

TI_GERICHTE 36.2018.35 vom 18. Oktober 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-10-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2018.35

FR: TI_GERICHTE 36.2018.35 du 18 octobre 2018

IT: TI_GERICHTE 36.2018.35 del 18 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

il 18 febbraio 2015, allora le cure per queste lesioni dovrebbero essere considerate come derivanti da un infortunio nel senso giuridico del termine, analogamente alle cure di cui il ricorrente ha beneficiato in relazione alla lesione all'orecchio destro.

Alla luce di queste lacune negli accertamenti, che incidono sui diritti dell'assicurato ed in particolare il suo diritto di essere sentito e di potere beneficiare di un doppio grado di giudizio come illustrati in precedenza, la decisione impugnata deve essere annullata e gli atti rinviati all'assicuratore affinché provveda alle puntuali verifiche in merito allo svolgimento dei fatti che hanno provocato le lesioni il 18 febbraio 2015 e il 18 febbraio 2016 a danno di RI 1, verifichi quali lesioni precise e quali danni alla salute ha subito l'assicurato, quali cure sono state prestate dai curanti, e se queste cure debbano essere assunte. In caso di rifiuto di assumere specifici costi di cura CO 1 ne preciserà le ragioni in maniera dettagliata affinché l'assicurato, in caso di contestazione, possa adire il Tribunale cantonale delle assicurazioni in maniera mirata e precisa.

CO 1 dovrà quindi spiegare il motivo dell'assunzione dei costi delle cure mediche beneficate dall'assicurato e conseguenti agli avvenimenti del 18 febbraio 2015 rispettivamente del 18 febbraio 2016, sotto l'egida della malattia (rispettivamente delle coperture complementari rette dalla LCA sottoscritte da RI 1) in luogo dell'infortunio, rispettivamente il rifiuto di assumere dei costi delle cure mediche sotto l'egida dell'infortunio, argomentando ■ dopo le verifiche necessarie ■ le proprie decisioni e ciò nonostante il fatto che, in virtù dell'art. 28 LAMal, per gli infortuni ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Va rammentato che, per l'art. 111 OAMal, gli assicurati devono notificare al loro assicuratore-malattie gli infortuni non notificati a un assicuratore-infortuni o all'assicurazione militare. Essi devono fornire le informazioni riguardanti: a. l'ora, il luogo, le circostanze e le conseguenze dell'infortunio; b. il medico curante o l'ospedale; c. eventuali responsabili e assicurazioni interessate. La necessità di tale procedere, per gli infortuni riconducibili all'intervento di terze persone, consiste nella possibilità per l'assicuratore sociale di fare valere, nei confronti dell'autore delle lesioni a danno del ricorrente, le pretese di rimborso per le prestazioni eseguite in favore dell'assicurato. In altri termini, l'assicuratore è surrogato nei diritti dell'assicurato in virtù dell'art. 72 LPGa (il cui capoverso 1 recita: ■All'insorgere dell'evento assicurato l'assicuratore è surrogato, fino all'ammontare delle prestazioni legali, nei diritti dell'assicurato e dei suoi superstiti contro i terzi responsabili■). Per tale motivo le prestazioni dell'assicuratore sociale dovranno essere chiaramente riferite agli infortuni (2 eventi distinti del 18 febbraio

2015 e 18 febbraio 2016) in modo da permettere alla stessa CO 1 di esercitare il diritto di regresso nei confronti del responsabile per quanto soluto in base agli obblighi di legge in favore dell'assicurato per le prestazioni medico-sanitarie da questi beneficiate.

2.8. Alla luce di quanto precede, la decisione su opposizione del 20 marzo 2018 è annullata e gli atti rinviati a CO 1 per procedere nei suoi incombeni e emanare nuovamente una decisione.

L'emanazione della presente sentenza rende priva di oggetto la domanda di conferimento dell'effetto sospensivo formulata dal ricorrente (STF 9C_887/2017 del 7 giugno 2018 consid. 5; STF9C_711/2016 e 9C_716/2016 del 9 maggio 2017, consid. 12 non pubblicato in DTF 143 V 130).

