

TI_GERICHTE 36.2004.43 vom 4. August 2004

TI Tribunale d'appello, 2004-08-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.43

FR: TI_GERICHTE 36.2004.43 du 4 août 2004

IT: TI_GERICHTE 36.2004.43 del 4 agosto 2004

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 37

pag. 316 consid. 3b). L'art. 52 cpv. 2 LPGA stabilisce che le decisioni su opposizione vanno pronunciate entro un termine adeguato, sono motivate e contengono un avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Inoltre, secondo l'art. 52 cpv. 3 LPGA, la procedura d'opposizione è gratuita e di regola non sono accordate ripetibili. Avverso le decisioni su opposizione l'assicurato ha ancora la possibilità di aggravarsi al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni competente. 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) e che il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione. L'assicuratore malattia ha la facoltà di procedere all'incasso di proprie pretese emanando preventivamente una decisione formale con cui accerta l'esistenza di un suo credito per premi e/o partecipazioni, l'assicuratore può – a fronte della sua decisione cresciuta in giudicato – procedere a far spiccare un precetto esecutivo per l'incasso di quanto dovuto. D'altra parte è pure possibile all'amministrazione procedere mediante la richiesta di emanazione di un precetto esecutivo prima della decisione formale soggetta ad impugnativa. A fronte dell'opposizione dell'assicurato al PE all'amministrazione sarà possibile emanare una decisione formale di rigetto dell'opposizione e di accertamento del proprio credito, come indicato, soggetta ad impugnativa dapprima mediante opposizione e quindi, semmai, con ricorso. Per l'art. 79 cpv. 1 LEF se è stata formulata opposizione contro l'esecuzione, il creditore, per far valere la propria pretesa, deve seguire la procedura ordinaria o quella amministrativa. Egli può chiedere la continuazione dell'esecuzione soltanto in forza di una sentenza passata in giudicato che tolga espressamente l'opposizione. L'art. 80 cpv. 1 LEF prevede che se il credito è fondato su una sentenza esecutiva, il creditore può chiedere in giudizio il rigetto definitivo dell'opposizione. Per il cpv. 2 sono parificati alle sentenze esecutive le transazioni e i riconoscimenti di debito giudiziali (cifra 1), le decisioni di autorità amministrative federali concernenti il pagamento di una somma di denaro o la prestazione di garanzie (cifra 2) e, entro il territorio cantonale, le decisioni di autorità amministrative cantonali riguardanti obbligazioni fondate sul diritto pubblico, quali le imposte, in quanto il diritto cantonale le parifichi a sentenze esecutive (cifra 3). Per l'art. 81 cpv. 1 LEF se il credito è fondato su una sentenza esecutiva di un'autorità della Confederazione o del Cantone in cui fu promossa l'esecuzione, l'opposizione è rigettata in via definitiva a meno che l'escusso provi con documenti che dopo la sentenza il debito è stato estinto o il termine

