

TI_GERICHTE 36.2011.77 vom 31. Dezember 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-12-31, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2011.77_d20111231

FR: TI_GERICHTE 36.2011.77 du 31 décembre 2011

IT: TI_GERICHTE 36.2011.77 del 31 dicembre 2011

Regeste

Sospensione del pagamento delle prestazioni derivanti dalla LAMal a causa della mora dell'assicurato in applicazione delle norme in vigore fino al 31 dicembre 2011 confermata poiché l'assicuratore ha seguito i precetti di legge e giurisprudenziali

Erwägungen

E. 21

luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). nel merito 2. L'art. 64a LAMal, introdotto con una modifica legislativa del 18 marzo 2005 ed in vigore dal 1° gennaio 2006 al 31 dicembre 2011, prevedeva al cpv. 1 che se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore deve diffidarlo per scritto, assegnargli un termine supplementare di 30 giorni e indicargli le conseguenze della mora. Per l'art. 64a cpv. 2 LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011 se, nonostante diffida, l'assicurato non paga e se è già stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni finché i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Nello stesso tempo informa della sospensione delle prestazioni l'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo di assicurazione. Sono fatte salve le prescrizioni cantonali che prevedono una notifica ad altri uffici. A norma dell'art. 64a cpv. 3 LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011 se i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione sono pagati integralmente, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante la sospensione. In tale contesto va ricordato che nella sentenza pubblicata in DTF 129 V 455, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) aveva interpretato l'art. 9 cpv. 2 OAMal nella versione valida fino al 31 dicembre 2002, sostituito dall'art. 90 cpv. 4 OAMal dal 1° gennaio 2003 (nella versione valida fino al 31 dicembre 2005), nel senso che la sospensione remunerativa delle prestazioni termina con il pagamento di quei premi (incluse le spese accessorie) che hanno fatto l'oggetto dell'attestato di carenza di beni all'origine dell'avvio della procedura con l'autorità di assistenza sociale e della sospensione delle prestazioni. Il Consiglio federale disciplina le modalità d'incasso dei premi e della procedura di diffida e i dettagli relativi alle conseguenze della mora (art. 64a cpv. 5 LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011). L'art. 90 OAMal, nel testo in vigore dal 1° gennaio 2006 al 31 luglio 2007, ritenuto come dal 1° agosto 2007 l'articolo non è più suddiviso in capoversi giacché i cpv. da 2 a 7 sono stati abrogati ed in parte integrati negli art. 105a e seguenti OAMal, prevedeva, al cpv. 1, che i premi devono essere pagati in anticipo e di regola mensilmente. Il tasso per gli

interessi di mora sui premi scaduti ai sensi dell'articolo 26 capoverso 1 LPGA è del 5 per cento all'anno (art. 90 cpv. 2 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 luglio 2007). I premi e le partecipazioni dovuti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono essere oggetto di una diffida e di una procedura di esecuzione per debiti separate da eventuali altri pagamenti arretrati (art. 90 cpv. 3 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 luglio 2007). Se l'assicurato è in mora con il pagamento di tre premi mensili ed è stato diffidato senza successo, deve essere avviata in merito una procedura di esecuzione per debiti, al più tardi 40 giorni dopo l'ultima diffida infruttuosa (art. 90 cpv. 4 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 luglio 2007). Se l'assicurato ha causato a torto spese cui si sarebbe evitato in caso di pagamento tempestivo, l'assicuratore può esigere, in adeguata misura, spese di diffida o spese supplementari, nella misura in cui ne preveda il disciplinamento nelle sue disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi degli assicurati (art. 90 cpv. 5 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 luglio 2007). Se entro tre mesi dalla comunicazione al servizio cantonale competente, quest'ultimo non ha dato il suo accordo all'assunzione dei premi arretrati, della partecipazione ai costi, nonché degli interessi di mora e delle spese di esecuzione, l'assicuratore può compensare i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora oggetto della procedura d'esecuzione nonché le relative spese di esecuzione con pretese dell'assicurato (art. 90 cpv. 6 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 luglio 2007). Se l'assicurato che deve cambiare l'assicuratore in virtù dell'articolo 7 capoversi 3 o 4 LAMal è in mora con il pagamento al momento del passaggio al nuovo assicuratore ed è già stata decisa la sospensione delle prestazioni, quest'ultima ha effetto anche con il nuovo assicuratore. L'assicuratore precedente informa il nuovo assicuratore sulla sospensione delle prestazioni. Lo informa nuovamente non appena i premi e le partecipazioni ai costi arretrati nonché gli interessi di mora e le spese di esecuzione sono stati completamente saldati (art. 90 cpv. 7 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 luglio 2007).

