

TI_GERICHTE 36.2015.45 vom 11. September 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-09-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2015.45

FR: TI_GERICHTE 36.2015.45 du 11 septembre 2015

IT: TI_GERICHTE 36.2015.45 del 11 settembre 2015

Regeste

Denegata giustizia imputata all'assicuratore in ambito LCA. Ricorso inammissibile. Giudice unico dopo 9C_699/2014 del 31.08.2015

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 11.09.2015 36.2015.45 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 11.09.2015 36.2015.45 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 11.09.2015 36.2015.45

Denegata giustizia imputata all'assicuratore in ambito LCA. Ricorso inammissibile. Giudice unico dopo 9C_699/2014 del 31.08.2015

Raccomandata Incarto n. 36.2015.45 IR / sc Lugano 11 settembre 2015 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici statuendo sull' "istanza per denegata giustizia" del 5 giugno 2015 formulata da RI 1 rappr. da: RA 2 contro CO 1 rappr. da: RA 1 in materia di assicurazione contro le malattie ritenuto, in fatto ed in diritto • che con "ricorso" intestato "istanza per denegata giustizia" RI 1 si è aggravata al Tribunale cantonale delle assicurazioni contro l'assicuratore CO 1 che copre la perdita di guadagno della signora RI 1 in caso di malattia. Più specificatamente RI 1, nata il 19 febbraio 1973, domiciliata a _____ e collaboratrice, con un pensum del 100% ed un orario di 41 ore settimanali con un salario di CHF 6'000, della _____ di _____ ha subito, il 14 dicembre 2013 alle 10.30, un infortunio professionale. Nell'ambito della sua attività, nella cucina dell'esercizio pubblico del datore di lavoro, la signora RI 1 è scivolata, tenendosi ad un tavolo per non rovinare a terra, ed ha subito lesioni alla schiena ed alla gamba destra; • che sin dal momento dell'infortunio la signora RI 1 ha cessato l'attività lavorativa ed è stata curata dal dott. _____ di _____. L'infortunio è stato annunciato alla CO 1, nella sua veste di assicuratore LAINF, il 18 dicembre 2013, e l'assicuratore ha riconosciuto il suo obbligo prestativo versando in particolare indennità per perdita di guadagno sino alla chiusura del caso. La chiusura della procedura infortunistica è intervenuta in seguito alle verifiche eseguite, su richiesta dall'assicuratore, da parte del dott. _____ di _____. In particolare il professionista ha peritato la signora RI 1 il 23 aprile 2014 allestendo il relativo rapporto che ha confermato il successivo 30 gennaio 2015 a fronte delle obiezioni mosse dalla signora RI 1 conseguenti alle valutazioni eseguite dal dott. _____, Oberarzt della Clinica di reumatologia dell'Università di _____ il 29 dicembre 2014 (documenti inseriti negli atti medici dell'assicuratore); • che il caso LAINF è stato chiuso il 27 novembre 2014 come rammenta l'assicuratore nella sua risposta di causa, con la decisione (resa su opposizione) mediante la quale CO 1 / LAINF ha ritenuto che "... è ora stabilito con il necessario grado di verosimiglianza preponderante che le conseguenze dell'evento del 14 dicembre 2013 sono ascrivibili ad infortunio fino a non oltre il 23 aprile