E. 6

ottobre 2000 (LPGA; RS 830.1), che affronta l'argomento all'art. 36 cpv. 2, ma unicamente con riferimento alle autorità amministrative, tribunali esclusi (Kieser, ATSG-Kommentar, 3 a edizione, n. 6 ad art. 36 con riferimenti). Di analogo tenore l'art. 10 cpv. 2 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (LPA; RS 172.021). Giusta l'art. 31 Lptca, per tutto quanto non stabilito da detta legislazione, dalla LPGA e dalle leggi federali che regolano le singole materie, è applicabile sussidiariamente la legge cantonale di procedura per le cause amministrative (ora) del 24 settembre 2013 (LPAm; RL 165.100). Ai fini del giudizio torna quindi applicabile in via suppletoria la LPAm, la quale stabilisce i motivi di riconsuazione (art. 50) e la procedura decisionale sul motivo di riconsuazione (art. 53). L'art. 50 LPAm prevede che le persone a cui spetti di prendere o di preparare una decisione devono riconsuarsi nei seguenti casi: a) se hanno un interesse personale nella causa o in altra vertenza su identica questione di diritto; b) se hanno partecipato alla medesima causa in altra veste, segnatamente come membri di un'autorità, patrocinatore di una parte, perito, testimone o mediatore; c) se sono o sono stati coniugi o partner registrati di una parte, del suo patrocinatore o di una persona che ha partecipato alla medesima causa come membro dell'autorità inferiore oppure se convivono di fatto con uno di loro; d) se sono parenti o affini in linea retta o in linea collaterale fino al terzo grado incluso con una parte, con il suo patrocinatore o con una persona che ha partecipato alla medesima causa come membro dell'autorità inferiore; e) se possono avere una prevenzione nella causa, segnatamente in seguito a rapporti di stretta amicizia o di personale inimicizia con una parte o con il suo patrocinatore. L'art. 51 LPAm ricorda che la persona che riconosce in sé un motivo di riconsuazione deve darne immediata comunicazione all'autorità superiore o all'autorità collegiale di cui è membro, indicandone le ragioni, e si astiene spontaneamente se ne ritiene dato il motivo. La parte che intende chiedere la riconsuazione di una persona deve presentare un'istanza motivata all'autorità superiore o all'autorità collegiale a cui tale persona appartiene non appena viene a conoscenza del motivo di riconsuazione (art. 52 cpv. 1 LPAm). Va qui in particolare rilevato che in caso d'istanza di riconsuazione manifestamente irricevibile o priva di qualsiasi fondamento la relativa decisione può essere presa dallo stesso organismo interessato, incluso il suo membro destinatario dell'istanza (cfr. in questo senso Pfiffner Zünd/Pfiffner Rauber, Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2009, § 5c n. 4, pag. 44; art. 53 cpv.3 LPAm; cfr. anche STF 8C_392/2018 e 8C_396/2018 del 30 luglio 2018 consid. 1.2, 9C_121/2018 del 3 maggio 2018 consid. 1, 2C_853/2017 del 13 dicembre 2017 consid. 2.1; 1C_103/2011 del 24 giugno 2011 consid. 2.2). Nei suoi scritti il ricorrente ha sostanzialmente chiesto la riconsuazione del giudice Ivano Ranzanici " per l'inadeguatezza del ruolo e l'incapacità procedurale a

garantire imparzialità, equità, diligenza giudiziaria e procedure senza vizi di forma, avendo già partecipato come composizione di corte alle decisioni 36.2014.00 [recte: 36.2014.100] e 36.2018.17 inerenti la medesima controparte CO 1 ” (doc. XX pag. 2). A questo proposito, il TCA ricorda che, per costante giurisprudenza, un giudice non può essere ricusato solo perché abbia già preso decisioni nei confronti della medesima persona, in precedenti casi. Devono necessariamente sussistere delle circostanze che lo facciano apparire prevenuto (STF 8C_392/ 2018 del 30 luglio 2018; STF 8C_298/2018 del 5 luglio 2018; STF 6B_315/2018 del 15 maggio 2018; STF 8C_709/2017 del 27 aprile 2018; STF 1C_187/2017, 1C_327/2017 del 20 marzo 2018; STF 5A_489/ 2017 del 29 novembre 2017). Un’istanza di ricusa così formulata è inammissibile e dev’essere dichiarata irricevibile. Sul tema della ricusazione si veda la recente giurisprudenza in lingua italiana in STF 1B_8/2018 del 22 gennaio 2018; per la dottrina si faccia riferimento a: Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 2a edizione, n. 4 ad art. 36; nonché rapporto della Commissione del Consiglio Nazionale della sicurezza sociale e della sanità del 26 marzo 1999 in FF 1999 pag. 3896 segg. e 3964). Laddove il ricorrente rimprovera un cumulo di funzioni giudiziarie al giudice Ivano Ranzanici - e al giudice Raffaele Guffi -, la scrivente Corte rileva che egli non ha invocato né tantomeno sostanziato validi motivi di ricusazione con riferimento all’art. 50 LPAm. La censura si riferisce a decisioni adottate dalla Corte dei reclami penali (CRP) dello stesso Tribunale d’appello, di cui il giudice Raffaele Guffi è vicepresidente, e il giudice Ivano Ranzanici è stato membro fino al 31 maggio 2016 in qualità di giudice delegato. Occorre in proposito ricordare che il giudice Ivano Ranzanici è attivo quale magistrato presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni dal 2001 e, come detto, lo è stato anche della Corte dei reclami penali, in entrambi i casi in qualità di giudice delegato (la composizione delle Camere e dei Tribunali componenti il Tribunale di Appello è notoria siccome oggetto di pubblicazione periodica sul Foglio ufficiale del Cantone Ticino). Ora, il Tribunale cantonale delle assicurazioni fa parte della Sezione di diritto pubblico (art. 49 cpv. 1 lett. a, c LOG) e la Corte dei reclami penali è composta di tre giudici della citata Sezione (art. 62 cpv. 1 LOG). Pertanto, non sussiste alcuna violazione dell’art. 42 cpv. 2 LOG. Medesime considerazioni valgono per il giudice Raffaele Guffi, membro della CRP e della Camera di diritto tributario. Da quanto precede discende che il fatto che entrambi i giudici del TCA abbiano già partecipato all’adozione di decisioni non gradite al ricorrente non costituisce un motivo di ricusa (CDT 80.2017.202 del 22 settembre 2017, confermata dal Tribunale Federale con sentenza 2C_920/2017 del 2 novembre 2017). Essendo dunque irricevibile, l’istanza di ricusazione formulata dal ricorrente è suscettibile di essere decisa dallo stesso organismo giudiziario interessato, incluso il membro ricusato. Come esposto, infatti, la relativa decisione può essere presa dalla stessa autorità ricusata ancorché la competenza decisionale per la procedura di ricusazione spetta, secondo il diritto processuale, ad un’altra autorità (STF 2C_191/2013 del 29 luglio 2013 con riferimenti; cfr. anche le succitate 9C_121/2018 del 3 maggio 2018 consid. 1, 2C_853/2017 del 13 dicembre 2017 consid. 2.1). Quanto alle numerose e ripetute critiche rivolte dall’assicurato alla presunta incompetenza e inadeguatezza del giudice Ivano Ranzanici a condurre l’istruttoria e a giudicare sulla vertenza in essere fra RI 1 e CO 1 (si vedano in particolare i docc. XX, XXVI e XXVII), va ritenuto qui che tali lamentele esulano dai motivi di ricusazione previsti dal citato art. 50 LPAm, e il giudice delegato ha semplicemente adottato e seguito l’iter previsto dalla Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni del 23 giugno 2008. Non v’è dunque valida ragione per porre in discussione l’agire formale del giudice delegato del TCA nella conduzione della presente

