

GR_GERICHTE S 2016 42 vom 24. Januar 2017

GR Gerichte, 2017-01-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2016_42

FR: GR_GERICHTE S 2016 42 du 24 janvier 2017

IT: GR_GERICHTE S 2016 42 del 24 gennaio 2017

Regeste

prestazioni da assicurazione complementare LCA | Krankenversicherung VVG

Erwägungen

E. 1

La controversia verte sulla questione di sapere se l'assicuratore malattie sia tenuto al versamento delle indennità giornaliere pretese dall'attore dal 10 marzo 2015 in base ad una inabilità lavorativa - dovuta a motivi di ordine esclusivamente psichico - a tratti del 50 % ed a tratti del 100 %. Il parallelo procedimento S 15 145 - che vede l'assicurato opporsi alla decisione dell'assicuratore infortuni - non ha alcuna incidenza diretta sulla presente controversia, non essendo neppure preteso ed essendo comunque escluso che la problematica di carattere psichico possa avere una relazione causale naturale e adeguata con l'infortunio subito. Qualora la presente azione dovesse venire accolta, l'eventuale concorso di più prestazioni potrebbe comportare un sovraindennizzo, per cui in tal caso la presente sentenza verrebbe intimata anche all'assicuratore infortuni.

E. 2

CGA la presente vertenza riguarda un'assicurazione complementare retta dalla legge sul contratto di assicurazione (LCA; RS 221.229.1) e quindi sottoposta all'egida del diritto privato (vedi sentenza del Tribunale federale 4A_158/2011 del 6 aprile 2011 cons. 1.1). Giusta l'art. 7 del codice di diritto processuale civile svizzero (CPC; RS 272), i cantoni possono designare un tribunale competente a decidere, in istanza cantonale unica, le controversie derivanti da assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10). La competenza in ragione della materia è data in virtù dell'art. 63 cpv. 2 lett. b della legge sulla giustizia amministrativa (LGA; CS 370.100), il quale prevede che sia il

- 5 - Tribunale amministrativo in veste di tribunale delle assicurazioni a giudicare nella procedura d'azione le controversie ai sensi dell'art. 47 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione (LSA; RS 961.01). Come è già stato rilevato dal Tribunale amministrativo, in realtà il riferimento all'art. 47 LSA è dovuto ad una ripresa della precedente disposizione, mentre attualmente dovrebbe correttamente riguardare l'art. 85 LSA (vedi sulla questione la sentenza del Tribunale amministrativo S 12 112). Per quanto riguarda la competenza in ragione del luogo, trova applicazione l'art. 17 CPC che recita: salvo che la legge disponga altrimenti, le parti possono pattuire il foro per una controversia esistente o futura in materia di pretese derivanti da un determinato rapporto giuridico. Salva diversa stipulazione, l'azione può essere proposta soltanto al foro pattuito (cpv. 1). Il patto deve essere stipulato per scritto o in un'altra forma che consenta la prova (cpv. 2). Nell'evenienza concreta, giusta l'art. 36 CGA il contraente o l'assicurato possono citare in

giudizio C._____ SA presso il foro giuridico del loro domicilio svizzero oppure presso quello della C._____ SA. La persona assicurata ha inoltre diritto di citare in giudizio C._____ SA presso il foro giuridico della sua località di lavoro. In base a quanto è dato sapere, l'assicurato è domiciliato nei Grigioni per cui la petizione del 29 marzo 2016 è stata introdotta presso il competente tribunale. b) Formalmente, l'attore ha chiamata in causa la B._____ SA, mentre l'assicuratore responsabile per la corresponsione dell'indennità giornaliera è la C._____ SA, come chiaramente indicato all'art. 1 CGA. La parte convenuta all'azione è quindi stata dall'attore indicata in modo errato, essendo la B._____ SA incaricata solo dell'esecuzione amministrativa all'interno del gruppo E._____. Grazie comunque alla possibilità accordata dall'art. 83 cpv. 4 CPC di operare una sostituzione di parte con il consenso di controparte, questo Giudice reputa nell'evenienza possibile ovviare all'errata indicazione della convenuta in ricorso. Infatti, la risposta

- 6 - alla petizione è stata sottoscritta sia da B._____ SA che da C._____ SA e la prima ha acconsentito alla sua sostituzione per mezzo di C._____ SA con il consenso di quest'ultima per motivi di economia procedurale. Tale sostituzione è nell'interesse dell'attore per cui nulla si oppone alla fattibilità della stessa. Ne consegue che mentre non è dato entrare nel merito dell'azione rivolta alla B._____ SA, il Tribunale amministrativo ha qualità per statuire materialmente sulla petizione per quanto la stessa sia rivolta alla C._____ SA. c) Sempre dal profilo formale, in accordo con quanto sancito dall'art. 233 CPC, le parti hanno di comune accordo rinunciato in data 9 e 18 gennaio 2017 al dibattimento orale.