2014. In questo senso l'opposizione risulta fondata e la decisione di CO 1 del 4 giugno 2014 va riformata nel senso della presente decisione su opposizione. (...) nel senso (che) l'assicurata ha diritto alle prestazioni dell'assicurazione infortuni LAINF fino al 30 aprile 2014. Nella misura in cui l'assicurata richiede prestazioni LAINF oltre questa data, l'istanza d'opposizione è respinta" ; • che la decisione è rimasta incontestata giudizialmente; • che, per quanto desumibile dagli atti non elencati in dettaglio prodotti dall'assicuratore e dal dire dell'assicurata, emerge che RI 1 ha altresì postulato prestazioni fondandosi sulla malattia. Essa ricordava in particolare all'assicuratore CO 1 il 10 settembre 2014 (tramite il patrocinatore) che " è pure pendente l'opposizione inoltrata dalla medesima signora ... per la questione relativa alla malattia, laddove aveva dichiarato il proprio dissenso: tale dissenso vale quale formale tempestiva opposizione, sebbene non sia stata effettuata alcuna decisione formale da parte vostra, nonostante la ulteriore esplicita richiesta" mentre in una successiva lettera sempre del patrocinatore (del 2 ottobre 2014) si rammentava che: " (...) Ricordo, a scanso di qualsivoglia equivoco, che la pratica è duplice: una concerne la parte infortunistica e l'altra la parte di malattia di cui la vostra Compagnia è sempre stata mantenuta costantemente informata con i relativi certificati medici. La signora RI 1 ha infatti – in barba all'assenza di rimedi di diritto indicati nella decisione da parte di CO 1 – regolarmente dichiarato ed inoltrato opposizione per la parte della malattia. Opposizione che ha sempre confermato sia per iscritto che per telefono, nonché inviando i relativi certificati. A scanso di qualsivoglia equivoco ritengo che il vostro servizio di _____ stia trattando anche la parte relativa alla malattia. (...)" (doc. A5); • che in epoca successiva, il 15 gennaio 2015, la stessa signora RI 1 si è rivolta all'assicuratore rammentando taluni aspetti della controversia in ottica di infortunio, ma soprattutto rammentando all'assicuratore che l'aspetto concernente la sua malattia era ancora aperto, in particolare osservando " l'origine di malattia del problema di salute ... sorto durante l'assoggettamento assicurativo " (lettera 15 gennaio 2015 RI 1 / CO 1 contenuta negli atti dell'assicuratore); • che nell'ambito di tale contesto con il ricorso in discussione RI 1 lamenta il fatto che "... CO 1 avrebbe deciso di non dare seguito ad una opposizione con motivazioni sconcertanti e senza nemmeno emettere una decisione che posso contestare. Sono rimasta vittima di un malanno/infortunio che ha visto coinvolta la predetta CO 1 la quale praticamente da subito ha creato complicazioni suddividendo due procedure: di malattia e di infortunio. (...)" (doc. I)" evidenziando poi che nella decisione su opposizione stessa resa in ambito di LAINF CO 1 farebbe riferimento a patologie che sono di competenza dell'assicuratore malattie, in particolare l'assicurata richiama i passaggi ai punti 15 e 16 secondo cui: " (...) Il Dr. _____, da noi interpellato, si è espresso a proposito del parere del Dr. _____ con scritto del 16 giugno 2014. Ritiene che l'ulteriore incapacità lavorativa al 100 % anche oltre il 1. giugno 2014 sia da accettare, al contrario di quanto stabilito dal Dr. _____ stesso nella perizia del 23 aprile 2014. Le limitazioni funzionali da lui stabilite e allora ritenute provvisorie (in vista di un ulteriore miglioramento clinico) sarebbero da ritenere tuttora valide. Nel rispetto di esse l'assicurata è da ritenere abile al lavoro al 100% "a partire da subito". (...) Con scritto del 25 settembre 2014 abbiamo chiesto precisazioni rispettivamente informazioni al Dr. _____, che ha preso posizione il 29 settembre 2014. In risposta ai nostri quesiti il Dr. _____ ha confermato - che il nesso causale naturale tra l'evento del 14 dicembre 2013 ed il complesso di disturbi residuali è estinto al più tardi dalla data della visita avuta luogo il 23 aprile 2014 e che lo status quo ante/sine è stato indubbiamente raggiunto a tale data; - che l'incapacità lavorativa (soggettiva e/o oggettiva) oltre al 23 aprile 2014 è da ascrivere alle

