

TI_GERICHTE 36.2021.3 vom 12. Februar 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-02-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.3

FR: TI_GERICHTE 36.2021.3 du 12 février 2021

IT: TI_GERICHTE 36.2021.3 del 12 febbraio 2021

Regeste

Denegata e ritardata giustizia. IPG sospese senza l'emanazione di decisione su opposizione per oltre un anno malgrado i solleciti

Erwägungen

E. 2

della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; 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 R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015 = SVR 2015, EL Nr. 13, pag. 37 e seguenti). Su questi temi si veda Ivano Ranzanici : La possibilità concessa dall'art. 49 cpv. 2 LOG alla Sezione di diritto pubblico del Tribunale di Appello di emanare giudizi monocratici alla luce della recente giurisprudenza federale, in RtiD I – 2016, pagg. 307 e segg., in particolare ad 4.3.3 pag. 328 e segg., con cui è criticata la STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, invero modestamente argomentata, resa in una fattispecie del tutto simile, per complessità istruttoria, per la natura delle prove acquisite e per l'importanza del caso rispettivamente per i precedenti esistenti, a quella che ha condotto alla sentenza 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011 ma con esito opposto. Va segnalato che in giudizi successivi, in particolare nella STF 1C_569/2015 dell'11 novembre 2015, l'Alta Corte è ritornata ed ha confermato la sua prassi antecedente il 31 agosto 2015, senza quindi riprendere il giudizio criticato in Ticino per i suoi effetti negativi (Ranzanici , op. cit., n. 4.3.3 pag. 328 seg.). Non va dimenticato infatti che l'art. 30 cpv. 1 Cost. fed. prevede che nelle cause giudiziarie ognuno ha diritto d'essere giudicato da un tribunale fondato sulla legge, competente nel merito, indipendente e imparziale.

Nell'organizzazione dei Tribunali i cantoni gioiscono di competenza, e quando un Cantone consideri composizioni alternative per la medesima materia, a dipendenza di specifici criteri prestabiliti e oggettivi, ovvero razionali, volti a evadere la vertenza in modo appropriato e in un termine ragionevole (DTF 144 I 37 consid. 2), come il Ticino ha fatto (ritenendo la difficoltà probatoria, la complessità giuridica o l'entità dei valori in gioco), l'intervento di controllo dell'autorità giudiziaria superiore deve avvenire con doverosa cautela. Nel caso in esame il tema sottoposto all'esame e al giudizio di questa Corte (sussistenza di un ritardo nell'emanazione di una decisione e sua conseguenze) non è nuovo ed è stato oggetto di esame a più riprese da parte di questo Tribunale cantonale delle assicurazioni, basti qui il generico rinvio alle STCA reperibili sul sito: sentenze.ti.ch, per tutte si vedano la STCA