per il pagamento è stato prorogato ovvero dimostri che è prescritto. Con una sentenza del 1° giugno 1973, pubblicata in DTF 99 V 78, il TFA ha affermato: " (...) En cas d'opposition, à défaut d'une décision passée en force, la voie de la mainlevée provisoire pourrait être ouverte (art. 82ss LP), avec la possibilité d'une action en libération de dette en la forme ordinaire (art. 83 al. 2 LP). Or le juge compétent pour statuer sur cette action - comme sur l'action du créancier, si la mainlevée provisoire est refusée (art. 79 LP) - est le tribunal des assurances, juge ordinaire prescrit par le droit fédéral en matière d'assurance maladie, dans la plupart des cas." (sottolineatura del redattore) Il 2 luglio 1981 il Tribunale federale in DTF 107 III 60 ha rilevato: " (...) Il n'y alors aucun motif de dénier aux autorités ou tribunaux administratifs, appelés à statuer sur le fond ensuite de l'opposition, les compétences qui sont reconnues au juge civil saisi de l'action en reconnaissance de dette. La lettre même de l'art. 79 LP, si elle paraît viser en premier lieu la juridiction civile, n'interdit pas d'y assimiler les voies de la procédure administrative. (...) De telles solutions ne sont nullement incompatibles avec le système de la loi. Elles apparaissent au contraire indispensable pour compléter l'oeuvre du législateur qui, à une époque où l'action de l'Etat avait moins d'ampleur, n'a pas éprouvé le besoin de régler de manière exhaustive le lien qui peut exister entre la poursuite ou la faillite et les voies de la procédure administrative. L'assimilation des prononcés administratifs aux jugements civils, lorsqu'ils sont rendus sur opposition à la poursuite, se justifie d'ailleurs d'autant plus que la loi l'impose quand ces titres sont antérieur au commandement de payer (art. 80 al. 2 LP)." (sottolineatura del redattore) Il 23 febbraio 1983 il TFA in DTF 109 V 46 ha affermato: " (...) a) Lorsqu'il n'existe pas de décision formelle relative à la dette du débiteur et que celui-ci forme opposition, la voie à suivre est celle de la mainlevée provisoire selon les art. 82 et ss LP, avec possibilité d'intenter une action en libération de dette en la forme ordinaire (art. 83 al. 2 LP). Le juge compétent pour statuer sur cette action - comme sur l'action du créancier si la mainlevée provisoire est refusée (art. 79 LP) - est le tribunal des assurances, qui est le juge ordinaire prescrit par le droit fédéral en matière d'assurance-maladie, dans la plupart des cas tout au moins (ATF 99 V 79 consid. a). Cette procédure n'entre toutefois pas en ligne de compte ici, dès lors qu'il existe une décision formelle de la caisse intimée. b) Dans un arrêt récent, la Chambre des poursuites et des faillites du Tribunal fédéral a jugé que le créancier qui, sur opposition à sa poursuite, a fait reconnaître ses droits par voie de procédure ordinaire (art. 79 LP) peut requérir directement la continuation de la poursuite sans avoir à passer par la procédure de mainlevée prévue à l'art. 80 LP; qu'il en va de même lorsque la décision rendue d'après l'art. 79 LP émane d'une autorité ou d'un tribunal administratif de la Confédération ou du canton du for de la poursuite, dans la mesure où le droit fédéral ou cantonal attribue force exécutoire à leurs décisions portant sur le paiement d'une somme d'argent; qu'ainsi, une caisse-maladie, personne morale de droit public, peut rendre à l'égard de ses assurés des décisions exécutoires en vertu tant du droit cantonal que du droit fédéral; qu'enfin, si une telle décision lève formellement l'opposition à la poursuite et qu'elle soit entrée en force, l'office doit continuer la poursuite sur simple réquisition (ATF 107 III 60). Cette jurisprudence se distingue de la cause Chollet jugée le 18 mars 1968, où la Cour des céans relève que la décision de la caisse-maladie devenue définitive et exécutoire permet d'obtenir la mainlevée définitive de l'opposition à la poursuite (ATFA 1968 p. 19). La procédure du tribunal fédéral est plus directe et est applicable dans la mesure où le dispositif du prononcé administratif se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève formellement l'opposition, totalement ou à concurrence d'un montant déterminé. Si tel n'est pas le cas, mais dans cette hypothèse seulement, le créancier doit solliciter du juge un

prononcé de mainlevée définitive avant de pouvoir requérir la continuation de la poursuite (ATF 107 III 60). c) Une voie couramment utilisés dans la pratique est celle de la poursuite préalable à la décision, cette dernière étant la conséquence de l'opposition au commandement de payer. Cela conduit la caisse à rendre une décision qui sera définitive et exécutoire soit parce qu'elle n'est contestée, soit parce qu'elle aura été confirmée en tout ou partie par le juge des assurances sociales (...)." Alla luce di quanto sopra esposto, come detto in precedenza, emerge che il giudice delle assicurazioni sociali può rigettare l'opposizione, di regola, solo quando deve statuire anche nel merito della questione. Ciò avviene nell'ambito della procedura prevista dall'art. 79 LEF, laddove, prima di avviare la procedura, la Cassa ha fatto spiccare il precetto esecutivo. Il giudice amministrativo non è invece competente quando si tratta di rigettare definitivamente l'opposizione sulla base dell'art. 80 LEF, ossia sulla base di una sentenza cresciuta in giudicato. 2.4. Nel caso concreto l'assicuratore ha fatto spiccare i PE ricordati in entrata (ossia quelli riferiti all'incasso di premi dell'assicurazione obbligatoria per le cure) nei confronti di _____, del marito _____, del figlio _____ e della figlia _____ (e per quest'ultima al padre _____) che vi hanno interposto opposizione.