3. Dal 1° agosto 2007 al 31 dicembre 2011 gli art. 105b-105d OAMal, che hanno modificato l'art. 90 OAMal, abrogando i cpv. da 2 a 7, prevedevano quanto segue: " Art. 105 b Procedura di diffida e di esecuzione 1 I premi e le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scaduti e non pagati devono essere oggetto, nei tre mesi che seguono la loro esigibilità, di una diffida scritta preceduta da almeno un richiamo e distinta da quelle vertenti su altri eventuali pagamenti arretrati. Con la diffida, l'assicuratore deve impartire all'assicurato un termine di 30 giorni al fine di permettergli di adempiere il suo obbligo e attirare la sua attenzione sulle conseguenze in cui incorre se non paga. 2 Se l'assicurato non paga entro il termine impartito, l'assicuratore deve avviare una procedura esecutiva relativa al debito nei quattro mesi successivi, in modo distinto da altri eventuali pagamenti arretrati. 3 Se l'assicurato cagiona per propria colpa spese che avrebbero potuto essere evitate con un pagamento tempestivo, l'assicuratore può riscuotere, in misura appropriata, spese amministrative, se una misura siffatta è prevista dalle disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi dell'assicurato. Art. 105 c Sospensione della presa a carico dei costi delle prestazioni 1 Se ha depositato una domanda di continuazione dell'esecuzione, l'assicuratore sospende il rimborso dei costi (sistema del terzo garante) o la remunerazione delle prestazioni (sistema del terzo pagante). 2 La sospensione ha effetto il giorno della comunicazione. Essa si applica a tutte le fatture che pervengono all'assicuratore durante il periodo di sospensione del rimborso dei costi o della remunerazione delle prestazioni. 3 La sospensione termina non appena sono stati pagati i premi e le partecipazioni ai costi oggetto della richiesta di continuare la procedura, nonché gli interessi di mora e le spese d'esecuzione scaduti. 4 L'assicuratore deve informare il

servizio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo di assicurarsi in merito ai certificati di carenza di beni che ha ricevuto. Sono fatte salve le disposizioni cantonali che prevedono una notifica a un altro ufficio. 5 Durante la sospensione della presa a carico delle prestazioni gli assicuratori non possono compensare le prestazioni con premi o partecipazioni ai costi loro dovuti. 6 Se garantisce la presa a carico o il rimborso forfetario dei premi, delle partecipazioni ai costi, degli interessi di mora e delle spese d'esecuzione irrecuperabili, il Cantone può convenire con uno o più assicuratori le condizioni alle quali gli assicuratori rinunciano a sospendere la presa a carico dei costi. Art. 105 d Cambiamento di assicuratore in caso di mora 1 L'assicurato è in mora ai sensi dell'articolo 64 a capoverso 4 della legge a decorrere dalla notifica della diffida scritta di cui all'articolo 105 b capoverso 1. 2 Se l'assicurato in mora disdice il rapporto assicurativo, l'assicuratore deve informarlo che la disdetta non ha alcun effetto se i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora oggetto di una diffida fino a un mese prima della scadenza del termine di disdetta o le spese d'esecuzione accumulate fino a tale momento non sono integralmente pagate prima della scadenza di detto termine. 3 Se le somme in arretrato conformemente al capoverso 2 non sono pervenute all'assicuratore entro la scadenza del termine di disdetta, quest'ultimo deve informare l'assicurato che egli continua ad essere assicurato presso di lui e che può cambiare assicuratore soltanto al successivo termine previsto nell'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge." Da rilevare che le disposizioni transitorie relative alla modifica del 27 giugno 2007 prevedono, al cpv. 3, che l'articolo 105b capoversi 1 e 2 non si applica ai premi scaduti prima del 1° agosto 2007 e alle partecipazioni ai costi delle prestazioni fornite prima del 1° agosto 2007, mentre per il cpv. 4 l'articolo 105c capoverso 2 non si applica alle sospensioni della presa a carico delle prestazioni esistenti il 1° agosto 2007. Il cpv. 5 prevede che i premi e le partecipazioni ai costi, nonché gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non pagati, scaduti prima del 1° gennaio 2006, non impediscono un cambiamento di assicuratore. Va infine evidenziato che con il 1° gennaio 2012 è entrata in vigore una ulteriore modifica (del 19 marzo 2010) dell'art. 64a LAMal e degli art. 105b e seguenti OAMal (cfr. RU 2011 pag. 3523 e seguenti). In particolare il nuovo art. 64a LAMal, non applicabile al caso di specie, ha il seguente tenore: " 1 Se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore, dopo almeno un sollecito scritto, deve diffidarlo assegnandogli un termine supplementare di 30 giorni e indicandogli le conseguenze della mora (cpv. 2). 2 Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato, l'assicuratore deve richiedere l'esecuzione. Il Cantone può esigere che l'assicuratore comunichi all'autorità cantonale competente il nome dei debitori escussi. 3 L'assicuratore comunica all'autorità cantonale competente il nome degli assicurati interessati nonché, per ogni debitore, l'importo complessivo dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (premi e partecipazioni ai costi in arretrato, interessi di mora e spese di esecuzione) per i quali, durante il periodo considerato, è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente. L'assicuratore chiede all'organo di revisione designato dal Cantone di confermare l'esattezza dei dati che ha comunicato al Cantone e trasmette la conferma a quest'ultimo. 4 Il Cantone assume l'85 per cento dei crediti oggetto della comunicazione di cui al capoverso 3. 5 L'assicuratore conserva gli attestati di carenza di beni e i titoli equivalenti sino al pagamento integrale dei crediti in arretrato. Non appena l'assicurato ha saldato in tutto o in parte il debito verso l'assicuratore, questi restituisce al Cantone il 50 per cento dell'importo ricevuto dall'assicurato. 6 In deroga all'articolo 7, l'assicurato in mora non può cambiare assicuratore finché non ha pagato integralmente i

premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, nonché gli interessi di mora e le spese di esecuzione. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4. 7 Gli assicurati che nonostante l'esecuzione non pagano i premi possono essere registrati dai Cantoni in un elenco accessibile unicamente ai fornitori di prestazioni, ai Comuni e al Cantone interessato. Su notificazione del Cantone, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite a questi assicurati, salvo nei casi d'urgenza medica, e informa l'autorità cantonale competente della sospensione delle prestazioni e dell'annullamento di tale sospensione dopo il pagamento dei crediti in arretrato da parte degli assicurati. 8 Il Consiglio federale stabilisce i compiti dell'organo di revisione e designa i titoli considerati equivalenti all'attestato di carenza di beni. Disciplina le modalità relative alla procedura di diffida e di esecuzione, alla comunicazione dei dati ai Cantoni da parte degli assicuratori, nonché ai versamenti dei Cantoni agli assicuratori. 9 Il Consiglio federale emana disposizioni relative al mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi per le persone tenute ad assicurarsi residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia." Le disposizioni transitorie, in vigore dal 1° gennaio 2012, prevedono: " 1 L'assicuratore remunera le prestazioni all'assicurato (terzo garante), al fornitore di prestazioni (terzo pagante) o al Cantone che assume: a. i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente; e b. gli interessi di mora e le spese di esecuzione scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica. 2 Se il Cantone non assume i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente, la sospensione delle assunzioni dei costi delle prestazioni conformemente al diritto anteriore è mantenuta e le prestazioni fornite sino all'entrata in vigore della presente modifica non sono rimborsate. Non appena l'assicurato ha pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, nonché gli interessi di mora e le spese di esecuzione, l'assicuratore assume i costi delle prestazioni fornite." Va qui ancora abbondanzialmente rilevato che a questo proposito il Consiglio di Stato nel Messaggio 6534 del 28 settembre 2011 sulla modifica della " Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997: assicurati morosi, sospesi e insolventi ", ha affermato, a pag. 3-4, che: " (...) Al di là dell'importante aumento dei costi determinato dalla nuova normativa federale – motivo di preoccupazione da parte del Cantone – l'abolizione della sospensione, tramite l'intervento statale, ha il pregio di permettere, dal 1° gennaio 2012, l'"azzeramento" della situazione pregressa, attraverso la riattivazione delle coperture assicurative di tutti gli assicurati sospesi sino ad allora. La riammissione non cancellerà il debito precedentemente maturato dall'assicurato, ma gli permetterà di "ripartire da zero" e di mettersi in regola nel futuro, senza essere condizionato dai debiti accumulati nel passato." (sottolineatura del redattore) 4. A proposito della necessità di emanare una decisione formale nell'ambito della sospensione del pagamento delle prestazioni LAMal, va evidenziato che con sentenza 36.2011.37 del 16 novembre 2011 a Tribunale completo, il TCA ha stabilito: " Per quanto concerne le norme in vigore fino al 31 dicembre 2005, nel corso del 2006 l'Alta Corte è stata chiamata a decidere su diversi ricorsi presentati da un gruppo assicurativo contro le sentenze di questo Tribunale che aveva giudicato inammissibile l'agire dell'assicuratore, il quale non aveva applicato correttamente le norme federali e cantonali applicabili prima della modifica legislativa entrata in vigore l'1.1.2006 (cfr., tra le tante, la sentenza K 38/06 del 10 luglio 2006). La nostra Massima Istanza, in un'ulteriore sentenza K 139/06 del 31 gennaio 2008,