36.2020.3 del 27 aprile 2020 o la STCA 36.2019.59 del 9 settembre 2019. L'aspetto della denegata rispettivamente della ritardata giustizia è tema giuridico ampiamente noto e oggetto di ampissima giurisprudenza federale e approfonditamente analizzato anche dalla più importante dottrina (per tutti si veda L. Meyer, Das Rechtsverzögerungsverbot nach Art. 4 BV, Tesi Berna 1985). Il presente giudizio può quindi essere emanato monocraticamente. L'esame della documentazione prodotta, i solleciti in numero notevole, accompagnati da semplici certificati medici attestanti il perdurare di una IL, la lettura di una letterina, tardiva come si vedrà, di sollecito alla psichiatra fiduciaria della Cassa il 16 novembre 2020 e di due mail scritti nelle more della procedura sono manifestamente compiti che possono essere assolti anche da un giudice unico. Il tema "giuridico" dell'esistenza o meno di un "danno" per il ricorrente derivante dal ritardo nell'evasione della sua opposizione non costituisce aspetto da affrontare. Una denegata rispettivamente ritardata giustizia non essendo condizionata da un danno di natura materiale a carico del ricorrente. nel merito 2. Ai patrocinatori delle parti è noto che, in base all'art. 49 cpv. 1 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. Una domanda relativa a una decisione d'accertamento deve essere soddisfatta se il richiedente fa valere un interesse degno di protezione (art. 49 cpv. 2 LPGA). Per l'art. 49 cpv. 3 LPGA le decisioni sono accompagnate da un avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. La notificazione irregolare di una decisione non deve provocare pregiudizi per l'interessato. A norma dell'art. 51 cpv. 1 LPGA le prestazioni, i crediti e le ingiunzioni che non sono contemplati nell'articolo 49 cpv. 1 possono essere sbrigati con una procedura semplificata. L'art. 51 cpv. 2 LPGA prevede che l'interessato può esigere che sia emanata una decisione. A questo proposito secondo l'art. 127 OAMal l'assicuratore è tenuto ad emanare entro 30 giorni le decisioni richieste secondo l'articolo 51 cpv. 2 LPGA. Per l'art. 52 cpv. 1 LPGA le decisioni possono essere impugnate entro trenta giorni facendo opposizione presso il servizio che le ha notificate; fanno eccezione le decisioni processuali e pregiudiziali. In base all'art. 52 cpv. 2 LPGA le decisioni su opposizione devono essere 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 impugnate 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. 3. Per riprendere considerazioni già esposte in precedenti giudizi (in specie nella STCA 36.2019.59 del 9 settembre 2019), a conferma di quanto sub. 1., va ricordato come, per l'Alta Corte, vi è diniego di giustizia qualora un'autorità giudiziaria o amministrativa non si occupi di una domanda, per la cui risoluzione essa è competente (cfr. DTF 114 V 147 c. 3a e riferimenti ivi menzionati). Il ritardo ingiustificato a statuire è una forma particolare di diniego di giustizia vietato dall'art. 29 cpv. 1 Cost. e dall'art. 6 § 1 CEDU. Si è in presenza di un ritardo ingiustificato a statuire quando l'autorità amministrativa o giudiziaria competente non emana la decisione che le compete entro il termine previsto dalla legge oppure entro un termine che la natura dell'affare nonché l'insieme delle altre circostanze fanno apparire come ragionevole (DTF 131 V 407 c. 1.1 p. 409 e riferimenti ivi menzionati). Sono determinanti, segnatamente, il grado di complessità dell'affare, la posta in gioco per l'interessato, come pure il comportamento di quest'ultimo e delle autorità competenti (DTF

