

TI_GERICHTE 36.2006.2 vom 10. April 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-04-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2006.2

FR: TI_GERICHTE 36.2006.2 du 10 avril 2006

IT: TI_GERICHTE 36.2006.2 del 10 aprile 2006

Regeste

Sospensione del pagamento delle prestazioni derivanti dall'assicurazione malattia di base in seguito all'emissione di attestati di carenza beni non ancora soluti dall'autorità di assistenza sociale.

Erwägungen

E. 1

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 degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Infatti con STCA del 23 gennaio 2006, nella causa C., inc. 36.2005.210, questo Tribunale ha emanato una decisione di principio concernente una fattispecie analoga alla presente, nella composizione di tre giudici, ed ha accolto il ricorso dell'assicurato con argomentazioni che verranno riprese anche in questa sede. Vista la gravità della misura adottata dall'assicuratore, ossia la sospensione del pagamento di ogni prestazione derivante dalla LAMal, non occorre attendere l'esito dei ricorsi interposti contro altre sentenze inerenti il medesimo argomento, anche perché diverse STCA sullo stesso tema, inerenti il medesimo gruppo assicurativo, sono cresciute incontestate in giudicato (cfr. in particolare la prima sentenza in materia di sospensione delle prestazioni emessa dal Tribunale nella composizione di tre giudici, del 23 gennaio 2006 nella causa C. (36.2005.210), nonché STCA del 2 febbraio 2006 nella causa B., inc. 36.2005.204; STCA del 1 febbraio 2006 nella causa C., inc. 36.2005.198; STCA del 2 febbraio 2006 nella causa P., inc. 36.2005.195; STCA del 30 gennaio 2006 nella causa B., inc. 36.2005.167; STCA del 30 gennaio 2006 nella causa S., inc. 36.2005.193; STCA del 30 gennaio 2006 nella causa B., 36.2005.179). nel merito 2. Con il 1. gennaio 2006 è entrata in vigore una modifica della LAMal e dell'OAMal in merito alla conseguenza della mora in caso di mancato pagamento dei premi dell'assicurazione di base (art. 64a LAMal e 90 OAMal; cfr. RU 2005 3587; FF 2004 3869). Da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme sostanziali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (STFA del 22 luglio 2005 nella causa L., K 114/03, consid. 3; DTF 130 V 160 consid. 5.1; DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 126 V 166 consid. 4b). In concreto la

cassa, con decisioni (formale e su opposizione) emanate nel 2005, fa valere premi e partecipazioni alle spese relativi ad anni precedenti il 2006. Vanno pertanto applicate le norme in vigore fino al 31 dicembre 2005 (cfr. anche STFA del 28 gennaio 2005 nella causa D., K 117/04, consid. 2.1 e DTF 129 V 455, consid. 1). 3. Per l'art. 90 cpv. 1 OAMal di regola i premi devono essere pagati mensilmente. Con il 1. gennaio 2003 è entrata in vigore una modifica dell'art. 90 OAMal, nel senso che sono stati aggiunti i capoversi 2-5. Il tenore del nuovo art. 90 cpv.

E. 3

OAMal en prévoyant, en plus du paiement des primes et des participations, le paiement d'intérêts moratoires et de frais de poursuite (cf. ATF 129 V 459 sv. consid. 3). 2.2 La jurisprudence interprète ces dispositions en ce sens que la suspension de la prise en charge des prestations prend fin lorsque sont payées les primes (frais accessoires inclus) ayant fait l'objet de l'acte de défaut de biens à l'origine des procédures de communication à l'autorité d'aide sociale et de suspension de prestations. Cette suspension ne peut pas être maintenue si des poursuites pour d'autres primes impayées sont en cours (ATF 129 V 455).

