

TI_GERICHTE 36.2003.15 vom 2. Mai 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-05-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.15

FR: TI_GERICHTE 36.2003.15 du 2 mai 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.15 del 2 maggio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

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. 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. 2.2. Sino alla fine del 2002 in materia di assicurazione malattia il legislatore aveva regolamentato la materia agli artt. 80 e segg. LAMal. Secondo la vecchia legge, giusta l'art. 80 LAMal, se l'assicurato non accetta una risoluzione dell'assicuratore, quest'ultimo deve emanare una decisione scritta entro 30 giorni a decorrere dall'esplicita domanda dell'assicurato. L'assicuratore deve motivare la decisione e indicare il rimedio giuridico: la notifica irregolare di una decisione non può essere di pregiudizio all'assicurato. Le decisioni rese dagli assicuratori sulla base del citato art 85 sono, poi, impugnabili entro 30 giorni mediante opposizione all'organo decisionale. Trascorso infruttuoso tale termine, le decisioni acquistano forza di cosa giudicata. Questo è, dunque, l'iter procedurale posto in essere dalla LAMal nel caso di richieste di prestazioni non accolte o accolte soltanto parzialmente dall'assicuratore. I rapporti fra le parti iniziano con una richiesta di prestazioni proveniente dall'assicurato (o da un suo rappresentante) e

proseguono, 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 può fare seguito l'avvio della procedura giudiziaria prevista dall'art. 86 LAMal. L'art. 86 cpv. 2 LAMal prevede che l'interessato può presentare ricorso nell'ipotesi in cui la Cassa malati non emani, come detto, la decisione su opposizione. Si tratta di un ricorso per denegata giustizia (M. Maurer, *Das Neue Krankenversicherungsrecht*, Basilea 1996, p. 171). La legge fissa, per l'emanazione del provvedimento di cui all'art. 80 cpv. 1 LAMal, un termine di 30 giorni – mentre un termine analogo non esiste 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, occorre richiamare i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di ritardata giustizia. Non va invece applicato per analogia il termine di trenta giorni di cui al citato art. 80 LAMal (DTF 125 V 189). È 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). 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. Nel caso in esame, alla luce dell'emanazione delle decisioni formali l'8 e 22 luglio 2002, ritenuto lo scritto dell'assicurato di data 7 agosto 2002 e la pretesa omissione di emanazione di una decisione su opposizione, va ritenuta applicabile la previgente LAMal e quindi le norme citate qui di seguito sono quelle vigenti sino a fine 2002. 2.3. L'insorgente contesta nel merito le pretese della Cassa Malati _____, indicando di non essere assicurato presso la stessa. Con il gravame _____ contesta però anche proceduralmente l'agire dell'assicuratore, ossia chiede che _____ sia costretta ad emanare le decisioni formali richieste. In altri termini il ricorrente contesta la validità della procedura adottata dalla Cassa, la quale avrebbe proceduto nelle vie esecutive, con la domanda di prosecuzione dell'esecuzione, senza precedentemente intimargli una decisione formale su opposizione a fronte della sua lettera 7 agosto 2002 in reazione alle decisioni formali 8 e 22 luglio 2002. Come anticipato nelle considerazioni d'ordine giusta l'art. 80 capoverso 1 LAMal vigente fino alla fine del 2002, 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. Il capoverso 2 della medesima norma prevedeva che l'assicuratore doveva motivare la decisione ed 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. 80 vLAMal erano poi impugnabili con opposizione entro 30 giorni all'organo che le ha notificate (art. 85 cpv. 1 vLAMal). La procedura d'opposizione era gratuita (art. 85 cpv. 2 vLAMal). Entro trenta giorni l'assicurato poteva impugnare mediante ricorso la decisione su opposizione davanti al Tribunale delle Assicurazioni (art. 86 cpv. 1 vLAMal) per quanto riguarda il Cantone Ticino. Se tale termine trascorrevva infruttuoso, le decisioni dell'assicuratore acquistavano forza di cosa giudicata. Questo era l'iter procedurale