patologie morbose preesistenti all'evento del 14 dicembre 2013 e come tale di competenza dell'assicurazione malattia; - che eventuali cure mediche oltre il 23 aprile 2014 sono interamente ed esclusivamente attribuite alle patologie morbose preesistenti e come tali di competenza dell'assicurazione malattia. (...)" (doc. A3.4-5); • che RI 1 evidenzia di seguito che: "(...) Il reparto malattia CO 1 inventava però una nuova strategia: metteva via la pratica sebbene sapesse della questione del dr. _____ e pure dell'imminente visita al dr. _____. (...) Ho chiesto ripetutamente anche verbalmente (documenti 5) di fare una decisione impugnabile ma la CO 1 reparto malattia si è rifiutata. È chiaro che non vuole pagare e riconoscere proprio quello che aveva già indicato lo stesso dr. _____ da loro attivato. Vi sono stati numerosi certificati medici a mio favore (documenti 6). Attendo sempre una decisione di CO 1 che non vuole determinarsi, salvo il rifiuto di andare avanti con la scusa che non aveva ricevuto nulla, pur sapendo che stava arrivando il rapporto e che lei stessa non aveva mai sollecitato in passato. L'atteggiamento di SWICA è chiaramente volto a non dovere riconoscere la malattia accertata da numerosi medici. (...)" (doc. I); • che il gravame è stato notificato all'assicuratore il successivo 9 giugno 2015 (doc. II) per la formulazione della risposta di causa ed il successivo 17 giugno 2015 l'avv. RA 1 ha comunicato al Tribunale di avere ricevuto l'incarico di rappresentare l'assicuratore, postulando una proroga del termine per presentare gli atti processuali e la risposta (doc. III). Proroga limitata nel tempo è stata concessa dal giudice delegato il 18 giugno 2015 (doc. IV) ed il successivo 19 giugno 2015 l'assicuratore ha presentato la risposta di causa con cui ha postulato la reiezione dell'istanza con protesta di spese e ripetibili; • che nella sua presa di posizione l'assicuratore evidenzia che la perdita di guadagno per il rischio malattie è coperta da una polizza assicurativa retta dalla LCA, che non è stata prodotta. CO 1 ritiene quindi irricevibile la richiesta di condanna dell'assicuratore per denegata giustizia e considera che l'azione debba essere esaminata nel merito dal Tribunale cantonale delle assicurazioni; • che, dopo avere acquisito altra documentazione dall'assicuratore ed avere ricevuto scritti dalle parti sui quali le parti si sono potute esprimere, il giudice delegato ha convocato le parti in udienza il 10 settembre 2015 (doc. XVIII); • che la presente vertenza, come recita una formula da anni usata dal Tribunale cantonale delle assicurazioni, 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 dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 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 RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999); • che nel recente giudizio 31 agosto 2015 (9C_699/2014) che ci si augura destinato alla pubblicazione, l'alta Corte, in una fattispecie concernente una rendita AVS, ha posto in dubbio la comprensibilità della "formulazione regolarmente utilizzata dal tribunale ticinese" chiedendosi se "il cittadino sia in grado di capire ove risieda ... la competenza del giudice unico"; • che occorre rilevare come l'uso di formule o la ripetizione di frasi contenenti concetti giuridici, è costume dei Tribunali elvetici, e non solo. Il TF stesso non è scevro da questa abitudine. Basti qui ricordare, a mero titolo d'esempio, le sentenze della I Corte di diritto sociale in re M. del 1 marzo 2013 (8C_159/2013) e del 31 gennaio 2014 (8C_82/2014), in cui l'alta Corte – al medesimo assicurato ricorrente sul medesimo tema e per due anni di fila nel medesimo modo – ricordava come: "che giusta l'art. 42 cpv. 1 LTF il ricorso deve contenere le conclusioni, i