E. 3

a) L'indennità giornaliera assicurata è corrisposta per la durata dell'incapacità attestata dal medico, dopo la decorrenza del periodo di attesa. In caso di incapacità lavorativa parziale, l'ammontare dell'indennità giornaliera si basa sul grado d'incapacità; se questo è inferiore al 50 % non c'è diritto all'indennità giornaliera (art. 11 cpv. 1 e 2 CGA). E' considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 13 CGA). Tra i danni alla salute psichica, devono essere annoverate - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da una persona specializzata in psichiatria, poggiate lege artis sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto (DTF 130 V 396 cons. 5.3 e 6).

- 7 - b) Nell'evenienza, è controversa l'esistenza di un'incapacità psichica propria ad influire sull'abilità lavorativa dell'assicurato. Su detta questione il Tribunale amministrativo ricorre in primo alle indicazioni del personale sanitario specializzato (DTF 129 V 181 cons. 3.1, 406 cons. 4.3.1, 119 V 337 cons. 1, 118 V 289 cons. 1b e sentenze ivi citate). Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico abbia valore di prova non è tanto la sua origine o la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 125 V 351 cons. 3a e 122 V 157 cons. 1c). La giurisprudenza ha comunque reputato conciliarsi con il principio del libero

apprezzamento delle prove lo sviluppo di alcune direttive in relazione a ben determinate forme di attestazioni mediche (DTF 125 V 351 cons. 3b e 118 V 286 cons. 1b). Così alle perizie specialistiche esterne assunte durante la procedura amministrativa e improntate su di una approfondita indagine e analisi della situazione clinica, stese dopo aver preso visione di tutta la documentazione medica e che giungono a risultati concludenti, va riconosciuto pieno valore probatorio se non vi sono indizi concreti che depongano avverso l'attendibilità della valutazione operata (DTF 137 V 210 cons. 1.3.4). A proposito delle attestazioni del medico curante, la Corte federale ha già ripetutamente stabilito che il giudice può ritenere, secondo la generale esperienza della vita, che, nel dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente, egli tenda ad esprimersi a favore del suo cliente (DTF 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3b/cc, 124 I 170 cons. 4 e VSI 2001 pag. 109 cons. 3b/cc [I 128/98]). Nella sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che

- 8 - il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Se infine vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002 cons. 3.3).

E. 4

a) Giusta la certificazione 30 giugno 2015 prodotta dal dott. med. F._____, collaboratore della dott. med. G._____, l'attore sarebbe seguito presso il centro terapia cognitiva comportamentale per una sindrome di disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD-10 F43.21). Il quadro clinico permanerebbe stazionario con limitazione analgica nei movimenti e umore deflesso come reazione alla situazione fisica. La prognosi a medio termine era da considerarsi sfavorevole. b) Su incarico dell'assicuratore malattie, il paziente veniva visto dalla dott. med. H._____. Nella propria perizia del 30 luglio 2015, la specialista in psichiatria e psicoterapia poneva la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2) lieve reattiva a problemi economici (ICD-10 Z59) di nessun influsso sulla capacità lavorativa. L'assicurato sarebbe dotato di buone capacità e risorse che avrebbe saputo mettere in campo a livello familiare, professionale, sociale e lavorativo. "Dal punto di vista medico psichiatrico l'attuale incapacità lavorativa non trova giustificazione non presentando (l'assicurato) limitazioni psichiche interferenti sulla capacità al lavoro (non deficit della comprensione, del giudizio, della flessibilità, della perseveranza, della caricabilità, dell'entrata in relazione). L'assicurato infatti non presenta alcun disturbo cognitivo; la tonalità dell'umore è solamente lievemente deflessa; non segni d'ansia al