causa. Per quanto concerne la richiesta di risarcimento dei danni per torto mortale e per lesione della personalità assertivamente subiti dal ricorrente durante la presente procedura giudiziaria e riconducibili al comportamento e all'agire del giudice Ivano Ranzanici, come paventato da RI 1, pretesa basata sull'art. 19 Legge sulla responsabilità civile degli enti pubblici e degli agenti pubblici del 24 ottobre 1988, la stessa deve essere qui dichiarata irricevibile. Il Tribunale cantonale delle assicurazioni non è infatti competente a dirimere tale azione (art. 22 Legge sulla responsabilità civile degli enti pubblici e degli agenti pubblici). 2.2. Come evidenziato nelle considerazioni di fatto, RI 1 ha contestato la legittimazione di _____, giurista di CO 1, a partecipare al procedimento in questione quale rappresentante dell'assicuratore. L'assicurato ha chiesto l'annullamento della decisione emanata dal giurista non legittimato, che sia annullata la partecipazione del servizio giuridico rispettivamente che il suo rappresentante fosse estromesso dal presenziare all'udienza (doc. XXVI pag. 3). Secondo l'assicurato, la procura agli atti, risalente al 2016 e per di più rilasciata in una lingua diversa da quella ufficiale del Cantone Ticino, non sarebbe atta a validamente legittimarlo a rappresentare in giudizio la Cassa malati resistente. Il giurista _____, dr. rer. pol. e MLaw, si è legittimato a questo Tribunale mediante la procura generale (" Vollmacht ") rilasciata il 31 marzo 2016 (doc. 72) dal segretario generale _____ e dalla responsabile del servizio giuridico di _____, che l'hanno autorizzato ad agire nelle controversie giuridiche in materia di assicurazione malattia, assicurazione infortuni e assicurazione malattia complementare riguardanti quattro società del gruppo tutte con sede a _____, ossia: CO 1, _____, _____ e _____, conferendogli ampio potere di stare in giudizio, concludere transazioni e far valere tutti i mezzi di diritto davanti a tutte le istanze in nome e per conto delle sue società. Nel corso dell'udienza di discussione del 27 settembre 2018 (doc. XXVI pag. 3), interpellato in merito il dr. _____ ha dichiarato di essere legittimato ad agire in nome e per conto di CO 1 sulla sola scorta della procura versata agli atti e che non vi sono quindi altri atti formali specifici che gli diano questa legittimità a stare in giudizio per conto della resistente. In altri termini non è stata allestita, da parte dell'assicuratore malattia in causa, una procura speciale, specifica per la procedura qui in esame, in favore del giurista. Queste precisazioni non sono state ritenute sufficienti da parte del ricorrente che, da ultimo nel corso dell'udienza, ha posto la questione e ripetuto che l'aspetto della competenza del giurista debba essere ulteriormente approfondita con verifica della procura agli atti, in specie per accertare se sussista una competenza a presentare la risposta e altri atti di causa. CO 1, nella risposta di causa redatta dal giurista, ha ritenuto che questi la rappresenti validamente in virtù della citata procura consegnata agli atti e ciò in base alla STF 4D_2/2013 del 1° maggio 2013, secondo cui un giurista d'azienda può agire per la società e rappresentarla dinanzi al Tribunale se munito di procura. Nell'evenienza concreta, alla luce dell'esito della vertenza, la questione non merita di essere ulteriormente approfondita ed evasa dal Tribunale cantonale delle assicurazioni in questa sede. 2.3. Nel suo gravame, e negli scritti successivi, RI 1 ha esposto il lungo iter amministrativo nei confronti della sua Cassa malati con riferimento agli infortuni del 18 febbraio 2015 e del 18 febbraio 2016, esposizione non sempre di facile lettura siccome intercalata da contestazioni relative all'agire dell'assicuratore e degli organi penali che si sono occupati degli aspetti sanzionatori delle vicende. Nelle sue argomentazioni l'assicurato ha sollevato numerose censure riguardanti la gestione amministrativa da parte di CO 1 delle procedure conseguenti ai due infortuni subiti del 18 febbraio 2015 e del 18 febbraio 2016. Il ricorrente ha in particolare lamentato disfunzioni organizzative e amministrative ad opera di collaboratori