in ambito di sospensione delle prestazioni della LAMal, ha stabilito che: “Preliminarmente si osserva che la comunicazione 5 luglio 2005, con la quale l'assicuratore ricorrente ha sospeso, con effetto dalla medesima data, il pagamento delle prestazioni, non esplica in realtà alcun effetto giuridico. 4.1 Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAMal, le disposizioni della LPGa sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la presente legge non ne preveda espressamente una deroga. A norma dell'art. 49 LPGa, nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato, l'assicuratore deve emanare per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni (cpv. 1). In tal caso, le decisioni sono accompagnate da un avvertimento relativo ai rimedi giuridici e devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. La notificazione irregolare di una decisione non deve inoltre provocare pregiudizi per l'interessato (cpv. 3). Per l'art. 51 LPGa, le prestazioni, i crediti e le ingiunzioni che non sono contemplati nell'articolo 49 cpv. 1 possono essere sbrigati con una procedura semplificata (cpv. 1). L'interessato può tuttavia esigere che sia emanata una decisione (cpv. 2). In materia di assicurazione malattia, le prestazioni assicurative sono concesse mediante procedura semplificata secondo l'art. 51 LPGa. Questa disposizione è applicabile, in deroga all'articolo 49 cpv. 1 LPGa, anche alle prestazioni di ragguardevole entità (art. 80 cpv. 1 LAMal). 4.2 Ora, sebbene l'art. 80 cpv. 1 LAMal preveda la possibilità di fare capo a una procedura informale in relazione alla concessione di prestazioni assicurative, tale deroga alla LPGa non può, per ovvi motivi, estendersi ai casi di negazione o di sospensione delle prestazioni (cfr. pure FF 1999 pag. 3977; inoltre v. Gebhard Eugster, ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, in RSAS 2003 pag. 213 segg., in particolare 234 seg.). Trattandosi inoltre, nell'ipotesi di sospensione delle prestazioni, necessariamente di casi di ragguardevole entità, tale misura dev'essere adottata con una decisione formale. 4.3 La sospensione decretata, senza alcuna indicazione di rimedi giuridici, il 5 luglio 2005 è pertanto stata notificata irregolarmente. Essa non può di conseguenza provocare pregiudizi per l'assicurata. Ciò significa che la sospensione poteva, se del caso, essere espressa con effetto, al più presto, dalla data della decisione formale del 10 ottobre 2005 e non già dal 5 luglio 2005.” Va qui rilevato che nei casi giudicati dall'Alta Corte le decisioni formali di sospensione, di regola, hanno seguito, di pochi mesi, lo scritto con il quale l'assicuratore informava la persona interessata della misura presa. Va ancora evidenziato che con sentenza 36.2009.6 del 17 agosto 2009 il TCA ha stabilito: “(...) Nella sentenza del 10 ottobre 2007 (inc. 36.2007.46-47) il TCA ha annullato la decisione dell'assicuratore di sospendere il pagamento delle prestazioni alla ricorrente poiché X non aveva seguito la corretta procedura nei suoi confronti. Chiamata da questo Tribunale a trasmettere la decisione di sospensione emessa successivamente, l'assicuratore ha prodotto uno scritto del 21 febbraio 2008 tramite il quale X ha comunicato all'interessata la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni in seguito alla domanda di proseguimento dell'esecuzione n. Y dell'UE di Z per il periodo gennaio-agosto 2007 (doc. XIV/3). L'interessata non ha contestato questa comunicazione. Con sentenza K 139/06 del 31 gennaio 2008 (citata da questo Tribunale ancora nella recente sentenza del 18 marzo 2009, inc. 36.2008.135), il Tribunale federale ha affermato : "4. Preliminarmente si osserva che la comunicazione 5 luglio 2005, con la quale l'assicuratore ricorrente ha sospeso, con effetto dalla medesima data, il pagamento delle prestazioni, non esplica in realtà alcun effetto giuridico. 4.1 Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAMal, le disposizioni della LPGa sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la presente legge non ne preveda espressamente una deroga. A norma dell'art. 49 LPGa, nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato, l'assicuratore deve emanare

