

## **TI\_GERICHTE 36.2003.111 vom 3. Februar 2004**

TI Tribunale d'appello, 2004-02-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2003.111](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.111)

FR: TI\_GERICHTE 36.2003.111 du 3 février 2004

IT: TI\_GERICHTE 36.2003.111 del 3 febbraio 2004

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Le disposizioni della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga alla LPGA.

#### **E. 2**

Esse non sono applicabili ai seguenti settori: a. autorizzazione ed esclusione di fornitori di prestazioni (art. 35-40 e 59); b. tariffe, prezzi e stanziamento globale di bilancio (art. 43-55); c.

#### **E. 2.4**

Secondo la vecchia legge, giusta l'art. 80 LAMal, se l'assicurato non accettava una risoluzione dell'assicuratore, quest'ultimo doveva emanare una decisione scritta entro 30 giorni a decorrere dall'esplicita domanda dell'assicurato. L'assicuratore doveva motivare la decisione e indicare il rimedio giuridico: la notifica irregolare di una decisione non poteva essere di pregiudizio all'assicurato. Le decisioni rese dagli assicuratori sulla base del citato art. 85 erano, poi, impugnabili entro 30 giorni mediante opposizione all'organo decisionale. Trascorso infruttuoso tale termine, le decisioni acquistavano forza di cosa giudicata. Questo era dunque, l'iter procedurale posto in essere dalla vecchia LAMal nel caso di richieste di prestazioni non accolte o accolte soltanto parzialmente dall'assicuratore. I rapporti fra le parti iniziavano con una richiesta di prestazioni proveniente dall'assicurato (o da un suo rappresentante) e proseguivano, poi, in caso di disaccordo, con la richiesta di una decisione formale, con l'inoltro, contro di essa, di un'opposizione, e, infine, con l'emanazione di una decisione su opposizione cui poteva fare seguito l'avvio della procedura giudiziaria prevista dall'art. 86 LAMal. L'art. 86 cpv. 2 v.LAMal prevedeva che l'interessato potesse presentare ricorso se la Cassa malati non emanava, come detto, la decisione su opposizione. Si trattava di un ricorso per denegata giustizia (M. Maurer, *Das Neue Krankenversicherungsrecht*, Basilea 1996, p. 171). La legge fissava, per l'emanazione del provvedimento di cui all'art. 80 cpv. 1 LAMal, un termine di 30 giorni – mentre un termine analogo non esisteva per la decisione su opposizione. In caso di applicazione dell'art. 86 cpv. 2 alla mancata emanazione di una decisione su opposizione, in assenza di una disposizione speciale, occorreva richiamare i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di ritardata giustizia. Non andava invece applicato per analogia il termine di trenta giorni di cui al citato art. 80 v.LAMal (DTF 125 V 189). Era dato in particolare ritardo ingiustificato se: " l'autorità differisce la pronuncia della decisione al di là di un termine ragionevole. Il carattere ragionevole della durata della procedura si valuta in funzione delle circostanze concrete di causa. Si deve in particolare considerarne l'ampiezza e la difficoltà, così come il comportamento dell'interessato. Circostanze estranee alla vertenza, quali il carico di lavoro

dell'autorità, non entrano in linea di conto (DTF 125 V 188 e giurisprudenza citata). Nella sentenza citata il TFA ha ritenuto che non sussisteva denegata giustizia in presenza di una fattispecie relativamente complessa che necessitava approfondita istruttoria nonostante il trascorrere di quattro mesi tra opposizione e ricorso (in proposito cfr. anche STCA inedita del 12 aprile 1999 in re G.T)." (cfr. STCA inedita 2 maggio 2003 \_\_\_\_\_ nella causa H.) In sostanza la precedente normativa regolava il tema della denegata giustizia come la nuova LPGA che permette all'assicurato di adire il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni in assenza di emanazione di una decisione o di decisione su opposizione. Con la nuova LPGA il legislatore non ha voluto mantenere il termine di 30 giorni per l'emanazione della decisione formale dalla richiesta esplicita da parte dell'assicurato. Tale abolizione impone oggi di valutare il tempo trascorso dalla richiesta di emanazione della decisione formale sino al momento in cui l'assicurato si aggrava al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni secondo i parametri ritenuti dal Tribunale Federale per ammettere una ritardata giustizia, ossia quegli stessi parametri più sopra rammentati e che valevano, secondo la precedente regolamentazione, esclusivamente per l'emanazione della decisione su opposizione. Il Tribunale deve quindi valutare l'ampiezza, la difficoltà della causa, così come il comportamento dell'assicurato.