L'amministrazione ha quindi deciso il rigetto dell'opposizione mediante decisioni del 14 gennaio 2004 (tre decisioni) e con la decisione del 24 febbraio 2004. Le decisioni non brillano per chiarezza ma appaiono sufficientemente esplicite e comprensibili agli assicurati. Il rigetto dell'opposizione interposta alle esecuzioni risulta essere stato regolarmente intimato agli assicurati, la decisione del 24 febbraio 2004 è stata sicuramente ricevuta da _____ poiché questi vi ha interposto regolare e tempestiva opposizione (doc. _), per quanto attiene alle altre decisioni vanno qui richiamate le lettere 12 febbraio e 20 gennaio 2004 della signora _____ che, per il loro contenuto e per il numero richiamato in ingresso alle stesse, dimostrano da un lato ricevuta degli atti rammentati e, dall'altro, assenza di una volontà di opporvisi. Infatti con la lettera 20 gennaio 2004 _____ annuncia la sua volontà di pagare quanto dovuto "nella speranza di ricevere quanto mi spetta". D'altra parte il giudice delegato ha chiesto ed ottenuto dall'assicuratore documenti attestanti l'avvenuto invio per raccomandata delle decisioni di cui si tratta come appare dagli annessi al doc. _. L'intimazione essendo avvenuta regolarmente e le missive ricordate del 20 gennaio 2004 e del 12 febbraio 2004 non costituendo valida opposizione alle decisioni formali le stesse appaiono definitive e, correttamente, l'assicuratore ha domandato la prosecuzione dell'esecuzione. 2.5. Va invece osservato, come rettamente anche indicato dall'assicuratore, che per la decisione di rigetto dell'opposizione del 24 febbraio 2004 il signor _____ ha interposto tempestiva opposizione mentre la Cassa ha chiesto la prosecuzione dell'esecuzione attestando – contrariamente al vero – crescita in giudicato della sua decisione con sconcertante leggerezza ed assenza di puntuale verifica che, in questi casi, si impone date le gravi conseguenze in caso di errore. In effetti in questi casi è l'autorità stessa che decide in prima istanza che attesta l'assenza di opposizione e quindi la crescita in giudicato della propria decisione, senza verifica esterna. Spesso tale verifica avviene ad opera dei medesimi funzionari e senza neppure l'intervento di un diverso ufficio dell'amministrazione. 2.6. Va ancora ricordato come, alla luce della nota giurisprudenza, l'amministrazione è chiamata ad emanare le sue decisioni in un termine congruo. In particolare secondo la LAMal nel suo tenore valido sino alla fine del 2002 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 differiva 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. e STCA inedita 2 maggio 2003 36.2003.15 in re H. e 36.2004.34 in re B. pure inedita). 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 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 in questi casi deve quindi valutare l'ampiezza, la difficoltà della causa, così come il comportamento dell'assicurato. Oltre al diniego di giustizia materiale, va evocato anche il diniego di giustizia formale. L'autorità amministrativa adita deve pronunciarsi sulle istanze che le vengono poste. Il rifiuto di statuire sull'opposizione, qui dimostrato dalla domanda di prosecuzione dell'esecuzione sostenuta da una decisione non cresciuta in giudicato, costituisce un diniego di giustizia formale. L'autorità di ricorso, adita con impugnativa, che constatasse il rifiuto di statuire dell'autorità inferiore non potrebbe