per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni (cpv. 1). In tal caso, le decisioni sono accompagnate da un avvertimento relativo ai rimedi giuridici e devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. La notificazione irregolare di una decisione non deve inoltre provocare pregiudizi per l'interessato (cpv. 3). Per l'art. 51 LPGa, le prestazioni, i crediti e le ingiunzioni che non sono contemplati nell'articolo 49 cpv. 1 possono essere sbrigati con una procedura semplificata (cpv. 1). L'interessato può tuttavia esigere che sia emanata una decisione (cpv. 2). In materia di assicurazione malattia, le prestazioni assicurative sono concesse mediante procedura semplificata secondo l'art. 51 LPGa. Questa disposizione è applicabile, in deroga all'articolo 49 cpv. 1 LPGa, anche alle prestazioni di ragguardevole entità (art. 80 cpv. 1 LAMal). 4.2 Ora, sebbene l'art. 80 cpv. 1 LAMal preveda la possibilità di fare capo a una procedura informale in relazione alla concessione di prestazioni assicurative, tale deroga alla LPGa non può, per ovvi motivi, estendersi ai casi di negazione o di sospensione delle prestazioni (cfr. pure FF 1999 pag. 3977; inoltre v. GEBHARD EUGSTER, ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, in RAS 2003 pag. 213 segg., in particolare 234 seg.). Trattandosi inoltre nell'ipotesi di sospensione delle prestazioni, necessariamente di casi di ragguardevole entità, tale misura dev'essere adottata con una decisione formale. 4.3 La sospensione decretata, senza alcuna indicazione di rimedi giuridici, il 5 luglio 2005 è pertanto stata notificata irregolarmente. Essa non può di conseguenza provocare pregiudizi per l'assicurata. Ciò significa che la sospensione poteva, se del caso, essere espressa con effetto, al più presto, dalla data della decisione formale del 10 ottobre 2005 e non già dal 5 luglio 2005." A questo proposito, con sentenza del 18 marzo 2009 (inc. 36.2008.135), il TCA ha affermato: " • che questa sentenza è stata emessa sulla scorta del diritto antecedente la novella legislativa del 1° gennaio 2006 relativa al nuovo diritto concernente il mancato pagamento dei premi e della partecipazione ai costi voluto con la LF del 1° marzo 2005 concernente la riduzione dei premi. Non di meno con il nuovo diritto la sospensione delle prestazioni rimane un provvedimento gravissimo e gravido di conseguenze per l'assicurato anche se, come in concreto, si tratta di persona che ha imposto versamenti del tutto rilievo all'ente pubblico ed ha avuto - per i motivi che la stessa ricorrente ha indicato nei suoi scritti - importanti difficoltà; (...) • che in concreto va osservato e ritenuto che X non ha emesso una formale decisione per privare Y delle prestazioni (per un diverso caso nel quale un altro assicuratore ha emesso una decisione formale cfr. STCA 36.2007.46+47 del 10 ottobre 2007). L'assicuratore ha prodotto gli atti concernenti la sospensione della ricorrente (v. plico sub. doc. 17) e non ha prodotto, lo si ripete, alcuna formale decisione ma solo una comunicazione non diversa da quella oggetto della sentenza K 139/06 del TF 31 gennaio 2008 citata in esteso." La sentenza cantonale si riferisce tuttavia ad una comunicazione del 18 gennaio 2007, ossia anteriore all'entrata in vigore, il 1° agosto 2007, dell'art. 105c cpv. 2 OAMal, il quale prevede ora espressamente che "la sospensione ha effetto dal giorno della comunicazione." (cfr. consid. 2.5.). Questo Tribunale deve pertanto ritenere che, con l'entrata in vigore dell'art. 105c cpv. 2 OAMal, per la sospensione delle prestazioni non è più necessario l'emanazione di una decisione formale, perlomeno per i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato successivi al mese di agosto 2007, se la persona assicurata, che riceve lo scritto, non lo contesta entro termini ragionevoli o non domanda l'emissione di una decisione formale (cfr. anche la sentenza K82/02 del 17 giugno 2003, citata al consid. 2.2.). Ritenuto che la comunicazione del 21 febbraio 2008 si riferisce anche al premio di agosto 2007, che l'interessata non ha contestato, né dopo aver ricevuto il citato scritto, né in questa sede, la sospensione, in