dell'assicurazione malattie a seguito delle quali egli avrebbe subito un danno. Nel suo esposto RI 1 chiede che l'assicuratore sia condannato a risarcirgli un importo di CHF 30'000.-. Nella decisione qui impugnata la Cassa malati non si è pronunciata sul diritto dell'assicurato a un indennizzo per danni che essa stessa gli avrebbe cagionato. La decisione del 20 marzo 2018 analizza, escludendone la realizzazione, i presupposti legali per configurare quale infortunio, nel senso giuridico del termine, l'aggressione subita dall'interessato il 18 febbraio 2015 per quanto concerne le lesioni riscontrate al gluteo destro. A dire della resistente, infatti, farebbe difetto l'elemento del nesso di causalità tra l'infortunio e questi disturbi. La Cassa malati ha evidenziato che ha dovuto decidere sulla base degli atti a sua disposizione, essendosi l'assicurato rifiutato di collaborare e quindi non avendo prodotto la documentazione richiestagli. CO 1 non si è invece espressa in merito a pretese risarcitorie formulate dall'assicurato nei suoi confronti. Non essendosi specificatamente pronunciata sul tema il TCA non può, nel merito, esaminare la questione del diritto al risarcimento danni per torto morale e lesioni della personalità preteso dal ricorrente. A questo proposito va rammentato che secondo l'art. 78a LAMal le pretese di risarcimento degli assicurati fondate sull'art. 78 della legge sulla parte generale delle assicurazioni sociali (LPGA) devono essere fatte valere nei confronti dell'assicuratore; quest'ultimo statuisce mediante decisione. Per l'art. 78 cpv. 1 LPGA gli enti di diritto pubblico, gli organismi fondatori privati e gli assicuratori rispondono in qualità di garanti dell'attività degli organi d'esecuzione delle assicurazioni sociali per i danni causati illecitamente a un assicurato o a terzi da parte degli organi d'esecuzione o dei loro funzionari. Secondo l'art. 78 cpv. 2 LPGA l'autorità competente emette una decisione sulle pretese di risarcimento, mentre per il cpv. 4 per le procedure di cui ai capoversi 1 e 3 si applicano le disposizioni della LPGA. Non è svolta alcuna procedura d'opposizione. Gli articoli 3-9, 11, 12, 20 capoverso 1, 21 e 23 della legge del 14 marzo 1958 sulla responsabilità sono applicabili per analogia. Nella misura in cui è chiesto il rimborso di un danno materiale, di una lesione corporale o di un danno puramente economico, ossia è fatta valere la diminuzione del patrimonio, dovuta ad una riduzione dell'attivo, un aumento del passivo o un mancato guadagno, trova applicazione direttamente l'art. 78 LPGA. In questo caso l'art. 78 cpv. 1 LPGA ha istituito una responsabilità causale e non presuppone una colpa di un organo dell'istituto d'assicurazione (DTF 133 V 14 consid. 7). Quest'ultimo deve tuttavia aver commesso un atto illecito e dannoso, una persona assicurata o un terzo deve aver subito un danno e deve esserci un nesso causale tra l'atto illecito e il danno (DTF 133 V 14 consid. 7). Nel caso di specie l'assicuratore non ha esaminato se, in base alle norme sulla responsabilità, siano dati i presupposti e potrebbe sussistere un obbligo risarcitorio nei confronti di RI 1, perciò la censura sollevata dal ricorrente e la sua domanda di condanna di CO 1 a un risarcimento sono irricevibili. Va infatti ricordato che, per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b; SVR 2005 AHV Nr. 19; SVR 1997 UV Nr. 81). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1; DTF 125 V 414 consid. 1A; DTF 119 Ib 36 consid. 1b). Ora, essendo necessario garantire alle parti sia il diritto di essere sentite (STF 9C_182/2009 del 2 marzo 2010, consid. 7 e seguenti, in particolare consid. 7.7), e meglio di esprimersi e di confrontarsi con le condizioni previste dall'art. 78 LPGA e dalla giurisprudenza (STCA 36.2014.106 del 2 febbraio 2015; STCA 36.2010.113-114 del 6 aprile 2011, consid. 10) che

fin qui non sono state oggetto di discussione né tanto meno di disamina (STF 9C_182/2009 del 2 marzo 2010, consid. 7 e seguenti, in particolare consid. 7.7), sia il doppio grado di giudizio (DTF 125 V 413 consid. 2c; STF 8C_883/2008 del 31 marzo 2009, consid. 2.3; RCC 1991 pag. 386, consid. 8), gli atti devono essere rinviati all'amministrazione affinché verifichi gli eventuali ulteriori accertamenti necessari e analizzi se sono dati i presupposti per eventualmente riconoscere la responsabilità dell'assicuratore ai sensi del citato disposto (STCA 36.2018.37 del 28 agosto 2018). nel merito 2.4. Va qui ricordato come, a norma dell'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni previste agli articoli 32-34 LAMal. Le prestazioni comprendono tra l'altro gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (art. 25 cpv. 2 lett. a cifra 3 LAMal), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico (art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal), un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico (art. 25 cpv. 2 lett. c LAMal) e i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti da un medico (art. 25 cpv. 2 lett. d LAMal). Secondo l'art. 32 LAMal, le prestazioni di cui agli articoli 25-31 LAMal devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. L'art. 56 cpv. 1 LAMal dispone che il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Gli assicuratori malattia, chiamati a vigilare sul rispetto dell'economia di trattamento, possono e anzi devono rifiutare l'assunzione di provvedimenti terapeutici inutili o che avrebbero potuto essere rimpiazzati da altri, meno onerosi. Tale principio non concerne unicamente i rapporti tra assicuratori e fornitori di cure, bensì è ugualmente opponibile all'assicurato che non ha così alcun diritto all'assunzione e al rimborso di un trattamento non economico (DTF 127 V 46 consid. 2b e i riferimenti ivi citati; cfr. pure la sentenza del 29 giugno 2004, K 35/04, consid. 3). 2.5. In concreto l'assicuratore CO 1 ha deciso di rifiutare all'assicurato l'erogazione di prestazioni oltre a quanto sin qui riconosciuto. In particolare l'assicuratore esclude, nella decisione formale del 4 settembre 2017, che le "problematiche lamentate al gluteo destro" siano "in relazione all'evento del 18 febbraio 2015". L'assicurato, nelle sue contestazioni, fa valere pretese di rimborso riferite a cure termali di cui egli ha beneficiato, a _____, per disturbi all'orecchio destro e a quello sinistro, oltre che per cure al gluteo destro. Nonostante l'assicurato abbia più volte chiesto all'assicuratore di determinarsi al riguardo di queste pretese, domandando anche l'allestimento di un conteggio riferito specificatamente alle spese di cura riconducibili all'uno o all'altro dei due infortuni patiti (in vista anche di una domanda di risarcimento nei confronti degli autori di questi eventi) la Cassa malati non vi ha dato seguito. Tale circostanza è emersa anche nel corso dell'udienza del 27 settembre 2018, durante la quale l'amministrazione interessata ha ammesso che la pretesa tardiva notifica dell'infortunio 18 febbraio 2015 ha creato "difficoltà a qualificare le pretese. Successivamente alla notifica l'infortunio è stato riconosciuto come tale e alcune prestazioni sono state riconosciute" rilevando comunque che le "prestazioni sono state pagate sotto il cappello della malattia". CO 1, in corso d'udienza, ha peraltro rilevato come "con riferimento alle inalazioni e alle insufflazioni ... si tratta di cure che non sono coperte" circostanza che sarebbe stata comunicata a RI 1 già con scritti del 3 novembre 2017 (doc. 56) e del 9 marzo 2018 (doc. A23), ma che non ha fatto oggetto di motivazione nella decisione resa su opposizione e qui contestata, osservato