motivi e l'indicazione dei mezzi di prova, che nei motivi occorre spiegare in modo conciso perché l'atto impugnato viola il diritto (art. 42 cpv. 2 LTF; DTF 133 II 249 consid. 1.4.1 pag. 254), che il Tribunale federale non può entrare nel merito sulla pretesa violazione di un diritto costituzionale o su questioni attinenti al diritto cantonale o intercantonale se la censura non è stata sollevata né motivata in modo preciso nell'atto di ricorso (art. 106 cpv. 2 LTF) e ci si può qui chiedere, ed anzi si deve qui affermare per la concretezza del ripetersi del gravame nelle medesime modalità, se il "cittadino sia in grado di capire ove risiede" il vizio formale delle sue due impugnative; • che, in concreto, la presente procedura può essere evasa a Giudice unico perché, contrariamente alla decisione cantonale oggetto della STF 9C_699/2014 (resa dal TF nella sua composizione a 5 giudici) questo giudizio non è composto di 30 pagine "di cui 11 di fatto e 19 di diritto" (consid. 7.2.) ma è di lunghezza inferiore; • che ci si deve rammaricare per il fatto che il TF non abbia quantificato il numero di pagine che rendono un giudizio tale da non potere essere reso a Giudice unico: nella sentenza 31 agosto citata si trattava di 30 pagine, nel giudizio 1C_858/2013 del 21 ottobre 2014 pubblicato in RtiD 2015 I n. 4 p. 625 ss, al considerando 3.4. il TF si era invece concentrato sulle "12 pagine" della sentenza cantonale (in quell'occasione del TRAM); • che ci si deve pure rammaricare per il fatto che l'alta Corte non abbia specificato, nella sentenza 31 agosto 2015 citata, quali criteri siano rilevanti specificatamente (più degli altri) per valutare se una fattispecie debba essere giudicata dal giudice delegato o dal collegio formante il Tribunale cantonale delle assicurazioni; • che, oltre al numero delle pagine (che, come tale, francamente fornisce ben poche informazioni sul contenuto di un giudizio, sulle difficoltà giuridiche e sulle difficoltà istruttorie) il TF pone in evidenza (come d'altra parte fa la formula utilizzata dal TCA), i criteri per cui un giudizio può essere reso a Giudice unico o dal collegio: le difficoltà probatorie, l'assenza di un giudizio di principio, l'assenza di rilevanza per la difficoltà probatoria o per la valutazione delle prove; • che nel suo ultimo giudizio 31 agosto 2015 l'alta Corte neppure cita la sentenza 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011 (pur essendo una sentenza non solo del medesimo Tribunale ma addirittura della medesima Corte, e pure recente, non remota nel tempo!); • che nella sentenza 31 agosto 2015 la Corte federale osserva come il giudice delegato abbia: "interpellato la Cassa cantonale... se fossero giunte richieste di rendita ... ha chiesto al Comune i nomi dei funzionari incaricati ed ... al ricorrente se avesse ricordato il nome dl funzionario ... convocato un'udienza per sentire un funzionario sulla cui posizione l'opponente" (siccome non presenta all'udienza n.d.r.) "è stata invitata a presentare osservazioni scritte ... invitando l'UFAS ad esprimersi ed alla opponente a dare informazioni sui diritti di firma"; • che, nella sentenza 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, che il TF non cita e non sembra neppure avere rilevato, l'alta Corte ha considerato che il tema giuridico trattato in quel caso, pur differendo "dalle vertenze fin qui esaminate ... nella misura in cui riguarda una situazione che si può dire opposta alle altre", avente attinenza a temi di diritto internazionale e relativo alla consegna (o meno) di un formulario di opzione per la copertura assicurativa malattia da parte di persona straniera, frontaliera, non fosse complessa in fatto ed in diritto; • che nella STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011 il TF, pur ponendo il caso per tema, tra l'altro, l'applicazione del Regolamento 1408/71 CEE, e pur avendo la Corte cantonale svolto, come rammentava correttamente il ricorso dell'assicurata in quel caso interessata, un'istruttoria in cui una persona era stata sentita quale teste in sede di udienza, il richiamo di incarti da parte di 3 uffici pubblici diversi, e la procedura evasa con una sentenza di 37 pagine, ha ritenuto che l'emanazione di un giudizio a Giudice unico fosse possibile senza violare diritti costituzionali e convenzionali (sollevati

in sede ricorsuale) dell'interessata; • che, sull'aspetto del giudice unico, la giurisprudenza del TF non appare quindi lineare, chiara ed univoca; non è, insomma, scevra da contraddizioni; • che, nella sentenza 18 febbraio 2011 citata, il TF ha sottolineato quanto per completezza occorre riportare qui in esteso: " 2. Preliminarmente, la ricorrente rimprovera alla Corte cantonale di avere reso la pronuncia impugnata a giudice unico. 2.1 Già è stato detto in passato, con riferimento alla precedente versione della legge ticinese di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni del 6 aprile 1961 (Lptca; vecchio art. 2 cpv. 1) che i membri del Tribunale cantonale delle assicurazioni possono decidere nella composizione di un giudice unico le cause che non pongono questioni di principio o che non sono di rilevante importanza. Sono state considerate tali le vertenze nelle quali il tema giuridico è già risolto da consolidata giurisprudenza federale, quelle che non presentano particolari difficoltà nell'apprezzamento delle prove o quelle nelle quali il valore di causa è estremamente ridotto (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 347/98 del 10 ottobre 2001, in R DAT I-2002 n. 11 pag. 190 consid. 1c; cfr. pure sentenza 9C_792/2007 del 7 novembre 2008 consid. 2). Sebbene la nuova Lptca del 23 giugno 2008 (v. RL/TI 3.4.1.1) non preveda più espressamente questa possibilità, il principio è tuttora ancorato all'art. 49 cpv. 2 della legge cantonale sull'organizzazione giudiziaria del 10 maggio 2006 (LOG; RL/TI 3.1.1.1). Questo disposto stabilisce infatti che il Tribunale cantonale delle assicurazioni, il Tribunale cantonale amministrativo e la Camera di diritto tributario possono decidere nella composizione di un giudice unico le cause che non pongono questioni di principio o che non sono di rilevante importanza. Ne consegue che, contrariamente a quanto sostenuto nel ricorso, la revisione della Lptca non ha apportato alcuna modifica sostanziale in questo ambito, come conferma del resto anche la lettura del messaggio del Consiglio di Stato ticinese n. 6049 del 1° aprile 2008 (consultabile al sito www.ti.ch)."; • che colpisce quindi il TF nella sentenza del 31 agosto 2015 laddove lascia aperta la porta ad un'analisi della conformità dell'art. 49 LOG con i precetti costituzionali e convenzionali che cita (consid. 7.5.) quando nel giudizio di appena 4 anni prima ed in altri ancora precedenti esclude tale ipotesi; • che, senza approfondire oltre la giurisprudenza federale, alla luce del fatto che il gravame per denegata giustizia non sia ricevibile si giustifica l'emanazione di un giudizio a giudice unico; nel merito • che la ricorrente ha inoltrato un ricorso per denegata giustizia; • che la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. SVR 2005 AHV N. 19; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 cons. 2a, DTF 110 V 51 cons. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (cfr. STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 cons. 2.1; DTF 125 V 414 cons. 1A; DTF 119 Ib 36 cons. 1b); • che per l'art. 52 cpv. 1 LPGA le decisioni possono essere impuginate entro trenta giorni facendo opposizione presso il servizio che le ha notificate; fanno eccezione le decisioni processuali e pregiudiziali. A norma dell'art. 52 cpv. 2 LPGA le decisioni su opposizione vanno pronunciate entro un termine adeguato in maniera motivata e con l'avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Per l'art. 56 cpv. 1 LPGA le decisioni su opposizione e quelle contro cui un'opposizione è esclusa possono essere impuginate 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. La norma comprende sia i ricorsi per ritardata giustizia che per denegata giustizia; • che per costante giurisprudenza del Tribunale Federale, vi è diniego di giustizia qualora un'autorità giudiziaria od amministrativa non si