generale, delle prestazioni LAMal e che l'assicuratore ha affermato come "il debito riguardante questa decisione non è ancora stato saldato (doc. 4)." (cfr. anche doc. XVIII: "anche il debito premi della figlia W, che conduceva alla decisione di sospensione del 21.02.2008, è ancora interamente scoperto (doc. 7)."), anche in questo caso, per i motivi già evocati in precedenza, non è possibile una sospensione solo parziale delle prestazioni." Questa giurisprudenza è stata confermata con la citata sentenza 36.2011.37 del 16 novembre 2011. 5. Nel caso di specie oggetto del contendere non è la questione di sapere se l'assicuratore deve emanare una decisione formale per poter sospendere il pagamento delle prestazioni derivanti dalla LAMal, giacché l'8 aprile 2011 la Cassa ha emesso una decisione formale in tal senso. Si tratta invece di stabilire da una parte se l'assicuratore ha applicato correttamente la procedura prevista dall'art. 64a LAMal, dall'OAMal e dalla giurisprudenza e, in caso di risposta affermativa, se poteva far retroagire la sospensione al 30 dicembre 2009 (notifica della comunicazione di sospensione) oppure se la medesima poteva aver inizio solo dall'8 aprile 2011 (notifica della decisione di sospensione). Su questo punto la presente procedura non può essere paragonata a quella sfociata nella citata sentenza 36.2011.37 del 16 novembre 2011 (cfr. consid. 4), tramite la quale il TCA aveva annullato la sospensione in essere e rinviato gli atti all'assicuratore per l'emanazione di una decisione formale sulla sospensione del pagamento delle prestazioni LAMal. Infatti, in quel caso l'assicuratore non aveva emanato una decisione che formalizzasse quanto contenuto nelle comunicazioni trasmesse alla persona assicurata, malgrado l'interessato ne avesse fatto richiesta tempestivamente, ma aveva stabilito che le sospensioni delle prestazioni comunicate tramite lettera semplice erano state validamente portate a conoscenza del ricorrente, espletavano il loro effetto a partire dal giorno della comunicazione stessa e l'emissione di una decisione formale impugnabile circa la sospensione delle prestazioni non era necessaria (consid. 1.2. della citata sentenza). In concreto, invece, la decisione formale (e su opposizione) è stata emanata e si tratta di determinare se le norme sono state applicate correttamente e se la sospensione può essere decretata retroattivamente. 6. Va preliminarmente evidenziato che con la decisione impugnata l'assicuratore ha sospeso il pagamento delle prestazioni LAMal sulla base dell'esecuzione n. _____ dell'UEF di _____, sfociata nell'attestato di carenza beni del _____ di fr. 1'253.10 (doc. 8). In applicazione della giurisprudenza federale solo quest'ultimo debito può fungere da base per sospendere il pagamento delle prestazioni LAMal. Infatti, in DTF 129 V 455, applicando il vecchio diritto, ma il cui principio è tuttora valido, l'Alta Corte ha affermato che la sospensione termina con il pagamento di quei premi (incluse le spese accessorie) che hanno fatto l'oggetto dell'attestato di carenza beni all'origine dell'avvio della procedura (cfr. consid. 2.3: "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"). Inoltre, anche per l'art. 64a cpv. 2 LAMal se, nonostante diffida, l'assicurato non paga e se è già stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni finché i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Infine, per l'art. 105c cpv. 3 OAMal la sospensione termina non appena sono stati pagati i premi e le partecipazioni ai costi oggetto della richiesta di continuare la procedura, nonché gli interessi di mora e le spese d'esecuzione scaduti. Nel caso di specie il TCA ha domandato alla ricorrente se nel frattempo il debito alla base della decisione impugnata è stato soluto, al

fine di accertare se vi è ancora un fondamento per la sospensione del pagamento delle prestazioni (doc. X). Con scritto del 28 gennaio 2012 l'interessata ha risposto negativamente (doc. XII). Ne segue che il TCA deve esaminare le censure sollevate dall'insorgente. 7. Circa la procedura seguita dalla convenuta per procedere con la sospensione del pagamento delle prestazioni derivanti dalla LAMal, va evidenziato che l'assicuratore ha applicato correttamente l'art. 64a LAMal. Infatti, la convenuta, il 6 agosto 2009, dopo aver mandato un richiamo alla ricorrente (cfr. doc. 1), ciò che l'interessata non contesta, ed aver trasmesso un sollecito con indicate le conseguenze della mora (doc. 1 e XX/1), assegnando un termine di 30 giorni per pagare l'importo di fr. 1'086.60, il 18 settembre 2009 ha inoltrato la domanda di esecuzione (doc. 2). Dopo aver fatto spiccare il precetto esecutivo, in assenza di opposizione, il 30 dicembre 2009 ha chiesto di proseguire l'esecuzione (doc. 4) ed ha scritto alla ricorrente, indicando che in applicazione dell'art. 64a cpv. 2 LAMal il pagamento delle prestazioni sarebbe stato sospeso (doc. 5). L'8 aprile 2011, su richiesta della ricorrente, l'assicuratore ha emesso la decisione formale di sospensione delle prestazioni con effetto dal 30 dicembre 2009. L'insorgente sostiene che la procedura non sia stata seguita correttamente giacché l'informazione della sospensione del pagamento delle prestazioni all'autorità cantonale competente, ai sensi dell'art. 64a cpv. 2 LAMal, non è avvenuta nello stesso tempo della notifica della comunicazione della sospensione all'interessata. A questo proposito ha prodotto un e-mail del 7 ottobre 2011 della _____, da cui emerge che: "(...) In riferimento alla sua e-mail odierna, le confermo che non abbiamo ricevuto nessun avviso di sospensione nella data da lei indicata. Ci risultano invece altre tre date in cui CO 1 ci ha segnalato il blocco delle prestazioni: - 16 settembre 2009, secondo l'art. 105 c, cpv. 4 dell'OAMal, per un importo di CHF 450.00 che l'assicuratore ha definito non riscuotibile; - 8 marzo 2010; - 12 luglio 2010." (doc. F) Il TCA non può seguire la tesi della ricorrente. Innanzitutto va evidenziato che l'errore rimproverato alla convenuta consiste nel fatto di non aver informato l'autorità cantonale nello stesso tempo in cui è stata notificata la comunicazione della sospensione delle prestazioni e non di non aver mai effettuato la comunicazione imposta dall'art. 64a cpv. 2 LAMal. Ora, a prescindere dalla circostanza che l'assicuratore ha comunque informato in tempi brevi (5/8 marzo 2010: doc. 9 e F) l'autorità cantonale della sospensione del pagamento delle prestazioni LAMal, permettendo in questo modo un eventuale intervento delle autorità competenti, l'assicuratore ha rilevato che l'allora _____ (di seguito: _____) aveva informato le casse che l'annuncio della sospensione andava fatto solo la prima volta. La convenuta, a questo proposito, ha prodotto una lettera del 20 maggio 2008, trasmessa ad un altro assicuratore, ma in possesso anche di CO 1, dove l'allora _____, a proposito dell'art. 64a cpv. 2 LAMal, ha affermato (cfr. doc. 15): "(...) Fino a questo momento gli annunci di cui in epigrafe, da parte di questo assicuratore, non avvengono ancora correttamente; e questo nonostante numerosi richiami in questo senso: In particolare si riscontrano le seguenti anomalie: a) non viene rispettato il criterio di unicità dell'annuncio di sospensione (tale annuncio deve avvenire una sola volta, all'inizio del provvedimento); b) non vengono segnalate (tutte) le riammissioni al beneficio delle prestazioni [art. 39 cpv. 1 lett. b Reg. LCAMal]. In pratica, nei casi con sospensione delle prestazioni LAMal, possono avvenire al massimo due annunci per caso di sospensione: l'annuncio iniziale di sospensione, a cui può far seguito l'annuncio di riammissione quando è il caso. (...) Nel caso di assicuratori che, dopo questo ulteriore scritto, non si adeguassero alle disposizioni cantonali in materia, verranno creati i moduli specifici per gli annunci in questione (rif.: art. 39 cpv. 3 Reg. LCAMal). Finora si è sopperito a questa eventualità, in