annullare una decisione inesistente. In questi casi l'autorità superiore ingiungerà a quella inferiore a riparare le sue carenze nei tempi più brevi. 2.7. In sostanza dunque le tre decisioni del 14 gennaio 2004 vanno considerate cresciute in giudicato siccome non oggetto di tempestiva opposizione mentre per la decisione del 24 febbraio 2004 va rilevata l'esistenza dell'opposizione alla decisione di rigetto e l'assenza di una decisione su opposizione, va ancora evidenziata l'attestazione irrita di crescita in giudicato della citata decisione e la domanda di proseguire l'esecuzione non sorretta da valida decisione formale cresciuta in giudicato, ciò che costituisce palesemente una denegata giustizia alla luce dei parametri appena accennati. Stante quanto precede all'assicuratore malattia va fatto obbligo di emanare una decisione riferita all'esecuzione PE _____, decisione impugnabile semmai mediante ricorso al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni che dovrà essere emessa nei tempi più contenuti, decisione che esamini nel dettaglio i fatti e che sia ponderata oltre che adeguatamente motivata. 2.8. Come già evidenziato nella sentenza di questo Tribunale del 3 dicembre 2003 _____ e richiamato nella sentenza 10 febbraio 2004 _____ entrambe in re __, 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 (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. La decisione della Cassa 24 febbraio 2004 in discussione non è cresciuta 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 la ricorrente ha chiesto trasmissione del suo gravame in copia alla CEF per l'annullamento della procedura (doc. _). Alla luce di quanto precede, nella misura in cui il ricorso tende all'accertamento di un diniego di giustizia da parte della Cassa malati, lo stesso va parzialmente accolto limitatamente alla procedura dipendente dall'esecuzione _____. L'assicuratore è quindi invitato a procedere nei suoi incombeni ed invitato, pro futuro, a maggiore attenzione nella gestione delle procedure di questa natura. 2.9. La signora _____, in rappresentanza anche dei suoi familiari, ha invocato la compensazione di sue pretese finanziarie con i crediti vantati dall'assicuratore. Il tema è stato affrontato ancora recentemente in una sentenza in re FN _____ del 26 aprile 2004 nota all'assicuratore. Va rammentato come il TCA, applicando una consolidata giurisprudenza del TFA, ha più volte ricordato che, di regola, l'assicurato non può compensare i propri debiti derivanti da premi e partecipazioni ai costi con crediti da lui fatti valere nei confronti dell'assicuratore. La compensazione da parte degli assicurati tra i premi dovuti e le eventuali prestazioni a carico della Cassa non è possibile. Infatti, in una sentenza del 16 luglio 1984 sotto l'egida della LAMI, pubblicata in DTF 110 V 183, il TFA ha precisato che le casse malati riconosciute possono compensare prestazioni assicurative scadute con crediti di pagamento di quote arretrate. Pari diritto non spetta agli assicurati. L'Alta Corte ha in particolare affermato: " 3.- Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob auch der Versicherte eine Forderung der Kasse gegen ihn durch Verrechnung mit seiner eigenen Leistungsforderung tilgen kann. Kasse und Vorinstanz haben dies verneint, was die Beschwerdeführer als Rechtsungleichheit rügen. In dem in RSKV 1970 Nr. 78 S. 184 publizierten Urteil hat das Eidg. Versicherungsgericht das Recht des Versicherten zur Verrechnung gegenüber einer öffentlichen Krankenkasse verneint. Es stützte sich dabei auf Art. 125 Ziff. 3 OR, wonach Verpflichtungen gegenüber dem Gemeinwesen gegen dessen Willen nicht durch Verrechnung getilgt werden können. Da die damals betroffene öffentliche Krankenkasse als Teil einer Stadtverwaltung, somit eines Gemeinwesens, betrachtet wurde und da sich die Kasse mit der Verrechnung nicht einverstanden erklärt hatte, wurde der Verrechnungsanspruch des Versicherten verneint (Erw. 4 des zitierten Urteils). - Das in RSKV 1980 Nr. 411 S. 125 veröffentlichte Urteil hatte den Fall eines Versicherten zum Gegenstand, welcher die Verrechnung gegenüber einer Krankenkasse geltend machte, die als Genossenschaft organisiert war. Das Gericht erachtete die Verrechnung durch den Versicherten hier als zulässig, weil sich die Kasse als Genossenschaft nicht auf Art. 125 Ziff. 3 OR berufen könne (Erw. 2b des Urteils). Diese unterschiedliche Handhabung der Verrechnungsmöglichkeit, je nachdem ob die Verrechnung gegenüber einer privatrechtlich oder einer öffentlichrechtlich organisierten Krankenkasse geltend gemacht wird, vermag indessen nicht zu befriedigen. Bekanntlich weisen die Rechtsverhältnisse in einer privatrechtlich organisierten Krankenkasse sowohl zivilrechtliche als auch öffentlichrechtliche Elemente auf. Die letzteren überwiegen jedenfalls dort, wo es um die der Krankenkasse übertragene öffentliche Aufgabe geht, nämlich die Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch Erbringung von Leistungen einerseits und deren Finanzierung durch Beiträge der Versicherten andererseits. In diesem Rahmen ist es unerheblich, ob eine Krankenkasse privatrechtlich oder öffentlichrechtlich organisiert ist. Die Rechtsstellung des Versicherten bezüglich seines Versicherungsverhältnisses darf nicht von der Organisationsform der Kasse abhängen. Wie bereits dargelegt, ist in den meisten Sozialversicherungs- gesetzen des Bundes das Verrechnungsrecht geregelt.

