

TI_GERICHTE 36.2011.98 vom 2. Februar 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-02-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2011.98

FR: TI_GERICHTE 36.2011.98 du 2 février 2012

IT: TI_GERICHTE 36.2011.98 del 2 febbraio 2012

Regeste

Rifiuto dell'assicuratore di emanare decisione di sospensione siccome in precedenza già notificato analogo provvedimento. Mancata intimazione di decisioni precedenti. Denegata giudstizia confermata

Erwägungen

E. 36

consid. 1b). nel merito 3. Va prima di tutto evocato, ancorché una formale decisione resa su opposizione in concreto non sia stata resa e ci si trovi quindi ad analizzare un'impugnativa per denegata giustizia come vedremo, che il tema di fondo della sospensione delle prestazioni è uno dei temi forti che hanno caratterizzato il dibattito politico relativo alla LAMal. Anche la giurisprudenza del TF in materia, anche in applicazione delle norme precedentemente in vigore, ha manifestato esigenze di rigore non indifferenti per giungere ad una sospensione. Nel merito della questione, che – lo si ripete – non è diretto oggetto del contendere, va rammentato come 64a LAMal, introdotto con una modifica legislativa del 18 marzo 2005 ed in vigore dal 1° gennaio 2006, prevede 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 (cpv. 2). Per l'art. 64a cpv. 2 LAMal se, nonostante diffida, l'assicurato non paga e se è già stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni finché i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Nello stesso tempo informa della sospensione delle prestazioni l'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo di assicurazione. Sono fatte salve le prescrizioni cantonali che prevedono una notifica ad altri uffici. A norma dell'art. 64a cpv. 3 LAMal se i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione sono pagati integralmente, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante la sospensione. In tale contesto va ricordato che nella sentenza pubblicata in DTF 129 V 455, l'allora TFA 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. Per l'art. 64a cpv. 4 LAMal, in deroga all'art. 7, gli assicurati in mora non possono cambiare assicuratore finché non hanno pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione. E' fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4. 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). L'art. 90 cpv. 1 OAMal (nel testo in vigore dal 1° gennaio 2006, 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) prevede 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 (cpv. 3, 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 (cpv. 4, nel tenore in vigore fino al 31 luglio 2007). Se l'assicurato ha causato a torto spese cui si sarebbe ovviato 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 (cpv. 5, 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 (cpv. 6, 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 (cpv. 7, nel tenore in vigore fino al 31 luglio 2007). Dal 1° agosto 2007 sono in vigore i nuovi art. 105a-105e OAMal, che hanno modificato l'art. 90 OAMal, abrogando i cpv. da 2 a 7. In particolare gli art. 105b-105d prevedono quanto segue: " Art. 105b 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. 105c 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. 105d Cambiamento di assicuratore in caso di mora 1 L'assicurato è in mora ai sensi dell'articolo 64a capoverso 4 della legge a decorrere dalla notifica della diffida scritta di cui all'articolo 105b 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. Infine, 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. Con il 1° gennaio 2012 è entrata in vigore una 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 avrà 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." 4. Per venire ora al tema della contestazione in causa occorre evidenziare, come indicato da ultimo nella decisione 36.2011.70 del 29 novembre 2011 in re A.: " (...) - che 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. L'art. 56 cpv. 2 LPGa include sia i ricorsi per ritardata giustizia che per denegata giustizia (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo-Basilea-Ginevra 2003, art. 56 nota 10 pag. 560). Secondo il Tribunale Federale, 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 cons. 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 cons. 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 cons. 4c, 103 V 195 cons. 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 cons. 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); - che dottrina 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; - che 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); - che in una sentenza del 25 giugno 2003 nella causa Q., I 841/02, pubblicata in DTF 129 V pag. 411 e seg., il TFA ha ammesso l'esistenza di un ritardo ingiustificato a carico dell'Ufficio AI e della Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI, trattandosi di una procedura durata globalmente più di 10 anni (dal momento in cui è stata presentata la domanda di prestazioni a quello in cui è stata resa la sentenza impugnata). Nella DTF 125 V 188ss., il TFA ha invece negato l'esistenza di un ritardo ingiustificato, trattandosi di un assicuratore malattie che, trascorsi meno di 4 mesi dal momento in cui l'assicurato ha interposto opposizione, non aveva ancora proceduto ad emanare la decisione di sua competenza. In RAMI 1997 U 286, p. 339s., la Corte federale ha riconosciuto una ritardata giustizia a carico di un tribunale cantonale che era rimasto completamente inattivo nei riguardi di una causa pendente da 42 mesi e suscettibile di essere giudicata da 27 mesi (ossia a partire dall'evasione di un atto di ricusa). In questa stessa pronuncia, il TFA ha illustrato alcuni precedenti in cui era stato chiamato a decidere circa l'esistenza di una ritardata giustizia: " *Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in ähnlichen Fällen, bei denen keine besonderen Umstände vorgelegen hatten, Verfahrensdauern von 20 Monaten (unveröffentlichtes Urteil P. vom 4. Juli 1994, C 101/94) oder 22 Monaten (unveröffentlichtes Urteil G. vom 4. September 1990, I 421/89) als Grenzfälle betrachtet. Im Urteil Z. vom 12. Oktober 1995 erachtete es eine Erledigungszeit von 39 Monate als zu lange, verneinte jedoch eine unrechtmässige Verzögerung, weil besondere Umstände hinzukamen. Andererseits hiess es eine Rechtsverzögerungsbeschwerde bei einer Verfahrensdauer von 40 Monate gut (unveröffentlichtes Urteil P. vom 10. März 1993, M 1/92).*" (RAMI succitata) Nella sentenza del 20 settembre 1995, causa A.L. del Tribunale TC Argovia, è stata riconosciuta una ritardata giustizia, poiché un'autorità aveva atteso più di 9 mesi prima di procedere ad ordinare un'ulteriore perizia (Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der AHV und IV in: Schaffhauser/Schlauri, Verfahrensfragen in der Sozialversicherung*, San Gallo 1996, p. 92s.). Nel caso giudicato il 22 giugno 1998 dal TC Nidwaldo l'amministrazione è stata (soltanto) biasimata per aver lasciato trascorrere più di un anno senza prendere alcuna decisione dopo ricezione di una perizia (Plädoyer 6/1998, p. 67). Il TFA ha stabilito, in una sentenza pubblicata in SVR 2001 KV 38, p. 109s., che l'oggetto di un ricorso per denegata o