130 I 312 c. 5.2; 125 V 188 consid. 2a). A questo proposito, spetta, da una parte, all'interessato intraprendere determinati passi per invitare l'autorità a decidere, in particolare sollecitandola ad accelerare la procedura oppure ricorrendo per ritardo ingiustificato. D'altra parte, sebbene all'autorità non possano essere rimproverati alcuni "tempi morti", inevitabili in una procedura, essa non è legittimata a invocare una carente organizzazione oppure un sovraccarico strutturale per giustificare l'eccessiva lentezza della procedura; spetta in effetti allo Stato organizzare le proprie giurisdizioni in modo tale da garantire ai cittadini un'amministrazione della giustizia conforme alle regole (DTF 130 I 312 c. 5.2 e i riferimenti ivi menzionati). Il principio secondo cui la procedura davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni deve essere semplice e spedita (cfr. art. 61 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 54 consid. 4b; cfr., pure, U. Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurigo 1999, p. 243 n. 509). Dottrina e giurisprudenza hanno stabilito che una ritardata giustizia può essere ammessa soltanto allorché la competente autorità protrae più del dovuto la trattazione di un affare. Ciò non è il caso se essa prende dei provvedimenti positivi, ad esempio dei provvedimenti probatori supplementari. Qualora l'autorità si sia occupata di una vertenza senza notevole ritardo, una violazione della Costituzione può essere ammessa soltanto se determinati provvedimenti sono stati presi abusivamente (cfr. L. Meyer, *Das Rechtsverzögerungsverbot nach Art. 4 BV*, Tesi Berna 1985, citata, p. 78 e riferimenti alla giurisprudenza federale). Nell'ambito di una procedura di ricorso per denegata giustizia, non si deve procedere a una valutazione approfondita della situazione fattuale e giuridica. L'intervento del giudice in relazione all'ordine di misure istruttorie, si giustifica soltanto qualora l'amministrazione abbia manifestamente oltrepassato il proprio potere discrezionale. In una tale procedura, ci si deve accontentare di un esame sommario dell'incarto, con l'obiettivo di stabilire se l'aver ordinato un determinato provvedimento probatorio era manifestamente superfluo (cfr. STFA U 18/92 del 3 luglio 1992 c. 5b, parzialmente pubblicata in RAMI 1992 U 151, p. 194s. e U 268/01 dell'8 maggio 2003 c. 4.1). 4. In una sentenza I 841/02 del 25 giugno 2003, pubblicata in DTF 129 V p. 411 e seg., il TF 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 TF 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. Nel giudizio pubblicato 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 quella stessa pronunzia, il TF 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) L'Alta Corte ha riconosciuto l'esistenza di un ritardo inammissibile trattandosi di un tribunale cantonale che aveva lasciato trascorrere 25 mesi tra la fine dello scambio degli allegati e l'inoltro del ricorso per denegata giustizia dinanzi al Tribunale federale, rispettivamente più di tre anni dall'inoltro del ricorso cantonale, in una causa senza difficoltà eccessive in materia di assicurazione contro gli infortuni (STF 8C_176/2011 del 20 aprile 2011) oppure quando è trascorso un termine di 24 mesi tra la fine dello scambio degli allegati e l'inoltro del ricorso per denegata giustizia dinanzi al Tribunale federale, in una causa il cui oggetto era unicamente il grado d'invalidità del ricorrente e in cui quest'ultimo aveva circoscritto le sue censure a due aspetti che non presentavano difficoltà particolari (STF 8C_613/2009 del 22 febbraio 2010). Per contro, un periodo di 18 mesi trascorso tra la fine dello scambio degli allegati davanti alla giurisdizione cantonale e il ricorso per denegata giustizia inoltrato al Tribunale federale, non è stato qualificato quale ritardo ingiustificato, tenuto conto della necessità di procedere a un minuzioso apprezzamento di numerosi rapporti medici o perizie (STF 8C_615/2009 del 28 settembre 2009). 5. Nel caso all'esame va evidenziato come RI 1 sia inabile al lavoro dal 19 febbraio 2019, ossia la sua incapacità lavorativa è iniziata 2 anni fa. Le prestazioni sono state assunte dall'assicuratore che ha pagato sino al 15 settembre 2019, durante poco più di 7 mesi. La cessazione del versamento con effetto (la prima volta) al 15 settembre 2019, è conseguenza di una valutazione dello status dell'assicurato, e della sua conseguente capacità lavorativa, svolto dalla dott. _____, psichiatra FMH, su richiesta di CO 1, avvenuta il 9 settembre 2019. Nel rapporto allestito dalla psichiatra di fiducia della Cassa (doc. A7/1) si fa stato dell'incarico ricevuto dalla specialista il precedente 3 settembre (ossia 6 giorni prima). Il 4 settembre 2019 è avvenuta la visita da parte della dott. _____, della durata di 1 ora e mezzo. La specialista ha redatto il suo rapporto in maniera del tutto celere, e per la stesura ha fatto capo a tutta una serie di rapporti e documenti medici posti a sua disposizione (e quindi a lei noti almeno a far data dal 4 settembre 2019 e pure noti alla Cassa in assenza di indicazione contraria da parte del patrocinatore), ossia il rapporto del dott. _____ del 12 luglio 2019, il rapporto del dott. _____ del 26 giugno 2019 e il rapporto della dott. _____ del 18 luglio 2019. Il rapporto della dott. _____ è dettagliato e approfondito (con 7 pagine di argomentazione) e non occorre qui, alla luce della natura della causa, analizzarne approfonditamente il contenuto. Con il rapporto della dott. _____ del 9 settembre 2019 (accompagnato dagli ulteriori rapporti citati) l'assicuratore era pienamente consapevole della situazione valetudinaria dell'assicurato, delle sue patologie e sofferenze, e del quadro complessivo in cui egli versava in quel momento e poteva valutare la sua capacità di lavorare. Come descritto nelle considerazioni di fatto, le valutazioni della psichiatra fiduciaria sono state contestate dalla curante. Già il 15 ottobre 2019 CO 1 è stata posta ampiamente al corrente della valutazione della curante, che ha dato della situazione patologica in cui versava l'assicurato e delle conseguenze sulla capacità lavorativa una lettura diversa. A richiesta della Cassa, vista la presa di posizione della curante, la dott. _____ è stata richiesta di fornire una nuova valutazione, svolta il 15 novembre 2019. Ulteriormente la psichiatra fiduciaria è stata interpellata a seguito del nuovo ricovero dell'assicurato dal 20 al 24 novembre 2019. Il quadro della situazione a questo punto è ritenuto tale dall'assicuratore da confermare la cessazione del versamento delle indennità e questo con effetto dal 25 novembre 2019 (il giorno successivo al congedo dal ricovero

