

TI_GERICHTE 36.2006.50 vom 2. Juni 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-06-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2006.50

FR: TI_GERICHTE 36.2006.50 du 2 juin 2006

IT: TI_GERICHTE 36.2006.50 del 2 giugno 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. In numerose altre sentenze emesse da questo Tribunale in casi analoghi al presente (cfr. STCA del 23 gennaio 2006 nella causa C., inc. 36.2005.210, STCA del 30 gennaio 2006 nella causa B., inc. 36.2005.179, STCA del 30 gennaio 2006 nella causa S., inc. 36.2005.193, STCA del 30 gennaio 2006 nella causa B., inc. 36.2005.167, STCA del 2 febbraio 2006 nella causa P., inc. 36.2005.195, STCA del 1 febbraio 2006 nella causa C., inc. 36.2005.198, STCA del 2 febbraio 2006 nella causa B., inc. 36.2005.204, STCA dell'8 febbraio 2006 nella causa D., inc. 36.2005.233, STCA dell'8 febbraio 2006 nella causa S., inc. 36.2005.224, STCA del 9 febbraio 2006 nella causa G., inc. 36.2005.186, STCA del 13 febbraio 2006 nella causa M., inc. 36.2005.218, STCA del 21 febbraio 2006 nella causa S., inc. 36.2005.225, STCA del 22 febbraio 2006 nella causa P., inc. 36.2005.178, STCA del 22 febbraio 2006 nella causa P., inc. 36.2005.223, STCA del 20 febbraio 2006 nella causa V., inc. 36.2005.199, STCA del 28 febbraio 2006 nella causa G., inc. 36.2005.235, STCA del 1 marzo 2006 nella causa G., inc. 36.2005.207, STCA del 20 marzo 2006 nella causa C., inc. 36.2006.40, STCA del 10 aprile 2006 nella causa P. inc. 36.2006.2), tra cui diverse già cresciute in giudicato (cfr. STCA del 23 gennaio 2006 nella causa C., inc. 36.2005.210, STCA del 30 gennaio 2006 nella causa B., inc. 36.2005.179, STCA del 30 gennaio 2006 nella causa S., inc. 36.2005.193, STCA del 30 gennaio 2006 nella causa B., inc. 36.2005.167, 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 2 febbraio 2006 nella causa B., inc. 36.2005.204), il TCA ha giudicato illecito l'agire della convenuta in quanto contrario al diritto cantonale e, in talune occasioni, anche al diritto federale (in particolare quando l'assicuratore sospende il pagamento delle proprie prestazioni prima di aver correttamente notificato gli ACB ancora scoperti all'autorità di assistenza sociale; cfr. anche DTF 129 V 455). 2. Con il ricorso del 16 febbraio 2006 l'insorgente si è rivolto al TCA a causa del ritardo nell'emettere la decisione su opposizione richiesta. La Cassa malati ha emanato la decisione in data 14 marzo 2006. L'interessato l'ha tempestivamente impugnata con ricorso del 27 marzo 2006. Giusta l'art. 56 cpv. 1 LPGA le decisioni su opposizione e quelle contro cui un'opposizione è esclusa possono essere impugunate mediante ricorso. Secondo l'art. 56 cpv. 2 LPGA il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante la domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione. Tale disposizione include sia i ricorsi per ritardata giustizia che per denegata giustizia (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo-Basilea-Ginevra 2003, art. 56 nota 10 pag. 560). Con l'entrata in vigore della LPGA, secondo il già citato suo art. 56 cpv. 2, spetta al competente Tribunale cantonale delle assicurazioni statuire in merito ad un ricorso per denegata/ritardata giustizia (Kieser, op. cit., art. 56 nota 11 pag. 560 s; STFA inedita 23 ottobre 2003 nella causa D., consid. 3, I 387/03). Va inoltre rammentato come ai sensi dell'art. 52 cpv. 1 LPGA le decisioni emesse in virtù dell'art. 49 LPGA possono essere impugunate entro trenta giorni mediante opposizione all'istanza che le ha notificate. L'art. 52 cpv. 2 LPGA stabilisce che le decisioni su opposizione vanno pronunciate entro un termine adeguato, sono motivate e contengono un avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Inoltre, secondo l'art. 52 cpv. 3 LPGA, la procedura d'opposizione è gratuita e di regola non sono accordate ripetibili. Secondo il TFA, vi è diniego di giustizia qualora un'autorità giudiziaria od amministrativa non si occupi di una domanda, per la cui risoluzione essa è competente (DTF 114 V 147 consid. 3a e riferimenti ivi menzionati; Kieser, op. cit., art. 56 nota 10 pag. 560). Sempre secondo la giurisprudenza, vi è diniego di giustizia nel caso in cui l'autorità competente si dimostri certo pronta ad emanare una decisione, ma ciò non avviene entro un termine che appare adeguato, tenuto conto della natura dell'affare nonché dell'insieme delle altre circostanze (DTF 107 Ib 164 consid. 3b e riferimenti). Irrilevanti sono le ragioni che hanno determinato il diniego di giustizia. Decisivo per l'interessato è unicamente il fatto che l'autorità non abbia agito, rispettivamente, non abbia agito in maniera tempestiva (DTF 108 V 20 consid. 4c, 103 V 195 consid. 3c). Nel giudicare l'esistenza di una ritardata giustizia, si deve procedere ad una valutazione delle circostanze oggettive. Vi è, quindi, ritardata giustizia quando le circostanze che hanno condotto ad un prolungamento della procedura non appaiono oggettivamente giustificate (DTF 103 V 195 consid. 3c in fine). Criteri rilevanti sono, segnatamente, la natura della procedura, la difficoltà della materia ed il comportamento dell'interessato (DTF 125 V 188; VPB 1983 n. 150 p. 527 e EuGRZ 1983 p. 483). Il principio secondo cui la procedura innanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni deve essere semplice e spedita (art. 61 cpv. 1 lett. a LPGA) è espressione di un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali e vale, perciò, anche nell'ambito della procedura amministrativa (DTF 110 V 61 consid. 4; cfr. pure Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 243 n. 509). D'ottrina e giurisprudenza hanno stabilito che una ritardata giustizia può essere ammessa soltanto allorquando la competente autorità protrae più del dovuto la trattazione di un affare. Ciò non è il caso se essa prende dei provvedimenti positivi, ad esempio dei provvedimenti probatori supplementari. Qualora l'autorità si sia occupata di una vertenza senza notevole