occupi di una domanda, per la cui risoluzione essa é competente (DTF 114 V 147 cons. 3a e riferimenti ivi menzionati). 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 LPG) 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. Se 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). In una sentenza del 25 giugno 2003, 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); • che con sentenza del 20 settembre 1995 del Tribunale del Canton 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. 109 s., che l'oggetto di un ricorso per denegata o ritardata giustizia è 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. Il TF ha ripreso gli stessi principi in un recente giudizio in materia di assicurazione infortuni (sentenza 22 febbraio 2010, 8C_613/2009) dove ha ricordato la necessità di ossequio del precetto di celerità in particolare per le decisioni di prima istanza (si veda anche la sentenza cantonale di Ginevra pubblicata in SJ 2010 pag. 297 in particolare consid. 3.1. pag. 301 e DTF 130 I 312); • 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), il giudice non può sostituire l'indagine che compete all'assicuratore con propri atti di verifica e di istruttoria e non deve neppure, conseguentemente, analizzare il merito della fattispecie. Il giudizio si limita all'accertamento, o meno, di una denegata giustizia od un ritardo ingiustificato da parte della Cassa, e, laddove 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 o il carico di spese, se il ricorso era necessario e se un ritardo nella reazione della Cassa è sussistito; • che in concreto, trattandosi di materia per la quale l'assicuratore non deve emanare una decisione, essendo retta dalla LCA che non prevede un simile provvedimento, non può essere invocato l'intervento del Tribunale cantonale delle assicurazioni per obbligare CO 1 a rendere una decisione impugnabile, ma semmai unicamente è data la possibilità di adire il TCA domandando la condanna dell'assicuratore al versamento di specifiche prestazioni assicurative; • che, ritenuto come l'atto della signora RI 1 non adempia manifestamente i criteri di una petizione condannatoria inoltrata al TCA nei confronti di CO 1, la stessa deve essere ritenuta irricevibile; • che RI 1 potrà, eventualmente, nuovamente adire il Tribunale cantonale delle assicurazioni per domandare una pronuncia di merito; • che l'assicurata, per il tramite del patrocinatore che è stato incaricato in corso di causa, e l'assicuratore, per il tramite del proprio rappresentante, hanno comunque dato atto dell'intenzione di chiarire, in una procedura tesa alla soluzione bonale della vertenza, i fatti alla base della controversia e verificare i diritti dell'assicurata; • che, alla luce dell'esito della procedura, non si fa carico di tassa di giustizia e spese e non si attribuiscono ripetibili. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. L' "istanza per denegata giustizia" del 5 giugno 2015 formulata da RI 1, tesa ad ordinare all'assicuratore di emanare un provvedimento soggetto ad impugnativa, è irricevibile. 2. Non si prelevano tasse e spese e non si attribuiscono ripetibili. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice

delegato
Ranzanici

Il segretario Ivano
Gianluca Menghetti