considerazione degli aggravati amministrativi che possono derivare dagli assicuratori; aggravati ben maggiori rispetto al triage delle lettere di sospensione prima dell'invio all' _____, con lo stralcio dei casi di segnalazione multipla [questo triage può già avvenire benissimo a livello informatico (inserendo il blocco di invio verso l' _____ alle lettere relative a nominativi già sospesi in precedenza), senza dunque creare aggravati particolari di ordine operativo].” (evidenziazione e sottolineature in originale) Chiamata a prendere posizione sulle affermazioni della convenuta, l'assicurata ha rilevato che, “ se è vero che nei casi ove perdurava ininterrotta la sospensione delle prestazioni poteva essere sufficiente, giusta la regolamentazione che discende dall'art. 39 cpv. 3 Reg. LCAMal, un annuncio iniziale di sospensione delle prestazioni, è altrettanto vero che ai sensi del cpv. 1 lett. b. del medesimo disposto normativo doveva seguire l'annuncio di riammissione dopo un periodo in cui la sospensione delle prestazioni non era più attuale per intervenuto pagamento dei crediti scoperti oggetto del periodo di sospensione, oppure la sospensione stessa non appariva fondata per varie ragioni (ad esempio: un errore procedurale dell'assicuratore). ” (doc. XII, sottolineatura del redattore). Ne segue che l'annuncio del 16 settembre 2009, ricevuto dall'autorità cantonale, è sufficiente, in virtù delle informazioni fornite dall'allora _____, per adempiere alle condizioni poste dalla legge (art. 64a cpv. 2 LAMal) per ritenere valida la sospensione, senza che fosse necessaria la notifica di una nuova comunicazione all'autorità cantonale il 30 dicembre 2009. Certo, l'assicurata ritiene incomprensibile questo annuncio, poiché sostiene di non essere stata sospesa precedentemente al 30 dicembre 2009, per cui non vi sarebbe alcun fondamento giuridico e rileva, senza peraltro provarlo, che la sospensione “ per atti concludenti, dovrebbe essere stata sanata da un intervenuto pagamento ”, per cui avrebbe dovuto seguire l'annuncio di riammissione completa per un periodo toccato dalla sospensione (doc. XII). Il TCA, tuttavia, alla luce della chiara direttiva emessa dall'allora _____, ritenuto, come confermato dall'autorità cantonale (doc. F), che nel corso del mese di settembre 2009 una comunicazione di sospensione del pagamento delle prestazioni derivanti dalla LAMal era già pervenuta e che agli atti non risulta un pagamento di premi o partecipazioni in arretrato, ritiene che la notifica di un'ulteriore comunicazione della sospensione delle prestazioni nello stesso tempo dell'invio della comunicazione all'assicurata non era più necessaria per la validità della sospensione. Quanto alla circostanza sollevata dalla ricorrente (doc. XII), ma non oggetto del contendere, che vi sarebbero prestazioni antecedenti il 30 dicembre 2009, non pagate dalla convenuta, va evidenziato che per l'art. 105c cpv. 2 seconda frase OAMal la sospensione si applica a tutte le fatture che pervengono all'assicuratore durante il periodo di sospensione del rimborso dei costi o della remunerazione delle prestazioni. Per cui è verosimile che queste fatture siano pervenute all'assicuratore dopo il 30 dicembre 2009. Se tuttavia l'interessata ritiene di aver trasmesso determinate fatture prima del 30 dicembre 2009, spetta all'insorgente chiedere all'assicuratore l'emanazione di una decisione formale in merito ad eventuali prestazioni non rimborsate e, se del caso e se dati i presupposti, contestarla dapprima tramite opposizione e poi con ricorso al TCA. Irrilevante è infine la circostanza che nel frattempo la ricorrente ha ricominciato a pagare i premi assicurativi (cfr. a questo proposito anche la sentenza 36.2011.84 del 30 gennaio 2012). Infatti, determinante è che l'interessata è comunque ancora debitrice dell'importo all'origine della sospensione e che l'assicuratore ha seguito correttamente la procedura imposta dalla legge (art. 105c cpv. 3 OAMal; cfr. anche DTF 129 V 455, dove applicando il vecchio diritto, ma il cui principio è tuttora valido, l'Alta Corte ha affermato che la sospensione termina con il pagamento di quei premi [incluse le spese accessorie] che hanno

