à l'intimée d'avoir contrevenu au principe de la bonne foi en omettant d'interpeller l'assurée ou son médecin. Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assurance-accidents) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait sinon pas pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1 p. 346; 131 V 472 consid. 5 p. 480). En l'espèce, l'intimée avait pleinement satisfait à son obligation de renseigner l'assurée puisque dans sa décision du 22 janvier 2019, elle avait mentionné que cette décision passerait en force si elle n'était pas attaquée par voie d'opposition dans les 30 jours à compter de sa notification et que ce délai légal ne pouvait pas être prolongé (cf. art. 49 al. 3 LPGA). Aussi ne saurait-on reprocher à l'intimée de n'avoir pas renseigné l'assurée sur ce point. 5.3. Enfin, on ne voit pas en quoi l'assureur aurait contrevenu au principe de la bonne foi en n'entrant pas en matière sur l'opposition pour des raisons formelles et en procédant à des mesures d'instruction postérieurement à la notification de la décision sur opposition, du moment que

de nouvelles investigations médicales pouvaient entrer en considération après l'entrée en force de la décision du 22 janvier 2019 aux fins d'une révision procédurale ou d'une reconsidération (cf. art. 53 al. 2 et 3 LPGA).” 2.6. Nella concreta evenienza, dalle carte processuali si evince che, con decisione formale del 7 dicembre 2016, la CO 1 ha dichiarato estinto, al più tardi, dal 31 marzo 2017 il nesso di causalità naturale tra l'infortunio del maggio 2015 e i disturbi alla spalla destra. L'assicuratore ha quindi posto termine al versamento delle prestazioni sanitarie dal 1° aprile 2017 e a quello dell'indennità giornaliera dal 1° marzo 2017 (avendo l'assicurata ritrovato una piena capacità lavorativa da quella data) (doc. 104). Il 27 dicembre 2016, il datore di lavoro di RI 1 ha trasmesso all'amministrazione il certificato 5 dicembre 2016 della _____ attestante un'inabilità del 30% per il periodo 1° dicembre 2016 – 1° gennaio 2017. Il tenore della mail accompagnatoria è il seguente: “ Buongiorno, le inoltro il certificato medico di RI 1. Cordiali saluti ” (doc. 105 e doc. 105.1). Un secondo attestato d'incapacità lavorativa della _____ (inabilità del 20% dal 1° gennaio 2017 al 1° febbraio 2017), è stato inviato all'istituto assicuratore il 24 gennaio 2017 con un identico messaggio accompagnatorio (doc. 107 e doc. 107.1). Secondo il rappresentante della ricorrente, l'invio alla CO 1 dei due certificati medici appena citati dovrebbe essere interpretato quale valida opposizione alla decisione formale del 7 dicembre 2016, ciò è almeno quanto l'assicuratore avrebbe dovuto comprendere in virtù del principio dell'affidamento (cfr. doc. I, p. 5: “Come confermano la sentenza citata (DTF 123 V 128) e la dottrina, l'invio di due certificati medici a seguito di una decisione non possono che essere considerati, secondo il principio dell'affidamento, come “l'inequivocabile volontà dell'assicurato di voler opporsi alla decisione formale.”). Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale constata innanzitutto che, in data 18 novembre 2016, l'amministrazione ha trasmesso all'assicurata un'istanza di diritto d'audizione, il cui contenuto è stato ripreso nella decisione formale emanata successivamente, concedendole un termine per formulare delle osservazioni (doc. 103). Il datore di lavoro di RI 1 ha reagito con lo scritto del 29 dicembre 2016, dal cui tenore non emerge minimamente la volontà di contestare quanto disposto dall'assicuratore, anzi (doc. 106: “Confermiamo di aver ricevuto copia della vostra lettera sopraccitata e con soddisfazione prendiamo nota del riassunto del vostro perito che, in occasione della visita medico-peritale del 13 ottobre 2016, ha potuto verificare l'abilità lavorativa. (...).”). D'altro canto, secondo il TCA, né dai certificati medici stessi né, tantomeno, dai messaggi accompagnatori del datore di lavoro della ricorrente, emerge la chiara volontà di contestare la decisione formale di soppressione delle prestazioni. In questo senso, ci si chiede come l'assicuratore avrebbe potuto e dovuto comprendere le note attestazioni della Clinica _____ quale opposizione, se i gradi d'inabilità lavorativa ivi certificati corrispondono esattamente a quelli che sono stati ritenuti dalla CO 1 stessa nella decisione (30% nel mese di dicembre 2016 e 20% in quello di gennaio 2017 – cfr. doc. 104, p. 2). Inoltre, non può neppure essere ignorato che l'assicuratore resistente ha dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni dipendente dall'evento traumatico del maggio 2015, principalmente per ragioni attinenti alla causalità naturale. Ora, i certificati della _____, così come del resto i messaggi accompagnatori, non contengono il benché minimo riferimento a tale aspetto. Il patrocinatore dell'assicurata non può essere seguito nemmeno laddove pretende che, in virtù del principio della buona fede, l'istituto resistente avrebbe dovuto “... accertare in caso di dubbio l'effettiva valenza dell'invio del certificato medico, interpellando il medico e/o l'assicurato.” (doc. V, p. 3). Così come stabilito dal TF nella fattispecie di cui alla sentenza succitata (cfr. supra, consid. 2.5.), anche nel caso concreto la CO 1 ha