ritardata giustizia é soltanto la verifica del preteso diniego o del preteso ritardo: il tribunale non può, quindi, decidere in merito alle prestazioni. Le prestazioni assicurative materiali, in effetti, non costituiscono l'oggetto litigioso di questa procedura. Questa giurisprudenza è da considerare valida anche sotto l'imperio dell'art. 56 cpv. 2 LPGA (Kieser, op. cit., art. 56 nota 12 pag. 56). Il TF ha ripreso gli stessi principi in un recente giudizio in materia di assicurazione infortuni (DTF 22 febbraio 2010 inc. 8C_613/2009) in cui così si è espresso: " Aux termes de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause et, entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'assuré ainsi que le comportement de celui-ci et des autorités intimées. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 p. 331 s. et les références). 2.3 On ajoutera qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide; il constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b p. 61)." (sottolineatura del redattore) Si veda inoltre la sentenza cantonale di Ginevra pubblicata in SJ 2010 PAG. 297 in particolare cons. 3.1. pag. 301 secondo cui: " Selon la jurisprudence, l'autorité qui ne traite pas un grief relevant de sa compétence, motivé de façon suffisante et pertinente pour l'issue du litige commet un déni de justice formel proscrit par l' art. 29 al. 1 Cst. (ATF 134 I 229 c. 2.3 p. 232 ; ATF 117 Ia 116 c. 3a p. 117 et les références). De même, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu de l' art. 29 al. 2 Cst. l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé son raisonnement. L'autorité ne doit toutefois pas se prononcer sur tous les moyens des parties; elle peut se limiter aux questions décisives (ATF 130 II 530 c. 4.3 p. 540 et les arrêts cités)." - che in DTF 130 I 312 e segg. richiamata nelle motivazioni appena riprodotte, il TF ha, più esplicitamente, specificato che: " Selon l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le caractère raisonnable ou adéquat du délai s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances, selon un principe déjà fixé sous l'empire de l'art. 4 al. 1 aCst. (ATF 125 V 188 consid. 2a p. 191/192; ATF 117 Ia 193 consid. 1c p. 197; ATF 107 Ib 160 consid. 3b p. 164/165). A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH - qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue que les garanties constitutionnelles nationales (ATF 114 Ia 179 ss; Hottelier, op. cit., p. 810 ch. 5 in fine) - l'art. 29 al. 1 Cst. consacre le principe de la célérité en ce sens qu'il prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire, ainsi que toutes les autres circonstances, font apparaître comme raisonnable (ATF 119 Ib 311 consid. 5 p. 323 ss; JÖRG PAUL MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, 3e éd., p. 505 ss; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, op. cit., p. 200 ss; HOTTELIER, op. cit., p.