- 9 - colloquio (unicamente riferiti dallo stesso sintomi ansiosi: disturbi soggettivi). L'assicurato dal punto di vista medico psichiatrico è da considerare abile al 100 % senza restrizione alcuna". Nello scritto del 5 agosto 2015, la dott. med. H._____ motivava poi la diagnosi fatta e contestava l'esattezza di quella posta dal dott. med. F._____: "Dal punto di vista diagnostico categoriale secondo l'ICD 10 l'assicurato presenta una sintomatologia ansiosa e sub depressiva inquadabile come una sindrome mista ansioso-depressiva (patologia in cui i sintomi dell'ansia e della depressione sono entrambi presenti ma né gli uni né gli altri sono sufficienti per porre diagnosi di episodio depressivo o disturbo d'ansia

specifico) di grado lieve reattiva a problemi economici: F41.2; Z59. I colleghi del servizio di riabilitazione della Clinica di O._____ (ricovero dal 23 novembre al 20 dicembre 2013) non menzionavano nel rapporto di degenza tra le diagnosi di patologie psichiatriche a più di un mese dall'infortunio avvenuto. In seguito alla sospensione delle indennità giornaliere da parte della SUVA ed ai problemi economici subentrati l'assicurato ha sviluppato una sintomatologia ansiosa-sub depressiva attualmente lieve. La diagnosi di sindrome da disadattamento formulata nel marzo 2015 ad 1 anno dall'avvenuto infortunio non può essere condivisa: secondo il criterio A necessario per l'ICD 10 per porre diagnosi di tale patologia l'esordio dei sintomi deve verificarsi entro 1 mese dall'esposizione ed un evento stressante psicologicamente identificabile con sintomi quali umore depresso, ansia, sentimento di incapacità ad affrontare la situazione, a fare progetti per il futuro o a continuare nella condizione nonché un certo grado di compromissione delle prestazioni nelle attività quotidiane (di tutto non vi è menzione nei rapporti d'uscita esaminati, né ciò è mai stato riscontrato dal medico curante che lo segue da dopo l'infortunio) e non dopo 1 anno e mezzo! L'assicurato assume una terapia antidepressiva deponente per un quadro depressivo sicuramente non grave; il quotidiano è descritto come attivo e costruttivo (non apatia né abulia). Non assume alcuna terapia ansiolitica."

- 10 - c) In risposta a tale valutazione il dott. med. F._____ giustificava in data 4 novembre 2015 il persistere di una incapacità lavorativa adducendo: "La limitazione antalgica nei movimenti permane marcata e si ripercuote sull'umore del paziente che si sente inadeguato di fronte alla prospettiva di una ripresa lavorativa e non riconosciuto nel suo impedimento. La polarizzazione dei pensieri sulla sua condizione fisica ed economica producono momenti di sconforto, pessimismo (talora disperazione) alternati a momenti di rabbia. Questa situazione mentale ha condotto a una perdita di fiducia in sé stesso con conseguente isolamento sociale. Sempre come conseguenza dei pensieri prevalenti (v. punto precedente) la capacità di concentrazione/attenzione risulta menomata a giustificazione della inabilità del 50 %." Per il dott. med. F._____, la patologia sarebbe evoluta verso una forma distimica (ICD-10 F34.1) che si tradurrebbe in un'inabilità lavorativa perlomeno del 50 %. d) Sentita in merito a questa valutazione il 20 novembre 2015 la dott. med. H._____ riteneva di poter confermare la valutazione fatta in precedenza in quanto "Nel nuovo rapporto prodotto non vi è alcuna descrizione oggettiva di quali siano i deficit e le funzioni mentali compromesse che possano incidere sulla capacità lavorativa dello stesso che non possono essere confuse con la sintomatologia lamentata dall'assicurato". e) Per questo Giudice, in effetti, già la diagnosi posta dal dott. med. F._____ non resiste alle censure addotte nella perizia della dott. med. H._____. A prescindere al fatto che il terapeuta curante non motiva la diagnosi di disturbo dell'adattamento posta dopo le concrete critiche rivolte alla stessa dalla collega, ma pone semplicemente una diversa diagnosi, egli non fornisce neppure sufficienti elementi di giudizio oggettivi per dubitare dell'attendibilità delle risultanze alle quali era giunta l'incaricata della perizia. Tra i criteri diagnostici dei disturbi dell'adattamento come quello