E. 3.1

Sous l'empire de la LAMA, les caisses-maladie n'avaient pas le droit, sauf motif particulier, d'exclure un membre pour défaut de paiement des cotisations d'assurance et de participations aux frais. Elles étaient libres, en revanche, de prononcer une mesure moins grave comme la suspension du droit aux prestations d'assurance, laquelle pouvait être maintenue tant que subsistaient des arriérés de cotisations et de participations (ATF 111 V 318; RAMA 1992 n° K 896 p. 138, 1990 n° K 847 p. 252). Toujours sous le régime de la LAMA, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'une suspension des prestations qui se prolonge au-delà de la clôture de la faillite de l'assuré n'était pas compatible avec l'art. 265 al. 2 LP (RAMA 1995 no K 961 p. 52). Selon cette disposition, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 1997, une nouvelle poursuite ne peut être requise sur la base de l'acte de défaut de biens après faillite que si le débiteur revient à meilleure fortune; sont également considérées comme meilleure fortune les valeurs dont le débiteur dispose économiquement. Dans l'arrêt B. du 2 décembre 2004 (K 139/03), le Tribunal fédéral des assurances a laissé indécis le point de savoir si cette jurisprudence restait applicable après l'entrée en vigueur de la LAMal. Le présent litige exige que la question soit tranchée. Il convient d'y répondre par l'affirmative, pour les mêmes motifs que ceux retenus par le tribunal en 1995.

E. 3.2

L'art. 265 al. 2 LP vise en effet à permettre au débiteur de se relever de sa faillite et de se construire une nouvelle existence, à savoir de se rétablir sur le plan économique et social, sans être constamment soumis aux poursuites des créanciers perdants de la faillite. Le débiteur doit ainsi avoir acquis de nouveaux actifs auxquels ne correspondent pas de nouveaux passifs, c'est-à-dire de nouveaux actifs nets (ATF 129 III 388 consid. 5.1.1). Une suspension durable des prestations au-delà de la clôture de la faillite n'est pas compatible avec ce but. La continuation d'un blocage des prestations éluderait les effets juridiques de l'acte de défaut de biens après faillite si l'assureur pouvait invoquer, à l'appui de cette mesure, une créance qu'il ne peut faire valoir en poursuite qu'à la condition d'un retour à meilleure fortune du débiteur.

E. 3.3

L'entrée en vigueur de la LAMal n'a pas remis en cause ces motifs (dans ce sens: Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, p. 184 et note de bas de page 825; voir aussi Jean-Louis Duc, *Quelques aspects de la demeure de l'assuré dans le cadre de la LAMal*, in : *La défaillance de paiement, Retard et défaut de paiement*, Fribourg 2002, p. 184). L'exécution des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art. 61 ss LAMal et des participations selon l' art. 64 LAMal), de même que les conséquences de la non-exécution de ces obligations, par des mesures spécifiques au droit de l'assurance-maladie, ne sont réglées ni par la LAMal ni dans une norme de délégation qui serait contenue dans cette loi et qui chargerait le Conseil fédéral de régler ces questions. Le régime de suspension des prestations pour non-paiement des cotisations, formalisé à l' art. 90 OAMal , s'inscrit dans le fil de la jurisprudence établie sous le régime de la LAMA. L'OAMal est une ordonnance fondée sur les art. 96 LAMal et 81 LPGa, qui chargent le Conseil fédéral d'édicter des dispositions aux fins d'exécution de la loi. Une ordonnance d'exécution de la loi a pour fonction de concrétiser les dispositions légales et, le cas échéant, de combler des lacunes d'importance secondaire, dans la mesure où l'exécution de la loi l'exige; les normes d'exécution doivent cependant s'en tenir au cadre légal et ne peuvent en particulier contenir des règles nouvelles qui limiteraient les droits des administrés et leur imposeraient de nouveaux devoirs ou encore contourneraient les dispositions d'une loi autre que l'ordonnance a pour fonction de concrétiser (voir ATF 126 V 269 consid. 4b).

E. 3.4

Dès lors, aujourd'hui comme par le passé, le maintien d'une suspension du droit aux prestations après la clôture de la faillite reste incompatible avec l' art. 265 al. 2 LP , nonobstant les dispositions d'exécution adoptées par le Conseil fédéral.