810/ 811). 5.2 Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 124 I 139 consid. 2c p 142; ATF 119 Ib 311 consid. 5b p. 325 et les références indiquées). A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c p. 158 s.). Le comportement du justiciable s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative que dans un procès civil, où les parties doivent faire preuve d'une diligence normale pour activer la procédure (HAEFLIGER/ Schürmann, op. cit., p. 203/204; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, op. cit., n. 1243 p. 594). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques "temps morts"; ceux-ci sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 I 139 consid. 2c p. 142). Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 122 IV 103 consid. I.4 p. 111; ATF 107 Ib 160 consid. 3c p. 165); il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 119 III 1 consid. 3 p. 3; JÖRG PAUL MÜLLER, op. cit., p. 506 s.; HAEFLIGER/ SCHÜRMAN, op. cit., p. 204 s.; AUER/MALINVERNI/HOTTE-LIER, op. cit., n. 1244 et 1245, p. 594/595; HOTTELIER, op. cit., p. 811 ch. 7).

5.3 La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens dans l'optique d'une réparation morale (ATF 129 V 411 consid. 1.3 p. 417 et les références). Dans certaines circonstances, si les conditions de la responsabilité civile de la Confédération ou des cantons pour acte illicite sont réalisées, le paiement de dommages-intérêts pour le retard à statuer peut être envisagé. Faute de compétence *ratione materiae*, il n'appartient pas au Tribunal fédéral, saisi d'un recours de droit administratif, de se prononcer sur cette question, d'autant que les recourantes n'ont pas formulé de conclusions dans ce sens (ATF 129 V 411 consid. 1.4 p. 417/418 et les références)." (sottolineatura del redattore) - che come evidenziato nel giudizio riportato, 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). Il giudice non deve analizzare il merito della fattispecie ma semplicemente valutare se sussista in concreto una denegata giustizia od un ritardo ingiustificato da parte della Cassa. Qualora l'amministrazione abbia dato seguito alle domande dei ricorrenti nelle more della procedura occorre verificare, per determinare l'eventuale diritto a ripetibili stante il patrocinio, se il ricorso era necessario e se un ritardo nella reazione della Cassa è sussistito; - che questi principi sono stati recentemente espressi dal questo Tribunale cantonale delle Assicurazioni in una sentenza emanata nella composizione completa (TCA 14 novembre 2011, inc. 36.2011.72 in re P.I.);" 5. In concreto RI 1 ha lamentato la mancata intimazione di decisioni formali con la conseguenza di essersi vista bloccare le prestazioni dell'assicurazione di base da parte di CO 1. La ricorrente ha evidenziato, con sostanziale conferma da parte del rappresentante della cassa, come le decisioni in discussione non fossero comunque corrette siccome modificate come descritto nel verbale d'udienza. Non