posto in essere dalla LAMal nel caso di richieste di prestazioni non accolte o accolte soltanto parzialmente dall'assicuratore sino al 31 dicembre 2002. Dal 1° gennaio 2003 la procedura, come detto, è retta dalla nuova LPGa e dalle nuove norme degli artt. 80 e segg. LAMal, ma – come indicato in precedenza - non è dissimile da quella precedentemente in vigore. 2.4. In concreto _____ si ritiene creditrice nei confronti del ricorrente per gli importi indicati ed a motivo delle pretese l'assicuratore indica il mancato pagamento di premi. Come indicato _____ ha chiesto all'UE competente di _____ di spiccare due precetti esecutivi cui _____ ha interposto opposizione. A sostegno delle esecuzioni _____ ha emanato due decisioni formali in cui ha confermato i suoi crediti ed ha rigettato l'opposizione. _____ ha reagito alle due decisioni con uno scritto datato 7 agosto 2002, inviato per raccomandata con avviso di ricevimento, in cui, nella sostanza, contesta le pretese dell'assicuratore. Il ricorrente richiama il suo scritto dell'11 febbraio 2002 e rammenta – non importa se a torto od a ragione poiché non è questa la sede per tale esame – di non avere rapporto assicurativo con _____. In altri termini _____ ha contestato chiaramente ed esplicitamente la decisione dell'assicuratore. In altri termini lo scritto 7 agosto 2002 costituisce una opposizione alle decisioni formali dell'8 e 22 luglio precedenti. Anche se i termini dello scritto 7 agosto 2002 non appaiono giuridicamente impeccabili – ma non lo si poteva pretendere da un economista non giurista – il ricorrente ha palesemente, specificatamente e chiaramente contestato le decisioni citate. Nella lettera 7 agosto 2002 l'assicurato ha contestato la presa di posizione della Cassa, negando nella sostanza di dovere danari ad _____, si è sostanzialmente lamentato dell'agire dell'Amministrazione che ha proceduto a far spiccare nei suoi confronti precetti esecutivi, ha diffidato l'assicuratore malattia a comprovare il suo buon diritto. A mente di questo Tribunale il tenore dello scritto nel suo complesso non lascia dubbi sulle reali intenzioni del ricorrente di opporsi alla citata decisione formale della Cassa. Lo scritto del 7 agosto 2002 del ricorrente costituisce un'opposizione alle decisioni 8 e 22 luglio 2002 della Cassa e tale sua caratteristica non poteva sfuggire alla Cassa Malati. Ciò stante, secondo quanto esposto in ingresso, alla suddetta opposizione del ricorrente doveva fare obbligatoriamente seguito una formale decisione su opposizione. La Cassa non ha invece reagito allo scritto del 7 agosto 2002 di _____, che costituiva chiaramente una opposizione, ed anzi ha accertato – contrariamente all'evidenza delle cose – la crescita in giudicato delle sue decisioni come dettagliatamente descritto nelle considerazioni di fatto. L'Amministrazione, come traspare dalla risposta di causa e come dimostrato dalla documentazione prodotta dal ricorrente (fotocopia dell'attestato d'invio raccomandata AR al competente ufficio di _____), ha effettivamente ricevuto la comunicazione 7 agosto 2002 e, nonostante ciò, ha chiesto la continuazione della procedura esecutiva, giungendo all'avviso di pignoramento. Colpisce, d'altra parte, che il Servizio Incassi Centrale di _____ abbia chiesto in forma scritta a se stesso, ossia abbia scritto al Servizio Incassi Centrale di _____, di attestare l'assenza di una opposizione alle decisioni 8 e 22 luglio 2002 e che, sulla base di tale attestazione (che poteva perlomeno essere pretesa da altro ufficio, di controllo o relativo al settore giuridico), abbia domandato ed ottenuto la prosecuzione delle esecuzioni contro il ricorrente. Va al proposito osservato come, in analogia con quanto avviene per le decisioni su opposizione, l'attestazione di crescita in giudicato di una decisione (soggetta ad opposizione) debba essere accertata dall'ufficio dell'amministrazione stessa competente ad evadere le opposizioni con l'emanazione di decisioni su opposizione. Per tornare al caso di specie, in possesso della “attestazione” di crescita in giudicato delle decisioni, la Cassa malati ha potuto ottenere