Übereinstimmend wird dieses Recht jeweils nur der Verwaltung eingeräumt; die gesetzlichen Formulierungen schliessen ein Verrechnungsrecht des Versicherten aus. Der Grund für diese übereinstimmenden Regelungen liegt darin, dass nur die Verwaltung befugt ist, Verfügungen zu erlassen, d.h. einseitig und hoheitlich über Rechte und Pflichten der Versicherten zu befinden (vgl. Art. 5 VwVG). Hieraus ergibt sich die einseitige Zuerkennung des Verrechnungsrechtes an die Verwaltung. Das hat insbesondere auch für die Krankenversicherung zu gelten. Würde man in diesem Bereich das Verrechnungsrecht auch dem Versicherten zugestehen, so hätte es dieser in der Hand, zunächst von sich aus zu bestimmen, welche Kassenleistungen er für richtig hält, und damit die Krankenkasse zu veranlassen, eine Beitragsverfügung zu erlassen, bei der die Beiträge an sich gar nicht streitig sind, sondern eben die Leistungen. Zudem liegt es im Interesse der Vereinheitlichung des Sozialversicherungsrechts, auch in der Krankenversicherung das Recht zur Verrechnung einseitig nur den - öffentlichen und privaten - Krankenkassen einzuräumen. In diesem Sinn eist die bisherige Rechtsprechung zu ändern." (DTF 110 V 183) In una successiva sentenza del 15 giugno 1992, pubblicata in RAMI 1992, pag. 138, l'Alta Corte, in un caso concernente le indennità giornalieri, facendo riferimento alla giurisprudenza sopra indicata, ha ribadito che, pena la disattenzione del principio della mutualità e la creazione di una disparità di trattamento difficilmente ammissibile in seno alla cassa malati, solo l'assicurato che paga regolarmente le quote può pretendere prestazioni. Infine, in una sentenza del 30 aprile 1996 il TFA, riferendosi alle sopra citate decisioni, ha lasciato irrisolto il tema di sapere se al ricorrente fosse consentito di estinguere un proprio debito invocando la compensazione, considerato come il credito della cassa era ormai perento (DTF 122 V 331). La dottrina, a proposito della compensazione dei premi con le prestazioni dovute dall'assicuratore malattia, ricorda che, in mancanza di regolamentazione, la compensazione, nell'ambito della LAMI, poteva essere invocata unicamente dall'assicuratore e non dall'assicurato. Neppure la LAMal, e la relativa ordinanza, contengono disposizioni in merito. Secondo la dottrina la precedente giurisprudenza conserva la sua validità anche nel nuovo regime (Jean-Louis Duc, Non-paiement des primes de l'assurance-maladie obligatoire et suspension du droit aux prestations selon la LAMal; compensation dans le cadre de la LAMal, in Recueil de travaux en l'honneur de la Société Suisse de droit des assurances, ed. IRAL, Losanna 1997, pag. 469 e seg.). In queste circostanze, considerata la giurisprudenza applicabile in concreto e la dottrina, a mente del TCA la richiesta dell'assicurata tendente alla compensazione della franchigia e delle partecipazioni ai costi con le pretese avanzate, non possono trovare accoglimento (cfr. anche in tal senso STCA del 23 aprile 2002 nella causa J., _____). Come visto in precedenza, con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la LPGa. A proposito della compensazione Kieser, ATSG-Kommentar, 2003, a pag. 13, n. 22 ad "Vorbemerkung", ricorda: " Art. 34 E ATSG sah eine - als <<multilaterale>> Möglichkeit bezeichnete (vgl. BERICHT UND ENTWURF, 48) - Verrechnung vor (vgl. BBl 1991 II 258). In der parlamentarischen Debatte blieb unklar, ob die Bestimmung es erlauben würde, den Kostenersatz für eine Sachleistung in die Verrechnung einzubeziehen; sodann wurde es abgelehnt, dass von einem Arbeitgeber nicht entrichtete Beiträge und Prämien mit Leistungen an die versicherte Person verrechnet werden können; in der nationalrätlichen Kommission wurde angesichts dieser Streitpunkte die Bestimmung gestrichen (vgl. BBl 1999 4581). Damit bleibt es in der Sozialversicherung bei einer zweibelegenen Umschreibung der Verrechnung, der im übrigen auch von Gerichtspraxis der Vorzug gegeben wird (BGE 125 V 323 f.). Einzig in Art. 20 Abs. 2 ATSG wird ein -