solo, la cassa ha ribadito di essersi rivolta sempre al “capofamiglia”, concetto questo che sfugge ad una definizione giuridica. In merito al concetto di capofamiglia si veda la bozza di messaggio relativa alla modifica dell’autorità parentale pubblicato in <http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetz-gebung/elterlichesorge/bot-i.pdf> dove il Consiglio federale ricorda come: “ I genitori con autorità parentale congiunta costituiscono insieme il «capofamiglia» e rispondono solidalmente per la condotta illecita dei figli (art. 333 cpv. 1 CC). Terzi possono partire dal presupposto che i genitori con autorità parentale congiunta agiscano di comune accordo (art. 304 cpv. 2 CC). “ I coniugi insieme sono il capofamiglia a livello civile per quanto attiene la responsabilità verso terzi per i figli. Non vi è più, e da tempo per fortuna, una subordinazione della moglie al marito ed una piena ed esclusiva rappresentanza del marito per l’intera famiglia. La rappresentanza dell’unione coniugale verso i terzi avviene a cura di entrambe i coniugi per i bisogni correnti. Per gli altri bisogni la rappresentanza deve essere autorizzata dall’altro coniuge o dal giudice come ricorda l’art. 166 CCS. Ora di questi aspetti semmai CO 1 dovrà tenere conto per l’emanazione della decisione formale che, con questo giudizio, le viene imposta. La signora RI 1 non si è vista recapitare una decisione formale che le sospendeva le prestazioni, se una decisione riguardante tutta la famiglia ed emanata con i crismi della legge è stata intimata al solo marito CO 1 potrà – con una decisione formale – specificare la circostanza, giustificarla giuridicamente e rifiutare la riammissione ex tunc alla copertura assicurativa della signora. Le domande di RI 1 ad CO 1 appaiono molto chiare e l’assicuratore avrebbe dovuto, a fronte della richiesta insistente e precisa, evaderle mediante una decisione formale. Quanto agli atti, ossia le scarse e poco comprensibili decisioni prodotte, ambigue e senza l’indicazione di importi, decisioni che non è dato a sapere a chi siano state intimate e con quali modalità, non possono costituire validi provvedimenti per sottrarsi all’obbligo di emanare una decisione sulla sospensione. La ricorrente indica di non averle ricevute e che le stesse non esplicano effetti. Tocca ad CO 1, con un provvedimento, determinarsi in merito. In questo atto l’assicuratore è chiamato a decidere se o meno riammettere alla copertura la signora RI 1, semmai da quando, se invece le decisioni che reputa di avere notificato alla signora RI 1 sono state intimate regolarmente ed efficacemente e quindi la sospensione possa essere confermata con indicazione della relativa data. Si ribadisce che CO 1 non può sottrarsi all’emanazione di un provvedimento sostenendo di avere già emanato precise decisioni sul tema, semmai così fosse l’assicuratore potrà, come accennato, confermare il suo pregresso provvedimento ed indicare che, le argomentazioni addotte dalla qui ricorrente non sono tali da indurla a rivedere il suo blocco. 6. A ragione il rappresentante della ricorrente evidenzia la gravità della sospensione e delle sue conseguenze, anche se a fronte delle novità legislative sussistono a favore degli assicurati sospesi alcune garanzie di cura. L’interesse dell’assicurata di vedersi notificare una decisione appare enorme, palese, e grossolano appare il tentativo dell’assicuratore di sottrarsi al suo obbligo facendo capo a decisioni che il giurista stesso della cassa ha dato atto non essere state spedite a nome di RI 1 ed all’indirizzo della stessa. Ne discende che il rifiuto di emanare la decisione richiesta, è costitutivo di una denegata giustizia. All’assicuratore, come anticipato, deve essere ordinata l’emanazione di una decisione in tema nei tempi il più possibile contenuti alla luce della conoscenza del dossier e dell’assenza di necessità di ulteriori chiarimenti. 7. Il gravame va quindi accolto come indicato. La Cassa, soccombente, va condannata al versamento di congrue ripetibili in questa sede, ritenuta la necessità di intervento tramite professionista, di scritti diversi, di un atto ricorsuale al Tribunale cantonale delle Assicurazioni nonché di ulteriori precisazioni e della presenza a laboriosa udienza, si giustifica quantificare

l'indennità per ripetibili in CHF 2'500.00 (IVA se dovuta, compresa). All'assicuratore va rammentata la via del ricorso al TF contro il presente giudizio.

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