ritardo, una violazione della costituzione può essere ammessa soltanto se determinati provvedimenti sono stati presi abusivamente (Meyer, *Das Rechtsverzögerungsverbot nach Art. 4 BV*, tesi Berna 1985, p. 78 e riferimenti giurisprudenziali). Da ultimo va rilevato che, in caso di accoglimento di un ricorso per ritardata o denegata giustizia, il Tribunale ordina all'assicuratore sociale di concludere entro un termine ragionevole la procedura, rispettivamente di dar seguito alla chiesta misura (Kieser, *Verwaltungsverfahren*, cit., nota 507 pag. 240; cfr. anche SVR 2001 KV 38 consid. 2b pag. 110). Nel caso concreto l'assicuratore ha emanato la decisione su opposizione richiesta. Il ricorso per denegata giustizia di conseguenza diventa privo di oggetto. Va qui evidenziato come la decisione formale sia stata emanata il 23 novembre 2005 (doc. A), ossia 7 giorni dopo che l'interessato ne ha sollecitato la sua emanazione (doc. B). L'insorgente ha inoltrato la sua opposizione il 14 dicembre 2005 (doc. D), mentre la decisione su opposizione è del 14 marzo 2006. L'assicurazione ha pertanto impiegato 3 mesi per emanare una decisione il cui contenuto è simile ad altre emesse in questi mesi. Non vi è alcun dubbio che l'assicuratore avrebbe dovuto decidere più celermente.

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 LPG, 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

Enfin, comme la question de la compensation n'est pas soulevée par les parties, il n'y a pas lieu de se prononcer à ce stade."