2.5. Nel caso concreto l'assicuratore ha prodotto agli atti il doc. \_\_, definito da \_\_\_\_\_ nella propria risposta quale "decisione" (cfr. doc. \_\_), ossia una lettera trasmessa direttamente all'Ospedale \_\_\_\_\_, tramite la quale ha affermato: " Assicurazione no \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fattura no \_\_\_\_\_ Egregi Signori, ci permettiamo ritornarvi, in allegato, la nota d'onorario di Fr. 3'703.20 relativa alla degenza dal 16 al 21 dicembre 2002 della persona a margine menzionata. Costatiamo che l'affezione, per la quale il paziente è stato in cura, è soggetta ad una riserva, applicabile unicamente sulle prestazioni coperte dalle assicurazioni complementari (in questo caso per un complemento privato in caso di degenza). Di conseguenza, vi lasciamo il compito di modificare questa fattura in merito." (doc. \_\_) Con scritto del 25 luglio 2003 l'assicurato ha rilevato di aver saputo " tramite l'Ospedale \_\_\_\_\_ della vostra decisione di non voler pagare le spese, mi sembra che avreste potuto comunicare personalmente al sottoscritto questa vostra decisione, un po' di buona creanza non basta. " Egli contesta inoltre il contenuto della lettera per motivi che qui non occorre riprendere (doc. \_\_). Il 3 settembre 2003 l'assicuratore ha affermato: "facciamo riferimento alla sua opposizione alla nostra decisione del 30 giugno (sic) 2003 concernente la riserva retroattiva emessa sulle sue categorie d'assicurazioni complementari. Nel frattempo abbiamo riesaminato il suo incarto in seguito alla lettera dell'Dottor \_\_\_\_\_ (sic) datata 21 luglio 2003. Il nostro medico di fiducia a (sic) riesaminato il caso con noi. Il trattamento del (sic) ernia discale lombare fa parte dell'affezione della colonna lombare. Pertanto confermiamo la nostra decisione del 30 giugno (sic) 2003." (doc. \_\_) Agli atti vi è inoltre uno scritto del 13 ottobre 2003 (doc. \_\_) con il quale l'assicurato afferma che " come avete già letto nella mia lettera del 25.7.03, contesto integralmente ed intendo incorrere (sic) contro la vostra decisione del 30.06.03 (nota del redattore: a mano è stata modificata la data in 1.7.2003), (riserva del trattamento ospedaliero per ernia discale lombare). Vi prego di farmi sapere la vostra decisione formale e definitiva e di indicarmi i termini e l'Autorità per ricorrere. " (doc. \_\_) Il 28 ottobre 2003 la Cassa ha affermato: "facciamo riferimento alla sua opposizione alla nostra decisione del 30 giugno 2003 concernente la riserva retroattiva emessa sulle sue categorie d'assicurazioni complementari. Abbiamo riesaminato una seconda volta il suo incarto. Secondo le indicazioni che il nostro medico di fiducia ci ha fornito, risulta che lei è in cura per l'affezione che è oggetto di riserva da qualche anno. Il trattamento del (sic) ernia discale

lombare fa parte dell'affezione della colonna lombare. Pertanto confermiamo la nostra decisione del 30 giugno 2003." (doc. \_) Il 14 novembre 2003 lo studio legale e notarile avv. \_\_\_\_\_ ha scritto all'assicuratore, in rappresentanza dell'interessato, affermando: "Il signor \_\_\_\_\_ ha ricevuto la vostra lettera datata 28 ottobre 2003, la quale, malgrado la di lui esplicita richiesta, non contiene l'indicazione dei termini di impugnazione né l'indicazione dell'autorità di ricorso. Non sono inoltre indicati né la funzione né i nomi dei firmatari. Fate anche riferimento ad una "decisione 30 giugno 2003" che non consta all'assicurato. Vista la volontà del signor \_\_\_\_\_ di procedere per vie giudiziarie, Vi chiediamo gentilmente di voler emettere una decisione formale conforme ai disposti di legge." (doc. \_) Con scritto 20 novembre 2003 la Cassa ha infine affermato: "(...) le alleghiamo una copia della dichiarazione di adesione del nostro assicurato come pure le indicazioni del nostro medico di fiducia il Dr. \_\_\_\_\_ e altre corrispondenze. I rapporti medici le vengono spedite (sic) per posta dal nostro medico di fiducia." (doc. \_) 2.6. Alla luce della corrispondenza sopra riportata per esteso emerge chiaramente che in concreto la Cassa, per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria e malgrado l'assicurato abbia chiesto in più occasioni l'emissione di una decisione formale, non ha dato seguito alle domande dell'insorgente, limitandosi ad affermare più volte che non sono date prestazioni in ambito LCA. La Cassa avrebbe perlomeno potuto spiegare, tramite uno scritto, viste le insistenti richieste dell'interessato, le differenti vie di diritto in ambito LAMal e LCA. Infatti l'assicurato, non necessariamente cognito nell'ambito giuridico e dunque delle differenti modalità di contestare una presa di posizione della Cassa a dipendenza che le prestazioni poggino sull'assicurazione obbligatoria o sull'assicurazione complementare, ha chiesto più volte l'emanazione di una decisione formale. Ora, in nessuno degli scritti prodotti dalle parti la Cassa si è espressa esplicitamente circa l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria. Non è infatti possibile ritenere quale decisione una lettera indirizzata direttamente all'Ospedale \_\_\_\_\_ e che l'assicurato ha ricevuto solo in un secondo tempo e, verosimilmente, direttamente dal nosocomio. L'assicuratore deve infatti indirizzare direttamente all'interessato, o al suo rappresentante e non al fornitore di prestazioni, la decisione formale affinché possa presentare una valida opposizione. Nemmeno negli scritti successivi la Cassa ha preso posizione in merito ad eventuali coperture da parte dell'assicurazione malattie obbligatoria, malgrado l'esplicita e insistente richiesta dell'assicurato di emanare una decisione formale. Neppure sono stati indicati i mezzi di diritto, contrariamente a quanto prevede la legge (cfr. art. 52 cpv. 2 seconda frase LPGa). E' vero che non necessariamente uno scritto, per essere considerato quale decisione, deve contenere i mezzi di diritto. Tuttavia in concreto l'assicurato ha chiesto più volte l'emissione di una decisione formale con i mezzi di diritto, poiché voleva contestare le prese di posizione della Cassa, ma la convenuta non ha mai dato seguito, se non tramite lettere interlocutorie, a quanto richiesto. Inoltre, da queste lettere non è possibile evincere se, e in che misura, parte delle prestazioni sono state assunte dall'assicuratore nell'ambito della copertura obbligatoria. Nemmeno era dato sapere a quanto ammontava l'importo ancora scoperto, se ve ne era uno, e oggetto del contendere in ambito LAMal. Solo nella fatture trasmesse il 14 luglio 2003 da \_\_\_\_\_ all'interessato vengono indicati degli importi (doc. \_ e \_). Non è tuttavia di facile comprensione capire cosa sia a carico della LAMal e cosa sia a carico delle prestazioni complementari. Va ancora rilevato che i doc. \_ e \_, fatture che l'assicuratore, nella risposta, afferma di aver rifiutato, non portano, in alto a destra, l'indirizzo del ricorrente. Per cui non è dato a capire se sono state trasmesse all'insorgente e, in caso di risposta affermativa, con quale lettera accompagnatoria. Per cui