E. 4

A livello cantonale l'art. 20 cpv. 1 LCAMal stabilisce che il Consiglio di Stato designa l'autorità di assistenza sociale per il pagamento dei crediti irrecuperabili relativi alle prestazioni obbligatorie previste dalla legislazione federale. Il cpv. 1 si applica solo alle persone soggette all'obbligo d'assicurazione (art. 20 cpv. 2 LCAMal). Giusta l'art. 20 cpv. 3 LCAMal prima di procedere al pagamento dei crediti irrecuperabili, l'istanza competente applica il sussidio per la riduzione dei premi. L'art. 22 cpv. 1 LCAMal prevede che nei confronti delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione e per le prestazioni obbligatorie di legge, l'assicuratore non può: a) dichiarare l'esclusione di assicurati; b) sospendere le prestazioni; c) praticare la compensazione dei crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato. L'art. 22 cpv. 2 LCAMal riserva l'applicazione dell'art. 9 cpv. 4 OAMal per quanto riguarda gli assicurati a cui la legislazione svizzera in materia di assistenza sociale non è applicabile. 5. Le norme regolamentari in vigore fino al 31 dicembre 2004 prevedevano inoltre quanto segue. Per l'art. 82 cpv. 1 Reg. LCAMal l'assicuratore malattie che a seguito della procedura esecutiva cui alla LCAMal ottiene un attestato di carenza di beni definitivo o un certificato di insolvenza, può chiedere all'IAS il pagamento dei crediti irrecuperabili, incluse le spese esecutive, ma esclusi gli interessi. Per il cpv. 2 la richiesta di pagamento dei premi e delle partecipazioni avviene per mezzo dei formulari ufficiali. Alla richiesta devono essere allegati i documenti giustificativi nella forma originale (cpv. 3). L'IAS emana le direttive di procedura (cpv. 4). L'art. 82a Reg. LCAMal prevede che l'assicuratore malattie è tenuto a dare inizio alla procedura esecutiva, o a richiedere il certificato di insolvenza, entro 6 mesi dalla scadenza del primo credito