inoltre che l'assicurato ha ottenuto da un collaboratore dell'assicuratore (via e-mail) l'indicazione di presa a carico delle inalazioni ma non delle insufflazioni (verbale udienza doc. XXVI pag. 5 in medio). Come indicato in sede d'udienza l'assicurato ha ribadito la sua necessità di disporre di coerenti liste di spese mediche rimborsate dall'assicuratore, riferite specificatamente ai due infortuni, e ciò in vista di una rivalsa nei confronti degli autori degli eventi. Questa Corte evidenzia qui come la Cassa, sia nella decisione formale che in quella resa su opposizione, non si esprima in merito alle specifiche pretese dell'assicurato, non indichi quali spese per l'intervento di quale fornitore di prestazioni e per quale genere di intervento su quale parte del corpo, siano rifiutate. L'amministrazione, nella decisione formale del 4 settembre 2017 (doc. 42), fa esplicito riferimento alle diverse parti del corpo che, secondo l'assicurato, sono state oggetto di lesioni a seguito dei fatti avvenuti il 18 febbraio 2015 e il 18 febbraio 2016. La cassa indica il rifiuto di presa a carico delle lesioni alla mandibola (denti), alla fronte e al gluteo destro e ciò alla luce del certificato medico rilasciato inizialmente dai primi curanti e, per il gluteo, sarebbe " accertato come le problematiche lamentate ... non siano in relazione all'evento del 18 febbraio 2015" . La decisione su opposizione ribadisce che il contenuto del certificato medico del PS di _____ del 18 febbraio 2015 ritiene solo una lesione all'orecchio (esposizione dei fatti n. 2), circostanza contestata dall'assicurato a più riprese (esposizione dei fatti n. 3 e 4), e segnala assenza di collaborazione da parte di RI 1 (esposizione dei fatti n. 5). Nelle esposizioni di merito l'assicuratore si concentra sulle prestazioni riferite al gluteo (consid. 2), che però non elenca e non specifica, mentre nelle conclusioni rifiuta di erogare ogni e qualsiasi prestazione. Occorre qui verificare se, con tale modo di procedere e in assenza di puntuali verifiche per stabilire le conseguenze dei due infortuni, il diritto di essere sentito dell'assicurato non sia stato violato dall'assicuratore. In effetti, nel provvedimento reso su opposizione, CO 1 ha deciso (dispositivo punto 1, 2 a frase) il rifiuto di erogare ogni (altra) prestazione, senza indicare quali prestazioni specificatamente sono rifiutate e, se precedenti pretese di rimborso con la causale degli infortuni sono state riconosciute.CO 1 non ha spiegato il perché di un cambiamento di atteggiamento rispettivamente non ha analizzato la protezione della buona fede dell'assicurato. L'assicuratore ha così deciso, fondandosi unicamente sulla mancata collaborazione di RI 1 e sul certificato medico del PS del 18 febbraio 2018. Questo nonostante la trasmissione di fatture mediche e di scritti dell'assicurato con cui lo stesso ha rivendicato – riconducendole agli infortuni citati – ben più ampie pretese. Nelle motivazioni della decisione qui impugnata la Cassa ha limitato il suo esame concentrandosi, come detto, sulle lesioni al gluteo dell'assicurato e ciò senza precisamente analizzare le altre problematiche poste dal caso concreto. L'assicuratore non ha in particolare spiegato la sua mancata possibilità di acquisizione diretta di altre informazioni presso i fornitori di prestazioni, in specie interpellando il dott. _____ (per il tramite del medico fiduciario e previo svincolo dell'assicurato), alla luce della documentazione medica trasmessa all'assicuratore e da questi ritenuta insufficiente, tanto da chiedere a RI 1 di produrre le cartelle mediche. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (sentenza 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013; sentenza del 29 giugno 2006 nella causa H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126