l'assicurato non poteva nemmeno contestare le prese di posizione dell'assicuratore, in mancanza di una quantificazione della pretesa ancora scoperta. Non va poi dimenticato che anche se l'assicuratore ritiene di aver già pagato tutto quanto poteva rimborsare tramite l'assicurazione obbligatoria, doveva in ogni caso, viste le richieste esplicite dell'assicurato, emanare una decisione formale, indicando, per esteso l'eventuale importo già rimborsato e spiegando per quale motivo il rimanente non sarebbe stato a carico della LAMal. Va a questo proposito rilevato che l'art. 49 LPGA prevede al cpv. 1 che nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato l'assicuratore deve emanare per iscritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni. In concreto questo TCA deve pertanto concludere che in mancanza di una decisione formale in merito alla copertura dell'operazione e della successiva degenza del mese di dicembre 2002 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_, vi è denegata giustizia, ossia un ritardo inammissibile alla luce della semplicità della fattispecie che l'amministrazione era chiamata ad esaminare e delle continue ingiunzioni da parte dell'assicurato nel chiedere una presa di posizione formale. Ad \_\_\_\_\_ va quindi fatto ordine di emanare una decisione formale in tempi brevi (al massimo un mese), previa analisi delle richieste formulate dal ricorrente in sede ricorsuale, elencando per esteso tutte le fatture inerenti l'intervento del mese di dicembre 2002 e precisando quali sono a carico della LAMal e quali invece non lo sono, spiegandone i motivi. Visto l'esito del ricorso, l'assunzione di ulteriori prove, da parte del TCA, in questa procedura, è superflua. Va qui infatti rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). All'assicurato, rappresentato da un avvocato, vanno attribuite le ripetibili (art. 61 lett. g LPGA)

## **E. 6**

riduzioni di premi accordate ai sensi degli articoli 65, 65a e 66a e sussidi della Confederazione ai Cantoni conformemente all'articolo 66; d. liti tra assicuratori (art. 87); e. procedure dinanzi al tribunale arbitrale cantonale (art. 89)." Per quanto attiene alle norme relative alla procedura ed al contenzioso la nuova LAMal prevede, in particolare: " Art. 85 Opposizione (art 52 LPGA) L'assicuratore non può subordinare la notifica della decisione su opposizione all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso. Art. 86 Ricorso (art. 56 LPGA ) L'assicuratore non può subordinare il diritto dell'assicurato di adire il tribunale cantonale delle assicurazioni all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso." L'art. 56 LPGA regola la materia del ricorso al Tribunale specificando che le decisioni su opposizione sono soggette ad impugnativa al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni (art. 57 LPGA). La norma specifica inoltre che il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante domanda dell'assicurato, non emana una

decisione o una decisione su opposizione. Al caso di specie è applicabile la LPGA siccome la domanda di emanazione di una decisione formale è stata fatta nel corso del 2003 e l'omissione, pretesa dal ricorrente, continua.

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