vantato. A norma dell'art. 82b Reg. LCAMal ai fini dei recuperi praticati dall'UAM verso gli assicurati morosi, l'attestato di carenza di beni e il certificato di insolvenza hanno il medesimo valore. Una nuova procedura esecutiva non è necessaria ove siano stati rilasciati due attestati di carenza di beni definitivi in un periodo di 24 mesi precedenti la richiesta. L'IAS può tuttavia esigere che l'assicuratore malattie promuova una nuova procedura esecutiva, se è a conoscenza di circostanze che lo giustificano (art. 83 Reg. LCAMal). Per l'art. 84 Reg. LCAMal in ogni caso l'assicuratore malattie non può sospendere il diritto alle prestazioni previsto dalla LAMal. L'art. 85 Reg. LCAMal prevede che per le prestazioni obbligatorie definite dalla LAMal, l'assicuratore malattie non può praticare la compensazione di crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato. Con il 1. gennaio 2005 le norme sulle " esazioni e procedure esecutive " sono state modificate, come segue. Per l'art. 82 Reg. LCAMal l'assicuratore malattie (di seguito: assicuratore) che a seguito della procedura esecutiva di cui alla LCAMal ottiene un attestato di carenza di beni definitivo o una dichiarazione di insolvenza, può chiedere all'IAS il pagamento dei crediti irrecuperabili, incluse le spese esecutive e gli interessi di mora (cpv. 1). La richiesta di pagamento dei premi e delle partecipazioni avviene per mezzo dei formulari ufficiali e deve essere inoltrata tempestivamente (cpv. 2). Alla richiesta devono essere allegati i documenti giustificativi nella forma originale (cpv. 3). L'IAS emana le direttive di procedura (art. 4). Gli art. 82a e b Reg. LCAMal sono stati abrogati. Per l'art. 83 cpv. 1 Reg. LCAMal l'assicuratore è tenuto a dare inizio alla procedura esecutiva, o a richiedere la dichiarazione di insolvenza, entro 6 mesi dalla scadenza del primo credito vantato. Il cpv. 2 prevede che se lascia scadere infruttuosamente il termine di cui al cpv. 1, non può imporre conseguenze agli assicurati interessati. Ai fini dei recuperi praticati dall'IAS nei confronti degli assicurati morosi, l'attestato di carenza di beni e la dichiarazione di insolvenza hanno il medesimo valore e la medesima validità temporale (art. 84 Reg. LCAMal). A norma dell'art. 85 cpv. 1 Reg. LCAMal una nuova procedura esecutiva non è necessaria ove siano stati rilasciati due attestati di carenza di beni definitivi in un periodo di 24 mesi precedenti la richiesta. Se l'assicuratore non si attiene a quanto disposto al cpv. 1, l'IAS non riconosce le spese esecutive e gli interessi di mora per i periodi impropri (art. 85 cpv. 2 Reg. LCAMal). In caso di inosservanza del cpv. 1, l'assicuratore non può imporre conseguenze agli assicurati interessati. Per l'art. 85a cpv. 1 Reg. LCAMal di regola la durata massima del pagamento dei crediti irrecuperabili per singolo assicurato è di 5 anni. Il cpv. 2 prevede che a richiesta dell'assicurato, la durata massima di cui al cpv. 1 può essere prorogata fino ad un ulteriore anno, se per un determinato anno di competenza il credito riconosciuto non ha superato fr. 300.--, oppure per i motivi di cui all'art. 85d cpv. 2. L'art. 85a cpv. 3 Reg. LCAMal prevede che scaduti i termini di cui sopra, l'IAS sospende i pagamenti dei crediti irrecuperabili nei confronti dell'assicuratore interessato. I pagamenti possono parimenti essere sospesi anche prima della scadenza di cui ai cpv. 1 e 2, se l'assicurato non ottempera alle richieste di spiegazioni provenienti dall'IAS (cpv. 4). Le limitazioni di cui all'art. 85 non si applicano nei confronti di assicurati minorenni (art. 85b Reg. LCAMal). Per l'art. 85c Reg. LCAMal il pagamento dei crediti irrecuperabili è escluso, anche prima dei termini di cui all'art. 85a, nei casi in cui l'assicurato in mora riceve direttamente una prestazione sociale che già comprende gli importi per il pagamento dei premi e delle partecipazioni LAMal. A norma dell'art. 85d Reg. LCAMal l'IAS avverte preventivamente, in forma scritta, l'assicurato in mora da lungo tempo delle conseguenze di una prolungata morosità e, in particolare: a) della data di sospensione del pagamento dei crediti irrecuperabili nei confronti dell'assicuratore; b) della possibilità per l'assicuratore, in