ospedaliero a _____). In questa costellazione si situa la decisione della CO 1 che è emanata però con un ritardo, quasi un mese dopo la cessazione del versamento, ossia il 19 dicembre 2019, in prossimità delle festività di fine anno. Nessuna motivazione è stata data dalla Cassa per tale ritardo e, dagli atti, non emerge alcuna valida ragione apparente che giustifichi tale lasso temporale inutilizzato. 6. L'opposizione del 16 gennaio 2020 conduce l'assicuratore soltanto il 28 marzo 2020 a, finalmente, fare pervenire all'assicurato il documento fondante la sua decisione (ossia la valutazione della dott. _____). Questo avviene dopo ben 3 (10 febbraio 2020; 20 febbraio 2020 e 16 marzo 2020) interventi del patrocinatore ciò che già appare inaccettabile: oggetto delle pretese è l'IPG, ossia quel reddito sostitutivo del salario che permette il sostentamento senza dovere fare capo ad aiuti sociali, si tratta di una prestazione di primaria importanza che crea priorità assoluta nell'intervento dell'assicuratore sociale. Già in questo ritardo nel trasmettere il documento, che doveva essere posto all'attenzione dell'assicurato prima dell'emanazione della decisione (subito dopo la sua redazione da parte della dott. _____), si deve ritenere che, alla luce delle considerazioni di diritto esposte in precedenza, la Cassa è incorsa in una ritardata giustizia. Purtroppo però l'amministrazione, che ha trasmesso l'atto all'assicurato concedendo (bontà sua!) un termine scadente il 24 aprile 2020 per esprimersi in merito, non è l'unica volta che è incappata in una violazione dei diritti dell'assicurato e in una ritardata giustizia nei suoi confronti alla luce della situazione concreta e della conoscenza da parte sua dell'incarto nonché delle necessità di verifica da eseguire. Va qui evidenziato come i tempi senza attività, ossia quei tempi morti cui è cenno nelle considerazioni di diritto, non debbono moltiplicarsi e ripetersi, se così è il Giudice deve ritenerli nel loro complesso per valutare il sussistere di una ritardata giustizia. Come indicato, il 14 aprile 2020 la dott. _____ si è espressa sul rapporto della sua collega dott. _____. L'atto è stato trasmesso il successivo 20 aprile 2020 con uno scritto accompagnatorio a delucidazione dell'avv. RA 1. La coerenza della posizione dell'assicurato è palese già nell'ampio rispetto del termine concesso dalla Cassa per esprimersi in merito al rapporto della dott. _____ (24 aprile 2020). In sostanza ancora prima dello scadere del tempo concesso da CO 1 quanto richiesto era nelle mani dell'assicuratore che però non ha dimostrato altrettanta solerzia. Da questo momento in avanti, infatti, l'assicuratore ha gravemente tardato l'esame del caso che gli incombeva pur avendo la possibilità di procedervi in tempi del tutto contenuti. Così facendo ha causato un danno all'assicurato, perlomeno riferibile ai diritti che la stessa amministrazione gli ha riconosciuto con la decisione impugnata ma non versati a causa dell'opposizione formulata, come ha rammentato l'avv. RA 1 nei suoi scritti ripetuti e rimasti inascoltati. Se è vero che CO 1 ha trasmesso il rapporto del 14 aprile 2020 della dott. _____, ricevuto con lo scritto 20 aprile 2020 dell'avv. RA 1 alla sua psichiatra fiduciaria il 7 maggio 2020, ciò è però avvenuto con colpevole ritardo. Nulla spiega l'attesa di due settimane per procedervi. Quell'attesa, durante la quale il ricorrente non ha ricevuto nessuna IPG e, soprattutto, quella giustizia che ha diritto di ottenere, è trascorso assolutamente in maniera inutile. Questo lasso temporale non è, in sé, lungo, ma a fronte della situazione dei solleciti, della conoscenza dell'incarto da parte dell'assicuratore e della sua fiduciaria dott. _____, diviene insopportabile, soprattutto se cumulato alle altre settimane trascorse inutilmente (nonostante i ripetuti solleciti dell'assicurato). Ben di peggio è però avvenuto da tale data sino all'emanazione di questo giudizio perché, fatto salvo un timido sollecito il 16 novembre 2020 alla dott. _____, nulla si è mosso e nulla è stato fatto sino alla presentazione del ricorso qui all'esame. Colpisce poi la tesi dell'assicuratore che sembra volere colpevolizzare l'assicurato del ritardo il quale, tramite il