adempito il proprio obbligo d'informare l'assicurata, visto che nella decisione formale del 7 dicembre 2016 ha indicato che essa avrebbe acquisito forza di cosa giudicata qualora non fosse stata interposta opposizione entro il termine di 30 giorni dalla sua ricezione, termine non prorogabile (cfr. art. 49 cpv. 3 LPGA). Infine, l'avv. RA 1 non può validamente appellarsi alla pronuncia di cui alla DTF 123 V 128. Infatti, in quella fattispecie, i certificati medici trasmessi all'assicurazione, attestanti l'esistenza di un'incapacità lavorativa parziale, rispettivamente totale, erano pertinenti riguardo al contenuto della decisione formale che aveva dichiarato l'assicurato totalmente abile al lavoro. Nel caso concreto, invece, le attestazioni della _____ confermano che RI 1 era inabile al 30% nel dicembre 2016 e al 20% nel gennaio 2017, così come stabilito dalla CO 1. In esito a tutto quanto precede, data l'assenza di una volontà espressa dall'assicurata di contestare la decisione formale del 7 dicembre 2016 nel termine di 30 giorni previsto dalla legge, occorre concludere che l'amministrazione era legittimata a dichiarare il provvedimento in questione cresciuto in giudicato.

2.7. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui 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. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, p. 1303 e seguenti, p. 1334: "La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGA). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera f bis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1 bis LAI)". Secondo l'art. 83 LPGA (disposizione transitoria), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è stato inoltrato il 25 gennaio 2021 e pertanto si applica il nuovo diritto. Nell'ambito della procedura AI, il TF, a proposito dell'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2020, ha già avuto modo di stabilire che non si è in presenza di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI, in caso di vertenze circa l'ammontare delle ripetibili nell'ambito dell'assistenza giudiziaria, di pagamento di prestazioni a terzi o di condono della restituzione di prestazioni (cfr. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 4a edizione, n. 70 ad art. 61, p. 1101 e i riferimenti ivi menzionati). In concreto, l'oggetto della lite sottoposta all'esame del TCA è una questione di natura procedurale, ossia quella di sapere se l'assicurata si è validamente opposta alla decisione formale emanata dalla CO 1. Anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali, secondo questa Corte, non si tratta qui di una controversia relativa a prestazioni (che, in assenza di una norma specifica prevista dalla LAINF, non sarebbe soggetta a spese) e, di conseguenza, devono essere prelevate le spese.

Le spese, poste a carico della ricorrente, sono fissate in complessivi fr. 200 (cfr. art. 29 cpv. 4 Lptca).

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