eingeschränkter - Verrechnungsausschluss festgelegt." Per cui, l'entrata in vigore della LPGA, non ha modificato nulla riguardo alla tematica che qui ci interessa. Va poi abbondanzialmente rammentato che l'Alta Corte in una sentenza del 22 ottobre 2002 nella causa B. (K 102/00, pubblicata in SVR 6/2003, KV nr. 15, pag. 57) ha fissato i limiti entro i quali la compensazione da parte dell'assicuratore è possibile. In particolare i giudici federali hanno stabilito che " la giurisprudenza federale sull'ammissibilità per la Cassa malati di procedere alla compensazione va compresa nel senso che essa è possibile solo posteriormente alla messa in atto, da parte dell'assicuratore malattia, della procedura di cui all'art. 9 cpv. 1 OAMal ." Infine, posto che la compensazione non è ammessa, per quanto concerne il pagamento delle prestazioni derivanti dall'assicurazione malattia di base (LAMal), che l'assicurata afferma non essere ancora state pagate, va rilevato che se intende chiederne il rimborso, deve trasmettere le fatture alla Cassa (se non sono ancora state trasmesse) e domandare l'emanazione di una decisione formale che potrà essere oggetto di opposizione (cfr. art. 52 LPGA) e, successivamente, se del caso, di ricorso al TCA (cfr. art. 60 LPGA). 2.10. Alla luce di quanto precede il ricorso è solo parzialmente accolto. Di conseguenza è accertata una denegata giustizia da parte di _____ nell'omessa emanazione di una decisione su opposizione in seguito all'opposizione interposta il 12 marzo 2004 di _____ e riferita al PE _____rispettivamente per il proseguimento della procedura nonostante l'opposizione alla decisione ed è accertata la mancata crescita in giudicato della decisione 24 febbraio 2004 della _____ sempre relativa alla citata procedura esecutiva. Per le altre procedure esecutive oggetto delle tre decisioni 14 gennaio 2004, ossia le decisioni relative al rigetto delle opposizioni ai PE _____, _____ e _____ questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni accerta la crescita in giudicato e respinge il ricorso per denegata giustizia. Visto l'esito delle impugnative non si percepiscono tasse di giustizia e spese e non si attribuiscono ripetibili.

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