

TI_GERICHTE 36.2006.133 vom 6. November 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-11-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2006.133

FR: TI_GERICHTE 36.2006.133 du 6 novembre 2006

IT: TI_GERICHTE 36.2006.133 del 6 novembre 2006

Regeste

Compensazione delle prestazioni dovute all'assicurato con premi rimasti impagati dopo l'emissione di attestati di carenza beni non ancora soluti dall'autorità di assistenza sociale.

Erwägungen

E. 6

aprile 2006 CO 1 ha emanato l'atto tramite il quale ha confermato la compensazione (doc. A3), in seguito alle contestazioni dell'assicurata, la Cassa, in data 7 giugno 2006, ha emanato la decisione su opposizione, confermando la compensazione e togliendo l'effetto sospensivo all'impugnativa in applicazione dell'art. 11 cpv. 1 lett. b OPGA (doc. A1), con ricorso del 3 luglio 2006 (doc. I) l'assicurata, sempre rappresentata dal RA 1, ha contestato la predetta decisione, con risposta 14 luglio 2006, la Cassa ha proposto di respingere il ricorso (doc. III), il 26 luglio 2006 la ricorrente è stata sentita dal Giudice delegato, mentre il rappresentante della Cassa, malgrado la regolare convocazione, non è comparso (doc. VI), con scritto 11 agosto 2006 l'UAM ha proposto di accogliere il ricorso, affermando: "(...) Richiamata la nutrita giurisprudenza di codesto TCA, ma anche del TFA, in materia di compensazione dei crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato, bisogna concludere che la tesi sostenuta dall'assicuratore malattie è mal fondata. In casu infatti gli ACB n. _____ sono stati ritornati all'assicuratore malattie già in data 9 dicembre 2002 (sic.), in quanto non conformi alle direttive cantonali in materia (con riferimento alla responsabilità solidale dei coniugi verso i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure durante il legame matrimoniale, manca la prova dell'insolvenza del coniuge). Dalla data di cui sopra l'assicuratore malattia non ha più reiterato pretese formali." (doc. XI), il 18 agosto 2006 l'assicurata ha ribadito le sue ragioni, chiedendo inoltre di voler condannare la Cassa anche all'aggiornamento della situazione debitoria (doc. XIII), in data 22 settembre 2006 la Cassa ha trasmesso al TCA una lettera tramite la quale ha affermato che " sulla base della riconsiderazione della nostra decisione su opposizione del 7 giugno 2006, il contendere della causa concernente l'incarto sopraccitato è divenuto privo di oggetto" (doc. XVI + Bis), allegando una decisione di riconsiderazione della decisione su opposizione del 7 giugno 2006 dove, tra l'altro, viene indicato che " confermiamo il rimborso di Fr. 588.70, precedentemente compensati come esposto su nostro conteggio prestazioni No. _____ del 06.03.2006 (vedi allegato). ", la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge organica giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00), a norma dell'art. 53 cpv. 3 LPGA l'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso

