

TI_GERICHTE 36.2003.35 vom 11. Juni 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-06-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.35

FR: TI_GERICHTE 36.2003.35 du 11 juin 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.35 del 11 giugno 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. Al caso di specie è applicabile la LPGA siccome i fatti posti a base della pretesa denegata giustizia (in particolare la domanda di emanazione di una decisione formale) data del febbraio 2003 e l'omissione, pretesa dal ricorrente, continua. Nel merito 2.3. Secondo la LAMal nel suo tenore valido 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 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 36.2003.15 in re 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. 2.4. Nel caso concreto _____ ha prodotto agli atti quale doc. _ una fattura 12.9.2002 del dott. _____ per un importo di CHF 97,20 (prestazioni del 9 - 19.8.2002), quale doc. _ fotocopia di una fattura 28.8.2002 del dott. _____ per un importo di CHF 61,20 (prestazioni del 26.7.2002) e doc. _ fattura del dott. _____ 7.11.2002 per un importo di CHF 403,80 (prestazioni dal 23.7 al 29.10.2002). Oltre a tali fotocopie _____ ha prodotto una fattura (sempre in copia) della Farmacia _____ per complessivi CHF 164,50 ed una copia di una fattura 6 marzo 2002 del dott. _____ per CHF 186.- (prestazioni 3 -11.12.2001) con copia del cedolino di ricevuta dell'avvenuto pagamento da parte di _____ (doc. _). Sul retro delle fatture dei medici _____, _____ e _____ si leggono delle annotazioni a mano indicanti la ricevuta delle rispettive

fatture, la data della loro trattazione ed un numero di conteggio ("Décompte") per tutte uguali (ciò nonostante le date di ricevuta e trattazione delle fatture siano diverse) ossia: _____ . Le annotazioni a mano indicano poi le seguenti parole: "Compensation CHF 167.40". _____ non ha invece prodotto alcun conteggio e nessuna precisazione in merito alla "Compensation" segnalata a retro delle fatture dei medici. 2.5. Alla luce della data delle fatture, visto come la più datata delle stesse sia del marzo 2002, ritenuto come l'assicurato si sia rivolto all'assicuratore chiedendo una decisione formale alla luce del mancato versamento delle prestazioni assicurative a fronte delle notule dei medici, a giusta ragione - come ammesso dalla stessa _____ - vi è stata denegata giustizia ossia un ritardo inammissibile alla luce della semplicità della fattispecie che l'amministrazione era chiamata ad esaminare. A _____ va quindi fatto ordine di emanare una decisione formale entro e non oltre la fine del corrente mese per giustificare il mancato pagamento delle proprie prestazioni all'assicurato. All'assicuratore è nota la giurisprudenza cantonale e federale relativa alla norma della LCAMaI che impedisce all'assicuratore di compensare le proprie pretese con le prestazioni dovute all'assicurato. Alla luce di quanto precede il gravame va accolto senza carico di spese e senza riconoscimento di ripetibili alla luce della natura della fattispecie.

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