dall'UE la continuazione della procedura esecutiva fino all'avviso di pignoramento, fissato per il 21 febbraio 2003, poi sospeso con decreto del 20 febbraio 2003 di questo Tribunale concedente effetto sospensivo al presente ricorso (doc. _). In conclusione, malgrado la Cassa abbia ricevuto lo scritto di contestazione dell'insorgente, essa l'ha ignorato anziché trattarlo come un'opposizione alla decisione gravida di conseguenze e, conseguentemente, non l'ha evaso come avrebbe dovuto fare. _____ viene invitata a migliore diligenza nella trattazione di fattispecie analoghe per evitare in futuro il ripetersi di analoghe spiacevoli evenienze.

2.5. Nel caso di specie, quindi, la Cassa non ha emanato le decisioni su opposizione che si imponevano ed ha invece attestato che le sue decisioni del luglio 2002 erano cresciute in giudicato. Le decisioni, sulla scorta della quali l'Amministrazione ha domandato il proseguimento della procedura, non risultavano invece cresciute in giudicato essendo stata introdotta tempestiva, chiara ed esplicita opposizione. La Cassa non poteva quindi ottenere la prosecuzione dell'esecuzione forzata nei confronti dell'assicurato. In concreto la Cassa ha emanato, spontaneamente, due decisioni con cui ha tolto l'opposizione ai PE n. _____ e _____. Avverso tali decisioni è stata comunque formulata un'opposizione con termini ampiamente comprensibili e comunque espliciti nella chiara contestazione delle pretese dell'assicuratore, ciò a fronte di una decisione decisamente scarna e molto insoddisfacente. L'opposizione è stata ricevuta dalla Cassa e la medesima nulla ha eccepito nel corso dell'istruttoria sulla forma dello scritto. Tuttavia, l'assicuratore non ha tenuto conto di questo atto, tanto che ha ottenuto, come detto a fronte di autocertificazione della crescita in giudicato, la prosecuzione dell'esecuzione sino alla definizione della data in cui doveva aver luogo il pignoramento. Nessuna decisione conseguente all'opposizione del 7 agosto 2002 di _____ è stata emanata dall'Amministrazione. Alla luce della semplicità della procedura e del tempo trascorso il ritardo accumulato dalla Cassa appare decisamente insostenibile ed inammissibile, come lo è, d'altra parte, l'autocertificazione di crescita forza delle decisioni. Vi è stato, nel caso di specie, una manifesta denegata giustizia già nel non rendere una decisione formale su opposizione a fronte dell'opposizione dell'assicurato. Stante quanto precede, all'assicuratore malattia va quindi fatto obbligo di emanare una decisione impugnabile nei tempi più contenuti. Le domande di prosecuzione dell'esecuzione della _____ 22 agosto e 6 settembre 2002 apparivano indubbiamente premature e fondate su decisioni non cresciute in giudicato.

2.6. Giusta l'art. 17 cpv. 1 LEF, salvo i casi in cui la legge prescriba la via giudiziale, contro ogni provvedimento di un ufficio d'esecuzione o di un ufficio dei fallimenti è ammesso il ricorso, nel termine di dieci giorni, all'autorità di vigilanza e ciò per violazione di una norma di diritto o errore d'apprezzamento. L'art. 22 LEF prevede invece la nullità delle decisioni che violano prescrizioni emanate nell'interesse pubblico o nell'interesse di persone che non sono parte del procedimento. L'autorità di vigilanza constata d'ufficio la nullità anche quando la decisione non sia stata impugnata. Da rammentare che la nullità di un atto è rilevata d'ufficio anche dal TF (DTF 125 III 337). L'art. 23 LEF prevede che i Cantoni designano le autorità giudiziarie competenti per le decisioni deferite al giudice dalla legge. In virtù dell'art. 10 della Legge cantonale di applicazione della Legge federale sulla esecuzione e sul fallimento (LALEF), la Camera d'esecuzione e fallimenti del Tribunale d'appello (CEF) esercita, in sede unica cantonale, la vigilanza sugli uffici d'esecuzione e fallimenti. L'autorità di vigilanza è autorità cantonale unica di ricorso contro i provvedimenti degli organi di esecuzione e fallimento. Nei casi in cui un Ufficio esecuzioni faccia proseguire l'esecuzione in presenza di opposizione alla decisione della Cassa malati, rispettivamente quando sia stato inoltrato un ricorso, l'autorità