all'autorità di ricorso, l'amministrazione può rivedere la decisione impugnata solo fino alla presentazione della risposta. Tale condizione temporale è adempiuta se il nuovo provvedimento viene trasmesso all'istanza di ricorso entro il termine per l'inoltro della risposta (cfr. R. Hischer, Die Wiedererwägung pendente lite im Sozialversicherungsrecht oder die Möglichkeit der späten Einsicht, in SZS 1997, pag. 457; DTF 109 V 236 consid. 2). Una decisione resa dopo questo termine assume per contro unicamente il carattere di una proposta indirizzata al giudice, affinché egli decida nei sensi della nuova valutazione (Pratique VSI 1994 pag. 281; RCC 1992 pag. 123 consid. 5, RCC 1989 pag. 320 consid. 2a, RCC 1984 pag. 283, DTF 109 V 236; Spira, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in RJN 1984, pag. 23). L'art. 3a della Legge di procedura per i ricorsi al TCA enuncia i medesimi principi. Questa norma prevede che l'autorità amministrativa può, fino all'invio della sua risposta, riesaminare la decisione impugnata. Essa notifica immediatamente una nuova decisione alle parti e la comunica al Tribunale (art. 3a cpv. 2 LPTCA), quest'ultimo continua la trattazione del ricorso in quanto non sia divenuto senza oggetto per effetto della nuova decisione (art. 3a cpv. 3, 1a frase LPTCA), come esposto sopra, l'amministrazione può riconsiderare pendente lite una decisione contestata soltanto fino al momento dell'inoltro della risposta di causa. Un provvedimento emanato successivamente vale unicamente come proposta al Giudice. nel caso di specie, il 14 luglio 2006 la Cassa ha inoltrato al TCA la propria risposta di causa, chiedendo la reiezione del ricorso (doc. III), solo in seguito, il 22 settembre 2006, l'assicuratore ha emanato una decisione di riconsiderazione che tuttavia, visto quanto sopra, può essere considerata unicamente quale proposta al Giudice, in queste condizioni il TCA è tenuto ad entrare nel merito del ricorso, con pronunzia del 10 luglio 2006 nella causa S. (K 38/06) e ulteriori 11 sentenze tutte del 26 luglio 2006 (K 23/06; K 42/06; K 41/06; K 40/06; K 37/06; K 36/06; K 35/06; K 31/06; K 39/06; K 45/06 e K 79/06), il TFA ha confermato le decisioni di questo Tribunale che ha giudicato inammissibile l'agire di numerose Casse malati che hanno sospeso il pagamento delle prestazioni derivanti dalla LAMal a diversi assicurati, senza aver ottenuto dall'autorità cantonale competente (UAM) la conferma scritta del rifiuto di assumersi gli importi rimasti impagati, nella prima sentenza del 10 luglio 2006 (K 38/06) il TFA ha in particolare affermato: " nella versione applicabile nell'evenienza concreta, in vigore fino al 31 dicembre 2005 (DTF 129 V 4 consid. 1.2 con riferimenti), l'art. 90 OAMal dispone al cpv. 1 dover i premi essere pagati mensilmente. Per il cpv. 3 del disposto se, nonostante diffida, l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi scaduti, l'assicuratore deve promuovere una procedura esecutiva. Se questa sfocia in un attestato di carenza di beni, l'assicuratore ne informa la competente autorità sociale. Sono salve le disposizioni cantonali che prevedono la previa notifica all'autorità preposta alla riduzione dei premi. L'art. 90 cpv. 4 OAMal prevede poi che dopo la notifica dell'attestato di carenza di beni e l'avviso all'autorità d'assistenza sociale, l'assicuratore può sospendere la remunerazione delle prestazioni finché i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non siano stati interamente pagati. Se questi sono pagati, l'assicuratore assume i costi delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione. (...) Come sempre menzionato dal primo giudice, il Tribunale federale delle assicurazioni in DTF 129 V 455 ha stabilito che la sospensione remunerativa delle prestazioni termina con il pagamento di quei premi, incluse le spese accessorie, che hanno fatto l'oggetto dell'attestato di carenza di beni all'origine dell'avvio della procedura con l'autorità di assistenza sociale e della sospensione delle prestazioni. Il giudice di prime cure ha infine rilevato come questa Corte avesse poi statuito dover l'ufficio cantonale preposto

essere messo in condizione di effettuare i pagamenti a favore della persona assicurata prima di procedere alla compensazione di premi impagati con prestazioni (RAMI 2003 no. KV 234 pag. 7 [sentenza del 22 ottobre 2002 in re B., K 102/00]). (...) La giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni in materia di compensazione dei premi, secondo la quale quando una cassa intende compensare premi impagati con prestazioni a suo carico essa deve mettere l'ufficio assistenziale preposto nella condizione di poter pagare prima di procedere con la compensazione, deve trovare applicazione pure quando si tratti di sospendere il pagamento di ogni prestazione derivante dalla LAMal. Come considerato dall'autorità giudiziaria cantonale, la misura della sospensione è infatti nettamente più incisiva e maggiormente gravida di conseguenze per l'assicurato rispetto a quella della compensazione. Nell'evenienza concreta la Cassa malati X non ha dato all'autorità competente l'occasione di determinarsi circa le misure da prendersi, la Cassa essendosi limitata a trasmettere all'Istituto cantonale delle assicurazioni sociali copia della lettera all'assicurato con cui essa gli comunicava che non avrebbe più corrisposto prestazioni. Come considerato dal primo giudice, simile modo di procedere non era certamente ammissibile, all'autorità preposta occorrendo ovviamente un certo tempo per esaminare il caso: l'ordinanza del resto indica esplicitamente che solo dopo l'avviso all'autorità d'assistenza sociale l'assicuratore può sospendere la remunerazione delle prestazioni. A ciò si aggiunge di transenna che se anche l'art. 90 cpv. 4 OAMal è silente sulle modalità e i tempi in cui l'autorità di assistenza sociale deve intervenire, l'art. 85e del regolamento cantonale della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 18 maggio 1994 (RL/TI 6.4.6.1.1), nel suo tenore applicabile in concreto, in vigore dal 1° gennaio 2005, senza entrare in conflitto con il diritto federale (cfr. per analogia RAMI 2003 no. KV 234 pag. 12 consid. 6.2) precisa chiaramente che l'assicuratore può applicare la sospensione della remunerazione delle prestazioni nei confronti di un determinato assicurato in mora solo dopo avere ricevuto la conferma scritta dell'Istituto delle assicurazioni sociali - autorità competente in forza dei combinati disposti di cui agli art. 20 cpv. 1 della legge cantonale di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 (LCAMal; RL/TI 6.4.6.1) e 82 del regolamento di applicazione - di sospensione del pagamento dei crediti irrecuperabili. Ora, risulta dagli atti che l'assicuratore ricorrente ha decretato la sospensione prima di ricevere una tale conferma. (...) Ad ogni buon conto l'atteggiamento della cassa ricorrente stupisce questa Corte, come ha stupito il Tribunale cantonale, nella misura in cui, per asseriti ritardi delle amministrazioni competenti, fa correre ad assicurati il rischio di non poter se del caso beneficiare delle necessarie prestazioni, questo in manifesto contrasto con gli intenti del legislatore che con la LAMal voleva garantire all'insieme della comunità degli assicurati una copertura di principio esente da lacune. Il modo di procedere degli organi dell'assicuratore è tanto più sorprendente quando si consideri che dagli atti emerge non essersi di principio l'ufficio preposto opposto al rimborso." (sottolineatura del redattore), con sentenza del 22 ottobre 2002 (K 102/00), pubblicata in RAMI 2003 no. KV 234 pag. 7 e in R DAT I-2003 n. 20 pag. 68 e segg., il TFA ha avuto modo di evidenziare come: "