V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Come rammentato nella recente STCA 30.2018.1 del 10 aprile 2018, il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento del provvedimento impugnato e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte a influire sulla decisione (cfr. DTF 141 IV 249; sentenza 6B_966/2014 del 6 marzo 2017, consid. 2; STF del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). Per l'art. 42 LPGa le parti hanno il diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. Il diritto di essere sentito deve essere garantito soprattutto durante la procedura di opposizione. In ogni caso al più tardi durante la procedura di opposizione, l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 4.2; DTF 132 V 368 consid. 6; cfr. anche DTF 143 IV 380 consid. 1.1). L'accertamento dei fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 cpv. 1 LPGa, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (STF 9C_675/2009 del 28 maggio 2010, consid. 8.3). L'amministrazione non può rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (STF 9C_675/2009 del 28 maggio 2010, consid. 8.3 e riferimenti). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (cfr. DTF 143 IV 380 consid. 1.4.1; DTF 132 V 390 consid. 5.1; 127 V 437 consid. 3d/aa). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione di tale diritto - nella misura in cui essa non sia di particolare gravità - è tuttavia da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 437 consid. 3d/aa). Da un rinvio degli atti per garantire il diritto di essere sentito si può inoltre prescindere - anche in caso di grave violazione - se il rinvio si esaurirebbe in un vuoto esercizio procedurale e ritarderebbe inutilmente la procedura, in contrasto con l'interesse della parte lesa ad ottenere un giudizio in tempi rapidi (STF 935/06 del 21 febbraio 2008 consid. 7.1 con riferimento a DTF 132 V 390 consid. 5.1, 116 V 187 consid. 3d). In concreto è indubbio che RI 1 abbia postulato, a più riprese, il rimborso di spese medico sanitarie per cure che egli riconduce agli infortuni citati (si veda in particolare la presa a carico delle cure di idrocolonterapia "correttamente" nell'ambito dell'infortunio del 18 febbraio 2015, doc. 19 del 28 settembre 2016, doc. 22 mail del 21 novembre 2016). L'assicurato ha più volte indicato, anche con la trasmissione di specifiche fatture mediche, che l'ampiezza dei due infortuni, in specie quello del 18 febbraio 2015, era ben altra rispetto a quanto ritenuto dall'amministrazione. La notifica dell'infortunio ne fa stato. L'assicuratore, con la decisione qui impugnata, non si è preoccupato di accertare le conseguenze degli infortuni in maniera adeguata, ma si è limitato a chiedere all'assicurato

le cartelle mediche quando egli aveva trasmesso le fatture dei curanti che riteneva adeguate e sufficienti a dimostrare le sue ragioni. Se così non era, l'amministrazione doveva approfondire e verificare direttamente, e certamente con la collaborazione dell'assicurato, le conseguenze degli infortuni, già mediante l'acquisizione degli atti penali - come si vedrà meglio in seguito. L'assicuratore non si è espresso nel merito delle specifiche pretese dell'assicurato e non ha svolto adeguate verifiche e gli accertamenti che gli incombevano. CO 1 ha limitato la sua analisi agli aspetti delle cure prestate al gluteo nelle motivazioni della decisione su opposizione (doc. 68), indicando l'assenza di collaborazione dell'assicurato (che non ha trasmesso le cartelle mediche dei curanti), ha concluso poi in maniera generale che l'erogazione di prestazioni è rifiutata (consid. 7 e punto 1 del dispositivo), quindi anche per le pretese lesioni ai denti e meglio alla mandibola e alla fronte, nonché le conseguenze successivamente specificate dall'assicurato ad altre parti del corpo. Non solo. La decisione su opposizione non ha specificato quali accertamenti non siano stati possibili eseguire, a livello dei fatti, in assenza della collaborazione dell'assicurato e perché non sia stato possibile a CO 1 ovviare a tale pretesa mancata collaborazione. Dire apoditticamente che l'assicurato si è rifiutato di collaborare non basta a soddisfare l'esigenza di motivazione che deve avere una decisione resa su opposizione. Non è neppure sufficiente fare implicito riferimento (senza neppure richiamarle nella motivazione della decisione qui contestata) a informazioni già comunicate all'assicurato. Nello scritto formante il documento 56 del 3 novembre 2017 e ancora nello scritto 9 marzo 2018 (doc. 67), come emerso in sede d'udienza, l'assicuratore ha comunicato a RI 1 che, a prescindere dalle altre motivazioni della decisione su opposizione, le inalazioni e le insufflazioni non sono prese a carico in base alla LAMal, contraddicendo in maniera parziale almeno un mail di un collaboratore della Cassa stessa, come ha ricordato l'assicurato nel corso dell'utile udienza. Ora a questi aspetti la decisione impugnata non fa cenno. Già per queste mancanze, la decisione su opposizione del 20 marzo 2018 deve essere annullata e gli atti rinviati alla Cassa malati, affinché si pronunci sulle censure sollevate dal ricorrente e si esprima eventualmente sulle pretese carenze di collaborazione, in dettaglio, motivando l'influenza delle stesse sul giudizio di merito e l'impossibilità per l'assicuratore sociale di porvi rimedio altrimenti. Come si vedrà nelle considerazioni che seguono, anche per l'aspetto specifico delle lesioni al gluteo, analizzato più dettagliatamente nella decisione impugnata, la decisione deve essere annullata e gli atti rinviati all'assicuratore per una puntuale istruttoria e per la resa di un nuovo giudizio. 2.6. Come emerge dal complesso degli atti, RI 1 vanta, in conseguenza degli eventi del 18 febbraio 2015 e del 18 febbraio 2016, diverse pretese di rimborso dei costi delle terapie di cui ha avuto - e ha tuttora - bisogno a titolo terapeutico. Talune di queste prestazioni sono state riconosciute, altre invece sono state assunte dall'assicuratore quali spese di malattia, rispettivamente sono state rifiutate (si veda il contenuto del già citato doc. 56 e dello scritto 9 marzo 2018, doc. A23/doc. 67). Come indicato, la decisione su opposizione ha escluso l'assunzione di spese (non precisate nel provvedimento), a titolo di spese per infortunio, in base alla parte del corpo interessata. CO 1 ha ritenuto che, in particolare, le lesioni al gluteo destro non sarebbero conseguenze dell'infortunio del 18 febbraio 2015 e neppure di quello avvenuto il 18 febbraio 2016. Per fare ciò CO 1 non ha postulato l'acquisizione degli atti della procedura penale conseguenti agli esposti dell'assicurato. Rapporti di polizia, constatazioni degli inquirenti penali, il verbale dei querelati e dello stesso assicurato non sono ricompresi negli atti prodotti. In corso d'udienza l'assicuratore ha ammesso il mancato richiamo indicando come sufficienti gli atti medici, salvo poi indicare - nelle motivazioni della