competente per decidere circa la nullità della decisione dell'autorità esecutiva è l'autorità di vigilanza, ossia la CEF, in conformità dei sopra esposti artt. 22 LEF e 10 LALEF. Il TCA, per contro, può e deve rigettare in via definitiva l'opposizione ad un precetto esecutivo in tutto od in parte, laddove la decisione dell'autorità amministrativa si riveli corretta (almeno in parte). Il TFA, per costante giurisprudenza, ha precisato che: "(...) auf dem Gebiete der Sozialversicherung ist dabei die erstinstanzlich verfügende Verwaltungsbehörde, die kantonale Rekursbehörde bzw. das Eidg. Versicherungsgericht ordentlicher Richter im Sinne von Art. 79 SchKG, der zum materiellen Entscheid über die Aufhebung des Rechtsvorschlags zuständig ist (BGE 109 V 51, 107 III 65seg). (...) Die Verwaltungsbehörde hat demnach in ihre Verfügung nicht bloss einen sozialversicherungsrechtlichen Sachentscheid über die Verpflichtung des Versicherten zu einer Geldzahlung zu fällen, sondern gleichzeitig auch als Rechtsöffnungsinstanz über die Aufhebung des Rechtsvorschlags zu befinden (BGE 107 III 65)" (DTF 119 V 329). Questo Tribunale deve quindi potere accertare la correttezza rispettivamente la validità della decisione di merito. Le decisioni della Cassa in discussione non sono cresciute in giudicato. Non è invece data competenza al TCA circa la questione a sapere se un atto dell'Ufficio esecuzione e fallimenti è nullo (cfr. artt. 20 LEF e 10 LALEF). Nella fattispecie si giustifica pertanto l'invio degli atti e di copia della presente sentenza alla CEF per il giudizio di sua competenza, ciò in considerazione del fatto che il ricorrente ha chiesto trasmissione del suo gravame in copia alla CEF ed all'UE (I) ciò che questo TCA ha fatto (III). 2.7. Alla luce di quanto precede, nella misura in cui il gravame tende all'accertamento di un ingiustificato ritardo da parte della Cassa malati nell'emanazione delle decisioni su opposizione, lo stesso va accolto. L'assicuratore è quindi invitato a procedere nei suoi incombenti. Visto l'esito dell'impugnativa non vengono caricate tasse e spese alle parti e non vengono concesse ripetibili. Infatti, secondo l'art. 87 lett. g vLAMal – ora abrogato e ripreso dall'art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa - il ricorrente che vince la causa ha diritto alla rifusione delle ripetibili nella misura stabilita dal tribunale. Il loro importo è determinato in relazione alla fattispecie e alla difficoltà del processo, senza tener conto del valore litigioso. Orbene, l'indennità è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato - in effetti la disposizione in questione non si esprime in termini di rimborso spese d'avvocato bensì, genericamente, di spese di rappresentanza (RCC 1983 pag. 329; RCC 1980 pag. 116; DTF 108 V 111) -, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (RCC 1992 pag. 433 consid. 2a, RCC 1985 pag. 411 consid. 4, DTF 108 V 271 = RCC 1983 pag. 329). Nell'ipotesi in cui i Cantoni autorizzano a rappresentare anche persone prive del brevetto di avvocato, devono regolamentare anche le indennità che li concernono (DTF 108 V 111). Nel caso in esame il ricorrente non è rappresentato, ha agito da solo ed ha provveduto a salvaguardare adeguatamente i suoi diritti. Non si giustifica quindi il riconoscimento di ripetibili nell'ambito della procedura relativa all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

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