E. 6.1

Come già accennato nei precedenti considerandi, questa Corte ha già statuito sull'ammissibilità, per la Cassa malati, di procedere alla compensazione di premi scaduti con prestazioni dovute, rinviando tra l'altro alla volontà del legislatore espressa nel relativo messaggio. Pure la dottrina si è espressa in tal senso, richiamando la giurisprudenza applicabile in ambito LAMI. In simili circostanze una norma cantonale che esclude questa modalità esecutiva appare di principio in conflitto con il diritto federale. Poiché tuttavia

l'assicurazione malattia non è disciplinata esaustivamente dal diritto federale, va esaminato se la norma in questione può essere applicata nel rispetto del diritto federale. In proposito Eugster ha evidenziato che la compensazione dovrebbe intervenire solo posteriormente alla messa in atto della procedura prevista all' art. 9 cpv. 1 e 2 OAMal (esecuzione secondo la LEF, notifica all'assistenza sociale rispettivamente all'autorità preposta alla riduzione dei premi) . A mente di questo autore l'ufficio preposto al pagamento dei premi in caso di indigenza dev'essere messo in condizione di effettuare i pagamenti a favore della persona assicurata prima della dichiarazione di compensazione (Eugster, op. cit., cifra marg. 226). Se è vero, infatti, che la compensazione permette di evitare l'emissione di attestati di carenza di beni, un simile procedimento priva la persona assicurata della possibilità di ottenere prestazioni assistenziali in forma di pagamento del premio, previste dal diritto cantonale. Inoltre, in seguito alla compensazione, l'assicurato può trovarsi senza i mezzi necessari e sufficienti per pagare le prestazioni, a scapito del fornitore di prestazioni. In simili condizioni procedere immediatamente ad una compensazione è contrario allo spirito della legge (Eugster, op. cit., cifra marg. 226 n. 499; si confronti anche Duc, op. cit., pag. 470).