fatto l'oggetto dell'attestato di carenza beni all'origine dell'avvio della procedura [cfr. consid. 2.3: “ 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 “)]. Ne segue che la sospensione del pagamento delle prestazioni LAMal va confermata. Circa l'inizio del periodo della sospensione, ossia il 30 dicembre 2009, in luogo dell'8 aprile 2011 (giorno dell'emissione della decisione formale), va evidenziato che, giustamente, l'assicuratore rileva come per il testo chiaro dell'art. 105c cpv. 2 OAMal, in vigore dal 1° agosto 2007 al 31 dicembre 2011 e applicabile in concreto, la sospensione ha effetto il giorno della comunicazione. Nel caso di specie la comunicazione della sospensione è del 30 dicembre 2009 (doc. 5) e l'insorgente non afferma né di non aver ricevuto lo scritto, né di averlo ricevuto in altra data. Ne segue che a giusta ragione la sospensione è stata decretata con effetto dal 30 dicembre 2009 (cfr. anche doc. 14, pag 10, Commento alle modifiche dell'OAMal entrate in vigore il 1° agosto 2007, a proposito dell'art. 105c [in tedesco]: “ Absatz 2 definiert den Zeitpunkt, ab welchem die Kostenübernahme für Leistungen aufgeschoben wird, sowie die Tragweite des Aufschubs. Massgebend für den Beginn des Aufschubs ist der Zeitpunkt der Mitteilung ”, cfr. il testo in francese riportato nel ricorso, pag. 12: „ Alinéa 2: Il définit le moment à partir duquel les prestations sont suspendues ainsi que la portée de la suspension. Le moment de la communication est déterminant pour le début de la suspension »). Le contestazioni della ricorrente che fa riferimento ad un esame storico e teleologico dell'art. 105c OAMal vanno respinte già solo per il motivo che riguardano principalmente la questione della necessità di emanare una decisione formale, ciò che in concreto non è oggetto del contendere (cfr. consid. 5). In queste condizioni la decisione impugnata con la quale viene stabilito l'inizio della sospensione al 30 dicembre 2009 merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 8. L'assicurata chiede di essere messa al beneficio dell'assistenza giudiziaria. Va qui evidenziato che a i sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar 2a ed., ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. dal 104 al 108, pag. 788-789) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è privo di esito favorevole. Occorre qui ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, di principio, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (sentenza 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181). In DTF 132 V 200 il TF ha stabilito che a meno che non siano impiegati presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica, sono autorizzati a assistere gratuitamente un richiedente ai sensi dell' art. 37

cpv. 4 LPGA unicamente gli avvocati che soddisfano per analogia le condizioni personali di iscrizione al registro ai sensi dell'art. 8 cpv. 1 della legge federale sulla libera circolazione degli avvocati (LLCA). In concreto, non essendo la ricorrente patrocinata da un avvocato, la domanda di assistenza giudiziaria va respinta (cfr. anche sentenza 36.2011.84 del 30 gennaio 2012).

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