decisione su opposizione – che l'assicurato non ha prodotto le cartelle mediche dei curanti che gli sono state domandate (e quindi ritenere implicitamente insufficienti gli atti medici acquisiti). Dalla discussione di causa è risultato che, dopo i fatti del 18 febbraio 2015 e dopo le prime cure beneficate al Pronto Soccorso di _____, RI 1, come egli stesso ha indicato in udienza: “così obbligato dalla prassi dopo l'infortunio”, si è recato dal suo medico curante dr. med. _____, il quale ha proseguito le cure indirizzandolo presso diversi specialisti. Il ricorrente ha indicato in sede di udienza che il contenuto del certificato medico rilasciato dal Pronto Soccorso a seguito della sua visita non era corretto e ne ha contestato in sede penale e presso l'Ospedale medesimo le modalità e la fatturazione, che inizialmente era avvenuta considerando le cure come evento derivante da malattia e poi rettificata in infortunio. RI 1 ha spiegato che, dopo la visita al PS di _____, si è recato alla Polizia cantonale di _____ per sottoporsi spontaneamente al test dell'alcol e lì è stato visto dagli agenti con le sue tumefazioni, non fotografate in quell'occasione. RI 1 ha in vece prodotto al Tribunale cantonale delle assicurazioni (doc. A20) delle fotografie scattate dal suo curante dr. med. _____, eccettuata la fotografia dell'orecchio destro, che è stato fotografato in ospedale dagli operatori sanitari. Le fotografie mostrano in particolare la fronte del ricorrente, il gluteo destro e il braccio destro. L'estensore del doc. A20 specifica, con riferimento a ognuna delle 4 foto (al di fuori di quella dell'orecchio destro) l'esistenza di “contusioni” sulla fronte e sullo zigomo nella parte destra, ematomi sul gluteo destro e ematomi sul braccio destro. Non risulta che l'assicuratore si sia rivolto direttamente (per il tramite del proprio medico fiduciario) al curante dr. med. _____ per conoscere le date delle visite, le constatazioni oggettive eseguite, con la conseguente possibilità di acquisire le fotografie doc. A20 e di sapere precisamente quando le foto (esclusa quella all'orecchio) sono state scattate, da chi, e quali osservazioni obiettive abbia svolto il curante. Non risultano poi contatti tra il medico fiduciario dell'assicuratore e il curante per le verifiche quindi del nesso causale tra evento, lesioni e cure. CO 1 non sembra neppure avere interpellato il suo medico fiduciario per sapere se, lesioni come quelle al gluteo mostrate dalla foto A20 possano – da un profilo medico – comparire in epoca successiva al colpo subito. Se inizialmente il caso era stato ritenuto dall'assicuratore quale caso bagatella per l'entità delle spese mediche inizialmente assunte, come evidenziato in sede di udienza (verbale 27 settembre 2018, doc. XXVI pag. 4 ultime due righe), con il trascorrere del tempo e il beneficio di terapie da parte dell'assicurato le spese per le cure sono aumentate in maniera importante e i due infortuni hanno assunto diversa connotazione rispetto ad una semplice bagatella, anche in ottica di un possibile regresso da parte dell'assicuratore nei confronti degli autori dei fatti. Anche in tale ottica, e non esclusivamente per potere fare valere le proprie pretese risarcitorie nei confronti dei responsabili dei fatti, RI 1 ha chiesto di ottenere una lista delle fatture elaborate dall'assicuratore e riferite specificatamente a ognuno dei due infortuni. Il ricorrente ha lamentato che ancora oggi la Cassa malati amministra in modo confuso i conteggi delle prestazioni che, a suo dire, sono invece indubbiamente riconducibili agli infortuni. È indubbio che CO 1 non ha posto in atto le verifiche che il caso imponeva per potere rendere una decisione con piena cognizione di causa. 2.7. A fronte di quanto esposto, i fatti posti alla base degli infortuni non sono stati accertati in maniera completa da parte di CO 1. Gli eventi del 18 febbraio 2015 e quelli del 18 febbraio 2016 sono stati oggetto di accertamenti dell'autorità penale che l'assicuratore non ha verificato, atti che non sono stati richiamati. Non solo i fatti posti alla base degli eventi infortunistici e le loro conseguenze sul corpo del ricorrente non sono stati accertati in maniera completa, ma anche le verifiche del decorso medico non sono state eseguite in