patrocinatore, ha ripetutamente sollecitato l'emanazione di una decisione su opposizione e trasmesso attestazioni relative al perdurare dell'IL. Ebbene, dopo la richiesta alla psichiatra di fiducia di verificare la valutazione medica della curante dott. _____ del 14 aprile 2020, gli atti presentati contemplano in pratica solamente sollecitazioni dell'assicurato e nessun intervento dell'assicuratore verso la sua incaricata per ottenere quanto apparentemente necessario per una decisione. Solo dopo oltre 6 mesi dalla trasmissione del rapporto _____ a _____, che in questo contesto rappresentano un periodo straordinariamente lungo e, soprattutto, assolutamente inaccettabile per un'amministrazione chiamata ad applicare la LPGa e la LAMal, CO 1 ha scritto alla sua incaricata per chiedere "cortesemente (...) la sua presa di posizione conformemente al mandato assegnatole". Questa reazione, e ancor di più i due messaggi di posta elettronica del 21 gennaio e del 2 febbraio 2021 trasmessi alla dott. _____ nelle more della procedura di ricorso, sono assolutamente tardivi. La psichiatra fiduciaria andava sollecitata ben prima e con ben maggior rigore, il mandato poteva essere revocato e conferito ad altro psichiatra più disponibile (a livello di tempi), la procedura andava sorvegliata con maggiore rigore. La Cassa era già in possesso di diversi rapporti medici, anche specialistici, precisi e approfonditi, il compito assegnato alla dott. _____, come l'incarico che RI 1 ha dato alla sua curante e svolto il 14 aprile 2020, poteva e doveva essere evaso in pochi giorni, al massimo in qualche settimana e invece, ancora oggi, non è stato eseguito. Questo agire è gravemente lesivo della celerità che deve essere riconosciuta a questa procedura che ha per oggetto il "pane quotidiano" dell'assicurato ossia le indennità che sostituiscono il salario che la malattia, impedendo il lavoro, non permette di conseguire. Sostanzialmente dalla decisione formale (di 13 mesi precedente il ricorso qui in discussione) la Cassa si è limitata, dopo tre mesi e tre solleciti dell'assicurato, a trasmettere all'avv. RA 1 due documenti medici della psichiatra fiduciaria invitandolo, entro un termine stretto, a prendere posizione. Ha quindi trasmesso, il 7 maggio 2020, dopo due settimane (sic!) dalla ricezione, la valutazione della dott. _____ alla psichiatra di fiducia per una presa di posizione. Da lì solo un sollecito il 16 novembre 2020 e poi più nulla sino al ricorso. Troppo poco in troppo tempo. 7. Inaccettabile appare, a fronte dell'impugnativa qui all'esame, obiettare che non sussista un ritardo ingiustificato e che il dilatarsi dei tempi sia dovuto a terzi: la dott. _____ che non risponde alla richiesta, ma che è ausiliaria della Cassa e agisce per conto della stessa rendendo l'amministrazione responsabile del suo ritardo, rispettivamente l'avv. RA 1 che trasmette solleciti con annessi i (necessari) certificati della curante che confermano il perdurare dell'IL (in caso contrario è immaginabile l'obiezione della Cassa all'assicurato che avrebbe omesso di dimostrare il perdurare della sua IL), ciò che impone esame (quale? Quando? Svolto da parte di chi?). Quanto ha trasmesso l'assicurato, per il tramite del patrocinatore, sono solo giustificati solleciti e i certificati della dott. _____ sono composti da un paio di righe più o meno tutti del seguente tenore (qui si riporta l'annesso al doc. 2): " Si certifica che il paziente a margine, in mia cura, continua l'inabilità al lavoro nella misura del 100% dal 01.05.2020 al 01.06.2020 incluso, data in cui sarà rivalutata la capacità lavorativa". Ebbene l'assicuratore non spiega come questi certificati possano avere intralciato il normale seguito della procedura in discussione, cosa abbiano comportato, quale aggravio amministrativo o d'accertamento medico, chi abbia svolto semmai tale accertamento medico, cosa questo accertamento abbia comportato. L'argomento dell'assicuratore non ha pregio alcuno. Come non ne ha la pretesa assenza di un danno in capo all'assicurato, inteso quale danno economico. RI 1 beneficerebbe di prestazioni LADI quindi non avrebbe bisogno delle IPG negategli il 19

