

TI_GERICHTE 36.2003.92 vom 3. Dezember 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-12-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.92

FR: TI_GERICHTE 36.2003.92 du 3 décembre 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.92 del 3 dicembre 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. 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. 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 della decisione formale l'11 ottobre 2002, ritenuto lo scritto dell'assicurato di data 11 novembre 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, proceduralmente l'assicurato non accetta 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 11 novembre 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. Nel caso specifico _____ è stato escusso con il PE _____, si è opposto all'esecuzione ed _____ ha emanato una decisione con cui l'opposizione è rigettata. Da rilevare come la decisione non brilli per chiarezza recando la composizione del credito non di seguito al punto 1 ma in coda al punto 2. Poco importa comunque ritenuto che, anche se ai limiti inferiori sia da un punto di vista linguistico che di contenuti, la decisione è comprensibile ed è stata correttamente recepita dall'assicurato. Questi ha inoltrato una opposizione chiara nel suo tenore, come egli stesso ribadisce, come _____ riconosce e come già evidenziato nella sentenza 2/9 maggio 2003 in analoga situazione. Nella lettera 11 novembre 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. _____, poco importa qui accertare se nel merito abbia ragione o torto non essendo il tema della sentenza, ha contestato l'esistenza di un contratto in essere con _____. Più chiara di così l'opposizione non poteva essere. V'è da domandarsi se lo scritto, recapitato come ammette nella sostanza l'amministrazione e come sufficientemente dimostrato dall'assicurato (che sopporta spese d'invio non indifferenti con le spedizioni per raccomandata con avviso di ricevuta), sia stato anche recepito, ossia letto con la dovuta attenzione. _____ non ha emanato comunque una decisione su opposizione ma, nonostante la comunicazione inviata per raccomandata AR e diretta all'ufficio competente all'attenzione della persona indicata come preposta a ricevere le opposizioni, ha domandato la prosecuzione dell'esecuzione. 2.5. Nel caso di specie, quindi, la Cassa non ha emanato la decisione su opposizione che si imponeva ed ha invece attestato che la sua decisione dell'11 ottobre 2002 era cresciuta in giudicato. La decisione, sulla scorta della quale l'Amministrazione ha domandato il proseguimento della procedura, non risultava invece cresciuta 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. La violazione commessa dalla _____ appare decisamente grave, soprattutto perché in tutto simile a quanto avvenuto appena pochi mesi prima ed oggetto di sentenza di questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni del 2/9 maggio 2003. Alla lettura della citata sentenza _____ avrebbe dovuto rivedere la posizione del signor _____ e verificare il suo agire con riferimento alle altre procedure, in ogni modo la domanda di proseguire l'esecuzione del 18 luglio 2003 non doveva essere inoltrata all'Ufficio competente. Stante quanto precede all'assicuratore malattia va quindi fatto obbligo di emanare una decisione impugnabile nei tempi più contenuti. La domanda di prosecuzione dell'esecuzione della _____ era indubbiamente prematura e fondata su decisione non cresciuta in giudicato. 2.6. Giusta l'art. 17 cpv. 1 LEF, salvo i casi in cui la legge prescriva 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 (LALF), 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). 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 della decisione su opposizione, lo stesso va accolto. L'assicuratore è quindi invitato a procedere nei suoi incumbenti. Trattandosi del secondo caso analogo _____ viene formalmente invitata a maggiore diligenza nell'esecuzione dei suoi compiti con conseguente maggiore rispetto per l'assicurato. Visto l'esito dell'impugnativa non vengono caricate tasse e spese alle parti. Per quanto attiene alle ripetibili ripetibili va rammentato come 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. L'indennità è, di principio, 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). Va ricordato, come evoca anche Ueli Kieser nel suo ATSG Kommentar, Schultess Zurigo, 2003 a pagina 629, che: " Eine Ausnahme gilt nach der Rechtsprechung dort, wo von der Kostenlosigkeit des kantonalen Gerichtsverfahrens abgewichen werden kann, d.h. bei mutwilligem oder leichtsinnigem Verhalten; hier kann –

bei erheblichem Aufwand – der Versicherungsträger bei Obsiegen eine Parteientschädigung beanspruchen (vgl. BGE 127 V 207 f.; vgl. dazu auch ZÜND, Kommentar zum zürcherischen Gesetz über das Sozialversicherungsgericht, 240). Diese letztgenannte Rechtsprechung übergeht allerdings den klaren Wortlaut der gesetzlichen Bestimmung und den Zweck derselben, und es kann ihr insoweit nicht zugestimmt werden." In DTF 127 V 205 e segg. l'alta corte federale rammenta come, in caso di ricorso temerario od interposto per leggerezza, l'assicuratore può ottenere ripetibili in analogia con quanto previsto nella sentenza pubblicata in DTF 110 V 134 c. 4. In virtù del diritto cantonale la materia è retta dall'art. 22 LPrTCA che regola le "Spese di patrocinio. Ripetibili" (così la marginale). Il ricorrente vincitore in causa ha diritto al rimborso delle spese processuali, dei disborsi (ossia delle anticipazioni che l'assicurato ricorrente è chiamato ad effettuare) e delle spese di patrocinio (cpv. 1). Per quanto attiene alle ripetibili invece il tema è regolato al cpv. 2 con sostanziale richiamo ai principi legali noti (e che si ritrovano nella LPGGA). D'avviso di questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni nel caso concreto, nonostante la palese superficialità e leggerezza di _____ nella trattazione del caso, non si giustifica un riconoscimento di ripetibili in favore dell'assicurato che ha esercitato i suoi diritti di impugnativa in un ambito dove al giudice è fatto obbligo di accertare d'ufficio i fatti e l'applicazione del diritto. Il discorso è invece diverso per il rimborso delle spese processuali. Apparirebbe infatti lesivo del principio di equità se, in una fattispecie come quella in discussione, visto l'atteggiamento dell'amministrazione (che neppure è stato adeguatamente giustificato a domanda del giudice delegato), a carico dell'assicurato dovessero permanere delle spese vive sopportate. Si giustifica quindi il loro carico all'assicuratore. Nel caso concreto, alla luce degli scritti redatti da _____, i suoi invii e le copie allestite nell'ambito di tutta la procedura appare giustificato fissare in CHF 150.- le spese che _____ dovrà rimborsare al ricorrente.

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