maniera completa dal profilo medico. Si ripete che non è stato chiarito, in conseguenza all'incidento del 18 febbraio 2015, quali oggettive constatazioni ha eseguito il curante al momento della prima visita dopo i fatti, quando questa visita è avvenuta, se l'ematoma al gluteo destro che il dr. med. _____ ha riscontrato nell'assicurato sia una conseguenza del colpo ricevuto la notte del 18 febbraio 2015 dal ricorrente e che gli avrebbe provocato una caduta a terra, e se sia possibile che tale ematoma sia emerso successivamente alla visita al PS. Non è stato accertato convenientemente da parte di CO 1 se, nonostante il tenore del certificato rilasciato dal medico del PS, che non indicava problemi al gluteo rispettivamente ai denti, al braccio e alla fronte ma alla luce delle richieste dell'assicurato che ha rivendicato diritti da tali lesioni, queste lesioni fossero comunque da ricondurre a quanto avvenuto il 18 febbraio 2015. Si ribadisce che gli atti dell'assicuratore non contemplano la verifica presso il medico fiduciario per accertare se l'ematoma al gluteo (rispettivamente quelli fotografati dal dr. med. _____ e sopra descritti), dal profilo medico, potevano insorgere in un secondo tempo e quindi che siano stati forzatamente rilevati solo successivamente alla visita presso il servizio di pronto soccorso. Se così fosse e se gli ematomi illustrati dalle fotografie doc. A20 fossero da ricondurre ai fatti subiti da RI 1 il 18 febbraio 2015, allora le cure per queste lesioni dovrebbero essere considerate come derivanti da un infortunio nel senso giuridico del termine, analogamente alle cure di cui il ricorrente ha beneficiato in relazione alla lesione all'orecchio destro. Alla luce di queste lacune negli accertamenti, che incidono sui diritti dell'assicurato ed in particolare il suo diritto di essere sentito e di potere beneficiare di un doppio grado di giudizio come illustrati in precedenza, la decisione impugnata deve essere annullata e gli atti rinviati all'assicuratore affinché provveda alle puntuali verifiche in merito allo svolgimento dei fatti che hanno provocato le lesioni il 18 febbraio 2015 e il 18 febbraio 2016 a danno di RI 1, verifichi quali lesioni precise e quali danni alla salute ha subito l'assicurato, quali cure sono state prestate dai curanti, e se queste cure debbano essere assunte. In caso di rifiuto di assumere specifici costi di cura CO 1 ne preciserà le ragioni in maniera dettagliata affinché l'assicurato, in caso di contestazione, possa adire il Tribunale cantonale delle assicurazioni in maniera mirata e precisa. CO 1 dovrà quindi spiegare il motivo dell'assunzione dei costi delle cure mediche beneficate dall'assicurato e conseguenti agli avvenimenti del 18 febbraio 2015 rispettivamente del 18 febbraio 2016, sotto l'egida della malattia (rispettivamente delle coperture complementari rette dalla LCA sottoscritte da RI 1) in luogo dell'incidento, rispettivamente il rifiuto di assumere dei costi delle cure mediche sotto l'egida dell'incidento, argomentando – dopo le verifiche necessarie – le proprie decisioni e ciò nonostante il fatto che, in virtù dell'art. 28 LAMal, per gli incidenti ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia. Va rammentato che, per l'art. 111 OAMal, gli assicurati devono notificare al loro assicuratore-malattie gli incidenti non notificati a un assicuratore-incidenti o all'assicurazione militare. Essi devono fornire le informazioni riguardanti: a. l'ora, il luogo, le circostanze e le conseguenze dell'incidento; b. il medico curante o l'ospedale; c. eventuali responsabili e assicurazioni interessate. La necessità di tale procedere, per gli incidenti riconducibili all'intervento di terze persone, consiste nella possibilità per l'assicuratore sociale di fare valere, nei confronti dell'autore delle lesioni a danno del ricorrente, le pretese di rimborso per le prestazioni eseguite in favore dell'assicurato. In altri termini, l'assicuratore è surrogato nei diritti dell'assicurato in virtù dell'art. 72 LPGAl (il cui capoverso 1 recita: “ All'insorgere dell'evento assicurato l'assicuratore è surrogato, fino all'ammontare delle prestazioni legali, nei diritti

dell'assicurato e dei suoi superstiti contro i terzi responsabili ”). Per tale motivo le prestazioni dell'assicuratore sociale dovranno essere chiaramente riferite agli infortuni (2 eventi distinti del 18 febbraio 2015 e 18 febbraio 2016) in modo da permettere alla stessa CO 1 di esercitare il diritto di regresso nei confronti del responsabile per quanto soluto in base agli obblighi di legge in favore dell'assicurato per le prestazioni medico-sanitarie da questi beneficiarie. 2.8. Alla luce di quanto precede, la decisione su opposizione del 20 marzo 2018 è annullata e gli atti rinviati a CO 1 per procedere nei suoi incumbenti e emanare nuovamente una decisione. L'emanazione della presente sentenza rende priva di oggetto la domanda di conferimento dell'effetto sospensivo formulata dal ricorrente (STF 9C_887/2017 del 7 giugno 2018 consid. 5; STF 9C_711/ 2016 e 9C_716/2016 del 9 maggio 2017, consid. 12 non pubblicato in DTF 143 V 130).

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