queste situazioni, di procedere alla sospensione della remunerazione delle prestazioni. Se l'assicurato manifesta ragioni plausibili per le quali è momentaneamente impossibilitato a pagare i premi e le partecipazioni LAMal, l'IAS impartisce al medesimo un termine di tempo ristretto per riprendere in maniera autonoma e regolare i pagamenti verso l'assicuratore. In assenza di manifestazioni da parte dell'assicurato o di motivazioni plausibili ai sensi del cpv. 2, l'IAS avverte in forma scritta l'assicuratore della data a partire dalla quale cessa il pagamento dei crediti irrecuperabili, richiamando nel contempo la possibilità di procedere alla sospensione della remunerazione delle prestazioni. L'IAS tiene un registro degli assicurati a cui è sospeso il pagamento dei crediti irrecuperabili all'assicuratore presso cui sono iscritti. L'art. 85e Reg. LCAMal prevede che l'assicuratore può applicare la sospensione della remunerazione delle prestazioni nei confronti di un determinato assicurato in mora solo dopo aver ricevuto la conferma scritta dell'IAS di sospensione del pagamento dei crediti irrecuperabili. A norma dell'art. 85f cpv. 1 Reg. LCAMal in caso di comunicazione dell'IAS ai sensi dell'art. 85d cpv. 3 Reg. LCAMal, l'assicuratore avverte tempestivamente i fornitori di prestazioni conosciuti a cui si rivolge in via ordinaria l'assicurato moroso. Per il cpv. 2 l'assicuratore avverte immediatamente l'IAS quando l'assicurato in mora ha saldato i crediti scoperti posteriori alla data di cui all'art. 85d cpv. 3. 6. Va ancora rilevato che la presente fattispecie, concernente la sospensione del pagamento delle prestazioni dell'assicuratore sociale nei confronti di assicurati morosi, fa parte di una serie di vertenze avviate da casse appartenenti al _____ che vuole far pressione nei confronti del Canton Ticino per il pagamento degli arretrati non ancora soluti. Nell'ambito di un'altra causa, di cui all'inc. 36.2005.193, il TCA ha sentito un rappresentante della Cassa, il quale ha affermato: " Il rappresentante dell'assicuratore rileva come sia aperto un braccio di ferro per non dire un contenzioso con il Cantone, in particolare l'UAM, perchè il credito complessivo vantato dalla _____, che qui non sa precisare ma che ammonta a _____, non viene soluto dal Cantone. A motivo dei mancati pagamenti l'amministrazione cantonale ritiene argomenti di dettaglio che non si comprendono. Le ragioni di questi ritardi comunque sono incomprensibili ed ingiustificate. Questo ha indotto il _____ a sospendere le prestazioni per diversi assicurati morosi per i quali non è ancora intervenuto il pagamento. Il Giudice evidenzia come nel braccio di ferro che si è instaurato tra il _____ ed il Cantone chi paga lo scotto è in primis l'assicurato toccato dal provvedimento e conseguentemente il Tribunale già oberato di lavoro ed al quale il Cantone ha già ridotto all'osso le risorse per fronteggiare le pendenze. Fa notare che questo genere di procedure ha portato ad un incremento delle cause specifiche relative all'assicurazione malattia. Osserva comunque che le norme del Regolamento di applicazione della LCAMal sono precise in merito. Il sig. _____ dopo avere udito la sostanza delle norme vigenti che regolano in materia indica di conoscerne il tenore, rileva che la stretta applicazione di questo norme purtroppo causa un aumento delle spese amministrative. Da atto che nessuno degli assicurati oggetto dei provvedimenti recenti del _____ rientra nella casistica di cui alle nuove norme (art. 85a e segg.) adottate dal Consiglio di Stato per la limitazione del pagamento dei crediti irrecuperabili. Il rappr. assicuratore fa notare che neppure le procedure che sono corrette conducono il Cantone al pagamento. Possono esservi delle pratiche imprecise allora si comprende che in quei casi il pagamento venga sospeso in attesa di completazione o rettifiche delle procedure ma quando l'iter è corretto e definitivamente portato avanti incomprensibilmente i versamenti non avvengono. Fa notare che diversi assicuratori si erano trovati in una situazione analoga e diversi assicuratori si erano decisi per procedere come il _____ ha fatto ossia con il