E. 6

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. 7. 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. 8. 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. Y 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. 9. In concreto dalla decisione su opposizione emerge che l'assicuratore ha sospeso il pagamento delle prestazioni derivanti dalla LAMal a causa della presenza di 5 ACB emanati dal _____ (mentre nella decisione formale veniva indicato il _____ quale data dell'ultimo ACB). La Cassa 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. 13), 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. 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. “ (sottolineature del redattore). In concreto con scritto del 6 aprile 2006 l’UAM ha proposto a questo Tribunale di accogliere il ricorso, rilevando che: “Nel gravame in rassegna l’assicuratore malattie vanta crediti scoperti in ragione di cinque ACB- e più precisamente: n. _____, _____, _____, _____ e _____-, presentati allo scrivente Ufficio in data 6 febbraio 2006. Si rivela dunque che l’assicuratore, in casu, ha formalizzato la sospensione della remunerazione delle prestazioni in data 23 novembre 2005, quindi addirittura prima di aver prodotto gli ACB all’autorità cantonale. Al di là di questa grave azione dell’assicuratore, si rivela che tutti gli ACB citati sono stati ritornati al medesimo, in quanto presentati in modo non conforme alle direttive cantonali. In particolare non è stato presentato l’ACB relativo al coniuge, in ragione della responsabilità solidale nel pagamento dei premi dell’assicurazione obbligatoria contro le malattie. In più l’assicuratore non ha presentato gli ACB originali. Oltre alla superficialità nell’agire dell’assicuratore, si rileva inoltre, in casu, l’aggravante che questa grave sanzione è stata imposta ad una persona particolarmente bisognosa di cure.” (doc. XI, inc. 36.2006.50). In concreto pertanto la decisione su opposizione dell’assicuratore si basa su 5 ACB presentati all’autorità cantonale solo il 6 febbraio 2006, ossia dopo lo scritto del 30 giugno 2005 con il quale si informa (genericamente) l’autorità di assistenza sociale della sospensione del pagamento e dopo l’emanazione della decisione formale (con dati sbagliati per quanto concerne le date degli ACB) tramite la quale viene sospeso il pagamento di ogni prestazione derivante dalla LAMal (le affermazioni dell’IAS non sono state contestate dall’assicuratore nel termine a lui accordato per prendere posizione in merito a quanto rilevato dall’autorità cantonale, cfr. doc. XII, inc. 36.2006.50). Tale modo di agire è manifestamente inammissibile. L’assicuratore non può fondare una misura così grave quale la sospensione della remunerazione delle prestazioni derivanti dalla LAMal ad un assicurato che necessita di cure, sulla base di ACB presentati all’autorità cantonale dopo l’emanazione della decisione formale, oltretutto su dati non completamente corretti. Già solo per questi motivi la decisione va annullata (cfr. DTF 129 V 455). Va ancora rilevato che 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 stati effettuati 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 ”). Tale modo di agire è manifestamente inammissibile. 10. Il TCA, nella citata sentenza del 23 gennaio 2006, ha già avuto modo di indicare che il riferimento alla sentenza del 22 ottobre 2002 del TFA (K 102/00), pubblicata in R DAT I-2003 n. 20 pag. 68 e segg., ed in particolare la circostanza che il TFA ha citato, al consid. 5.2, l’art. 9 cpv. 2 OAMal, non è corretto. Infatti, in quell’occasione, 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).

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 .

E. 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 6 aprile 2006 dell'IAS emerge che l'autorità cantonale ha preso conoscenza dei 5 ACB ancora impagati solo il 6 febbraio 2006. Non c'è pertanto alcun fondamento per procedere con la sospensione del pagamento delle prestazioni dovute. 11. Va inoltre rilevato che la norma federale (l'art. 90 cpv. 4 OAMal) è incompleta poiché non fissa modalità e 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. 85e Reg. LCAMal ha apportato gli adeguati correttivi e prevede che 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 di conseguenza annullata. Va infine evidenziato che il 22 maggio 2006 l'assicurato ha trasmesso a questo Tribunale un conteggio della Cassa che compensa prestazioni dovutegli con premi di cui è ancora debitore. Il TCA ha trasmesso, per competenza, lo scritto all'assicuratore, il quale dovrà provvedere all'immediata notifica di una decisione formale [anche sulla base della citata sentenza del 22 ottobre 2002 del TFA (K 102/00)] che l'interessato potrà contestare dapprima tramite un'opposizione e, se la decisione non sarà a lui favorevole, tramite ricorso a questo Tribunale. 12. In concreto l'assicuratore ha adottato una misura incisiva ed estremamente pericolosa nei confronti di una persona 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 chiedere l'emanazione di una decisione formale, di opporsi alla medesima ed infine di inoltrare ricorso a questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni, dapprima da solo, per denegata giustizia, ed in seguito patrocinato dal proprio assistente sociale contro la decisione su opposizione, 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 disborsi (ossia delle anticipazioni che l'assicurato ricorrente è chiamato ad effettuare) e delle spese di patrocinio (cpv. 1). Per quanto attiene alle ripetibili invece il tema è regolato al cpv. 2 con sostanziale richiamo ai principi legali noti (e che si ritrovano nella 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 fr. 300.-- a titolo di ripetibili ridotte alla luce del contenuto apportato del rappresentante. Copia della presente va trasmessa all'IAS, quale parte interessata.