E. 6.2

Da quanto sopra esposto risulta che l'autore si esprime in favore almeno di una limitazione temporale dell'applicabilità della compensazione, per tener conto dello spirito della LAMal e in considerazione delle competenze cantonali in materia di assistenza sociale e di riduzione dei premi. Secondo questa Corte a tale opinione si può aderire, in quanto il modo di procedere proposto, simile a quanto previsto dal diritto cantonale, non solo non compromette, bensì contribuisce meglio alla realizzazione della LAMal. In effetti questa modalità di esecuzione permette sia il versamento del premio all'assicuratore malattia in tempi brevi, che quello dell'onorario pieno al fornitore di prestazioni, in quanto l'assicurato dispone di tutta la prestazione. L'interessato può inoltre percepire le prestazioni assistenziali di diritto. Alla luce di queste considerazioni la disposizione cantonale che vieta la compensazione nei casi in cui interviene l'assistenza sociale e vi è la possibilità di ridurre i premi, ambiti in cui è data la competenza cantonale, entra in conflitto con il diritto federale solo nella misura in cui l'ammissibilità della compensazione è completamente esclusa. La norma dev'essere quindi intesa nel senso che la compensazione non va posta in atto fintanto che la cassa malati non ha dato seguito alla procedura prevista all' art. 9 cpv. 1 OAMal , consistente nel portare a termine la procedura esecutiva secondo la LEF, notificare il caso all'autorità d'assistenza sociale e a quella competente per la riduzione dei premi . Di conseguenza 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 .”, nel caso concreto, interpellato in merito, l'UAM ha affermato che: " (...) In casu infatti gli ACB n. _____ sono stati ritornati all'assicuratore malattie già in data 9 dicembre 2002 (sic.), in quanto non conformi alle direttive cantonali in materia (con riferimento alla responsabilità solidale dei coniugi verso i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure durante il legame matrimoniale, manca la prova dell'insolvenza del coniuge). Dalla data di cui sopra l'assicuratore malattia non ha più reiterato pretese formali.” (doc. XI) per cui l'autorità cantonale non ha rifiutato il pagamento delle prestazioni in arretrato, ma ha unicamente chiesto alla Cassa di presentare la documentazione conformemente a quanto prevedono le norme cantonali (cfr. anche STCA del 1. settembre 2006, inc. 36.2006.122), del resto lo stesso assicuratore ammette che la

decisione impugnata è errata nella misura in cui, seppur in maniera irrita, l'ha annullata, alla luce delle citate STFA e dei motivi ivi indicati, dello scritto dell'UAM, nonché della lettera della Cassa del 22 settembre 2006 e della decisione allegata, il ricorso va accolto, mentre la decisione impugnata deve essere annullata, per i motivi che seguono ciò vale anche se si volessero applicare le nuove norme in vigore dal 1. gennaio 2006, per l'art. 64a cpv. 1 LAMal se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore deve diffidarlo per scritto, assegnargli un termine supplementare di 30 giorni e indicargli le conseguenze della mora, per l'art. 64a cpv. 2 LAMal se, nonostante diffida, l'assicurato non paga e se è già stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni finché i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Nello stesso tempo informa della sospensione delle prestazioni l'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo di assicurazione. Sono fatte salve le prescrizioni cantonali che prevedono una notifica ad altri uffici, a norma dell'art. 64a cpv. 3 LAMal se i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione sono pagati integralmente, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante la sospensione, i premi e le partecipazioni dovuti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono essere oggetto di una diffida e di una procedura di esecuzione per debiti separate da eventuali altri pagamenti arretrati (art. 90 cpv. 3 OAMal), se l'assicurato è in mora con il pagamento di tre premi mensili ed è stato diffidato senza successo, deve essere avviata in merito una procedura di esecuzione per debiti, al più tardi 40 giorni dopo l'ultima diffida infruttuosa (art. 90 cpv. 4 OAMal), se entro tre mesi dalla comunicazione al servizio cantonale competente, quest'ultimo non ha dato il suo accordo all'assunzione dei premi arretrati, della partecipazione ai costi, nonché degli interessi di mora e delle spese di esecuzione, l'assicuratore può compensare i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora oggetto della procedura d'esecuzione nonché le relative spese di esecuzione con pretese dell'assicurato (art. 90 cpv. 6 OAMal), nel caso di specie dagli atti non emerge che la Cassa nel 2006 abbia trasmesso all'UAM una richiesta di pagamento degli ACB arretrati, al contrario, con scritto 29 marzo 2006 l'autorità cantonale, con riferimento all'art. 90 cpv. 6 OAMal, ha affermato che " Nel caso in rassegna, lo scrivente Ufficio conferma che l'assicuratore malattie non ha inoltrato alcuna comunicazione all'Autorità cantonale ai sensi di cui sopra. " (doc. A5), in queste condizioni l'UAM non ha potuto prendere posizione in merito al debito della ricorrente, anche in applicazione delle nuove norme, il ricorso va accolto e la compensazione annullata, invece la richiesta della ricorrente di condannare l'assicuratore a comunicare all'_____ l'avvenuto pagamento di importi in arretrato contenuti in un ACB, a prescindere dalla questione a sapere se il TCA è competente per decidere in merito, è comunque irricevibile, esulando tale domanda dall'oggetto della decisione impugnata che porta unicamente sulla compensazione, per l'art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni, in concreto l'assicurata, rappresentata dal RA 1, è vincente in causa ed ha diritto alle ripetibili. Tenuto conto dell'attitudine di controparte ed in particolare dello scritto del 22 settembre 2006, possono essere concesse ripetibili ridotte e, pur considerando l'agire della Cassa superficiale, non si prelevano tasse e spese, copia della presente va trasmessa anche all'IAS, quale parte interessata,

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