decretare a carico di assicurati morosi la sospensione delle prestazioni. Poi però gli altri assicuratori non hanno portato avanti questa decisione di principio e solo il _____ ha seguito questa via. Il giudice fa osservare, in generale e non solo per quanto attiene al caso per la sig.ra X, che non risulta (sia nel caso concreto che in altri casi pendenti) che l'assicuratore abbia tolto l'effetto sospensivo alla sua decisione ciò rende la decisione non effettiva e conseguentemente impedisce all'assicuratore di ricusare il pagamento delle prestazioni il cui rimborso viene richiesto." (doc. X, inc. 36.2005.193) In un'altra causa (36.2005.178), analoga alla presente, l'assicuratore ha prodotto diversa documentazione a comprova della diatriba attualmente in corso con il Canton Ticino. A mente del TCA, a prescindere dall'esito del ricorso, il _____ avrebbe potuto e dovuto far valere le proprie pretese nei confronti dello Stato in altro modo, avviando le opportune procedure semmai contro le autorità competenti. Agendo invece tramite la sospensione delle prestazioni di un'assicurazione sociale nei confronti di persone che si trovano in uno stato di oggettiva precarietà sia finanziaria che di salute e fondandosi su premi e partecipazioni ai costi rimasti impagati diversi anni fa, il _____ mette in serie difficoltà gli assicurati più deboli, senza tuttavia riuscire ad ottenere in tempi brevi quanto richiesto. 7. In concreto dagli atti emerge che l'assicuratore ha sospeso il pagamento delle prestazioni derivanti dalla LAMal a causa della presenza di 6 ACB non ancora interamente pagati ad un assicurato invalido al 100%. La Cassa, un assicuratore sociale, ritiene di aver agito correttamente poiché, conformemente a quanto prevede l'art. 90 OAMal, dispone di un attestato di carenza beni ed ha avvisato l'autorità di assistenza sociale competente. Come visto l'art. 90 cpv. 3 OAMal prevede che se la procedura sfocia in un attestato di carenza di beni, l'assicuratore ne informa la competente autorità d'assistenza sociale. Per l'art. 90 cpv. 4 OAMal dopo la notifica dell'ACB e l'avviso all'autorità d'assistenza sociale, l'assicuratore può sospendere la remunerazione delle prestazioni finché l'importo non sia interamente pagato. Nella fattispecie lo scritto del 30 giugno 2005 all'assicurato, nel quale lo si informa della sospensione del versamento delle prestazioni, trasmesso solo in copia all'autorità di assistenza sociale (doc. 31), non può essere assimilato ad una informazione all'autorità competente. In questa lettera "standard", trasmessa anche ad altri assicurati, con copia all'IAS, viene fatto solo un cenno generico alla presenza di attestati di carenza beni, senza che vi sia alcun riferimento preciso al numero di attestati e al debito scoperto ancora da pagare, rendendo di fatto impossibile l'intervento dell'autorità di assistenza sociale. Inoltre l'art. 90 cpv. 3 OAMal prevede che la sospensione può avvenire solo dopo la notifica dell'attestato di carenza beni e l'avviso all'autorità d'assistenza sociale. In questo caso invece la sospensione e l'avviso sono state effettuate contemporaneamente, lo stesso giorno, con lo stesso scritto, impedendo così all'autorità cantonale di verificare la liceità dell'agire della Cassa, che per l'assicurato toccato dalla decisione ha gravi e importanti conseguenze che possono mettere in pericolo la sua stessa sopravvivenza (cfr. l'indicazione secondo la quale " la nostra cassa non garantirà più il pagamento diretto delle sue medicine e, in cambio del rilascio di quest'ultime, la farmacia potrà chiederle il pagamento "). In DTF 129 V 455 il TFA ha stabilito che „ Ein Leistungsaufschub und die damit einhergehende subsidiäre Leistungspflicht der zuständigen Sozialhilfebehörde rechtfertigt sich nur für Beitragsausstände, welche in einem bestimmten Verlustschein verkörpert und der Sozialhilfebehörde so urkundenmässig ausgewiesen zugegangen sind. “ e che „ Die Auslegungskriterien führen zum Schluss, dass es für die Beendigung des Leistungsaufschubs erforderlich und hinreichend ist, dass diejenigen Prämien und Akzessorien bezahlt werden, welche Gegenstand des Verlustscheins bildeten, auf dessen