dicembre a partire dal 25 novembre. Come a dire che, se una decisione non tocca in maniera assoluta i mezzi di sostentamento non è necessario che sia emanata in tempi consoni tanto l'assicurato può attendere. Tesi che difficilmente trova un riscontro giurisprudenziale o dottrinale in questi termini. Il cittadino ha diritto alla giustizia che la legge gli consente di ottenere, e meglio di conseguire quelle decisioni giudiziarie che può richiedere, nei tempi adeguati e conformi ai dettami della giurisprudenza esposta, senza che l'esistenza di un danno sia rilevante. Il danno procedurale giuridico del ritardo è da solo sufficiente. L'eventuale danno di natura economica che può risentire l'assicurato è semmai sprone maggiore a incrementare, da parte dell'assicuratore, la celerità nell'esame delle decisioni che gli competono. Qui erano dati tutti i segnali per un agire sollecito, segnali rimasti inascoltati. La Cassa, con le sue teorie negatorie di una denegata e ritardata giustizia (qui il ritardo è tale che trascende nel rifiuto de facto di rendere la decisione richiesta), deve vedersi respingere tali tesi. CO 1 non ha reagito ai solleciti dell'avv. RA 1, non ha risposto allo stesso scusandosi per la situazione, non ha sollecitato sino a metà novembre 2020 la dott. _____. Con il suo ripetuto agire l'assicuratore ha commesso una grave ritardata giustizia cui deve porre rimedio emanando il provvedimento richiesto nei tempi più stretti possibili. 8. Alla luce di quanto precede, il ricorso va quindi pienamente accolto e all'assicuratore CO 1 è fatto obbligo di emanare nei tempi più contenuti la decisione su opposizione che l'assicurato attende ormai dal gennaio 2020. Un termine di 15 giorni appare congruo alla luce anche del gravame e dei tempi che lo stesso ha comportato (che hanno – si spera – indotto CO 1 a intervenire presso la dott. F. Bernasconi o incaricare uno psichiatra terzo). L'assicuratore emanerà quindi il provvedimento di sua competenza entro 15 giorni dall'intimazione della presente, fatta salva la concessione dell'eventuale effetto sospensivo ad un possibile ricorso al Tribunale federale contro questa decisione. 9. All'assicurato, rappresentato da un avvocato, devono essere riconosciute adeguate ripetibili che possono essere cifrate in CHF 2'800, se dovuta IVA compresa, importo che appare conforme all'impegno profuso e in linea con la prassi del TF in materia (DTF 143 V 81; 9C_268/2015 del 3 dicembre 2015; 8C_186/2020 del 26 giugno 2020, per non citarne che alcune). L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, pag. 1303 e seguenti, pag. 1334: “ La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGA). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera f bis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in

vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1bis LAI”). Secondo l’art. 83 LPGA (disposizione transitoria), tuttavia, ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell’entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto il ricorso è stato presentato nel 2021, ma deve essere ritenuto avere per oggetto delle prestazioni assicurative per le quali la LAMal non prevede che la procedura sia soggetta a spese.

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