Grundlage der Leistungsaufschub fusste. “ (sottolineatura del redattore). In concreto, dallo scritto del 21 febbraio 2006 dell’IAS (doc. XIV), emerge che “ per quanto riguarda gli attestati di carenza di beni citati dall’assicuratore relativamente al gravame in oggetto, questa Autorità comunica che non avanza obiezioni di principio. I medesimi sono in fase di elaborazione. Si segnala unicamente un periodo – che comprende i mesi di dicembre 2001, rispettivamente gennaio e febbraio 2002 – durante il quale il domicilio del signor RI 1 non era nel Cantone Ticino: nel periodo evocato, il predetto ha infatti eletto il proprio domicilio nel Cantone _____ (cfr. documento di conferma allegato). ” A proposito dell’applicazione del diritto cantonale, va rammentato che con la sentenza del 22 ottobre 2002 del TFA (K 102/00), pubblicata in RDAT I-2003 n. 20 pag. 68 e segg., citata dalla Cassa in sede di risposta, il TFA ha avuto modo di evidenziare come: “Per l’ art. 96 LAMal il Consiglio federale è incaricato dell’esecuzione della legge stessa. L’Esecutivo emana le disposizioni necessarie (cfr. art. 182 cpv. 2 Cost., art. 102 cif. 5 vCost.; DTF 125 V 268 consid. 2a). Sulla base di questa disposizione l’Esecutivo federale ha promulgato l’ art. 9 cpv. 1 OAMal, secondo cui se, nonostante diffida, l’assicurato non paga i premi o le 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 d’assistenza sociale. Sono salve le disposizioni cantonali che contemplano la previa notifica all’autorità preposta alla riduzione dei premi. Giusta il capoverso 2, 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 o le partecipazioni ai costi siano stati interamente pagati. Se questi vengono pagati l’assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione. (...) 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). 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 .

6.3 In concreto non è contestato che la Cassa malati non ha posto in esecuzione il credito vantato nei confronti dell'intimata, né che non ha fatto capo all'autorità assistenziale competente per il pagamento dei premi. In simili circostanze non può porre in esecuzione la propria pretesa tramite compensazione. In quanto infondato il ricorso di diritto amministrativo va pertanto respinto." Nella citata sentenza il TFA ha aderito all'opinione di Eugster, secondo il quale " 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). "

A maggior ragione, ciò che vale per la compensazione di premi impagati con prestazioni fatte valere da un assicurato, deve trovare applicazione anche nell'ambito della sospensione da ogni pagamento delle prestazioni in caso di malattia. Quest'ultima misura è infatti nettamente più incisiva e maggiormente gravida di conseguenze per l'assicurato, rispetto a quella della compensazione. Se la Cassa, quando intende compensare premi impagati con prestazioni, deve mettere l'Ufficio preposto nella condizione di poter pagare prima di procedere con la compensazione, ciò deve valere anche quando la conseguenza è la sospensione dal pagamento di ogni prestazione derivante dalla LAMal. In concreto dallo scritto del 21 febbraio 2006 dell'IAS emerge che l'autorità cantonale, per quanto concerne gli ACB inerenti il ricorso in esame " non avanza obiezioni di principio. I medesimi sono in fase di elaborazione " (doc. XIV). L'autorità assistenziale non ha negato il pagamento delle prestazioni ancora in sospeso. La Cassa non poteva di conseguenza sospendere le prestazioni dell'assicurato. Va inoltre rilevato che la norma federale (l'art. 90 cpv. 4 OAMal) è incompleta poiché non fissa modalità e i tempi entro i quali l'autorità d'assistenza sociale deve intervenire ad effettuare il pagamento dei premi. Essa lascia quindi al Cantone la libertà di legiferare in merito (cfr. STFA 22 ottobre 2002 del TFA (K 102/00, riprodotta precedentemente). In tale prospettiva l'art. 22 cpv. 1 lett. b LCAMal ha apportato gli adeguati correttivi e prevede che nei confronti delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione e per le prestazioni obbligatorie di legge l'assicuratore non può sospendere

le prestazioni. Inoltre per l'art. 85e Reg. LCAMal la sospensione della remunerazione delle prestazioni può avvenire solo dopo aver ricevuto la conferma dell'IAS di sospensione del pagamento dei crediti irrecuperabili. In concreto l'assicuratore non ha rispettato il diritto cantonale, sospendendo il pagamento delle prestazioni senza aver ottenuto la conferma dell'autorità cantonale di sospensione del versamento degli arretrati. La decisione va pertanto annullata.

E. 8

In concreto l'assicuratore ha adottato una misura incisiva ed estremamente pericolosa nei confronti di una persona invalida, con scarse (se non nulle) conoscenze giuridiche, malgrado gli interessi finanziari delle Casse siano, di regola, garantiti dal Cantone il quale, se sono adempiute le condizioni, provvede al versamento del dovuto. La superficialità e la leggerezza dell'agire della Cassa ha imposto all'assicurato, privo di specifiche conoscenze giuridiche, di far capo ad un legale il quale ha dovuto dapprima chiedere l'emanazione di una decisione formale, poi opporsi alla medesima ed infine inoltrare ricorso a questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni con aggravio di impegno temporale e spese per invii e copie di documenti. Visto l'esito dell'impugnativa, per quanto attiene alle ripetibili, va rammentato come secondo l'art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa il ricorrente che vince la causa ha diritto alla rifusione delle ripetibili nella misura stabilita dal tribunale. Il loro importo è determinato in relazione alla fattispecie e alla difficoltà del processo, senza tener conto del valore litigioso. L'indennità è, di principio, concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato - in effetti la disposizione in questione non si esprime in termini di rimborso spese d'avvocato bensì, genericamente, di spese di rappresentanza (RCC 1983 pag. 329; RCC 1980 pag. 116; DTF 108 V 111) -, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (RCC 1992 pag. 433 consid. 2a, RCC 1985 pag. 411 consid. 4, DTF 108 V 271 = RCC 1983 pag. 329). Ueli Kieser, ATSG Kommentar, Schultess Zurigo, 2003 a pagina 629, rammenta inoltre che: "Eine Ausnahme gilt nach der Rechtsprechung dort, wo von der Kostenlosigkeit des kantonalen Gerichtsverfahrens abgewichen werden kann, d.h. bei mutwilligem oder leichtsinnigem Verhalten; hier kann – bei erheblichem Aufwand – der Versicherungsträger bei Obsiegen eine Parteientschädigung beanspruchen (vgl. BGE 127 V 207 f.; vgl. dazu auch ZÜND, Kommentar zum zürcherischen Gesetz über das Sozialversicherungsgericht, 240). Diese letztgenannte Rechtsprechung übergeht allerdings den klaren Wortlaut der gesetzlichen Bestimmung und den Zweck derselben, und es kann ihr insoweit nicht zugestimmt werden." In DTF 127 V 205 e segg. l'Alta Corte federale rammenta come, in caso di ricorso temerario od interposto per leggerezza, l'assicuratore può ottenere ripetibili in analogia con quanto previsto nella sentenza pubblicata in DTF 110 V 134 c. 4. Nel caso concreto la superficialità, la leggerezza e la temerarietà dell'agire dell'assicuratore, che non ha posto rimedio al suo agire revocando il provvedimento, impongono il carico di tasse di giustizia e spese ed il riconoscimento di indennità adeguate in favore del ricorrente. Come rammentato nella sentenza 22 aprile 2004 di questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni (36.2004.34): "In virtù del diritto cantonale la materia è retta dall'art. 22 LPrTCA che regola le "Spese di patrocinio. Ripetibili" (così la marginale). Il ricorrente vincitore in causa ha diritto al rimborso delle spese processuali, dei disborso (ossia delle anticipazioni che l'assicurato ricorrente è chiamato ad effettuare) e delle spese di patrocinio (cpv. 1). Per quanto attiene alle ripetibili invece il tema è regolato al cpv. 2 con sostanziale richiamo ai principi legali noti (e che si ritrovano nella LPGa) (...) in questa circostanza le

spese vive desumibili degli atti sopportate dalla ricorrente possono – in virtù della procedura cantonale – essere poste a carico di X." In concreto si giustifica il carico di una tassa di giustizia di fr. 700.-- e spese processuali cifrate in fr. 200.--, nonché di fr. 1'600.-- a titolo di ripetibili. Considerato l'esito del ricorso, la domanda di assistenza giudiziaria e di gratuito patrocinio formulata dal ricorrente, diventa priva di oggetto (cfr. STFA del 28 gennaio 2003 nella causa C., B 96/00). Copia della presente va trasmessa all'IAS, quale parte interessata.

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