- 11 - diagnosticato all'istante dagli psichiatri curanti (ICD-10 F43.21) viene riferita l'insorgenza dei sintomi emotivi o comportamentali in risposta ad un evento stressante entro 1 mese dall'evento (Internazionale Klassifikation psychischer Störungen, 9a edizione, alla voce F43.2 pag. 209) o a 3 mesi dall'evento (vedi DSM-5, 5a edizione, alla voce Disturbi dell'adattamento, criterio A, pag. 332). Quali motivi abbiano indotto la dott. med. G._____ e il dott. med. F._____ a formulare tale diagnosi per la prima volta ad oltre un anno e mezzo dall'evento, e senza che negli atti venisse fatto riferimento a problemi di ordine psichico,

non viene motivato. f) Ma anche la sintomatica evocata dalla dott. med. G._____ e dal dott. med. F._____ non è propria a giustificare una inabilità lavorativa del 50 % o del 100 % dal profilo psichico. Nel rapporto del 4 novembre 2015 vengono essenzialmente ripresi i sintomi soggettivamente lamentati dal paziente e in base ai quali verrebbe dedotta una certa diminuzione della capacità lavorativa. Diversamente dalle risultanze dell'esame peritale (vedi anche considerazioni che seguono), la valutazione della capacità lavorativa fatta nel rapporto del 4 novembre 2015 evoca un isolamento sociale e una incapacità di concentrazione che non trovano alcun riscontro oggettivamente nella concreta situazione o comportamento del paziente.

E. 5

a) Il 4 novembre 2015 il dott. med. F._____ certificava che la patologia sarebbe evoluta verso una forma distimica (ICD-10 F34.1). Poiché dal 12 gennaio 2016 veniva da parte del dott. med. F._____ attestata una sindrome distimica con evoluzione in episodio depressivo moderato-grave (ICD-10 F32.2) e quindi certificata una completa inabilità al lavoro, l'istante era nuovamente peritato il 21 marzo 2016 dalla dott. med. H._____. Nella relazione allestita il 24 marzo 2016, veniva riconfermata la diagnosi già posta in precedenza di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2) lieve, reattiva a problemi economici (ICD-10 Z59) e

- 12 - ribadita l'assoluta mancanza di qualsivoglia incidenza sulla capacità lavorativa della patologia di carattere psichico. A motivazione della diagnosi posta, la specialista riprendeva le considerazioni già espresse nella sua precedente valutazione. Quanto al preteso aggravamento dello stato depressivo, dopo aver constatato che l'antidepressivo e il suo dosaggio erano esattamente gli stessi di quelli già assunti dall'assicurato in occasione del consulto del 24 luglio 2015 (allora la specialista affermava "L'assicurato assume una terapia antidepressiva deponente per un quadro depressivo sicuramente non grave", vedi perizia del 30 luglio 2015, pag. 4), per la dott. med. H._____, "Dall'anamnesi riferita dall'assicurato non è evidenziabile lo sviluppo di alcun episodio depressivo nel periodo intercorso tra la mia valutazione del 24 luglio 2015 e l'attuale valutazione. A livello clinico oggettivo (il paziente) non presenta alcun disturbo cognitivo; la tonalità dell'umore è lievemente deflessa: non sono presenti segni d'ansia al colloquio (unicamente riferito dallo stesso occasionali momenti di ansia). I disturbi da lui attualmente lamentati e lo stato psichico oggettivo (esame clinico) non depongono per alcun episodio depressivo (F32) classificabile come tale secondo l'ICD 10: non soddisfa infatti i criteri secondo l'ICD 10 per porre tale diagnosi (non soddisfatto il criterio A, né il criterio B né il criterio C). Non ha mai presentato neppure criteri per porre la diagnosi di distimia (si tratta di una depressione cronica del tono dell'umore della durata di almeno alcuni anni che non è sufficientemente grave, nella quale i singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave di media gravità o lieve F33)." b) Anche questa valutazione convince. L'assicurato ha un tono dell'umore leggermente deflesso, quando evoca i problemi finanziari e i dolori lamentati, ma tale sintomatica a detta della dott. med. H._____ non riveste carattere rilevante dal profilo psichico. Il peritando si presentava curato nella persona, collaborante e con mimica e gestualità libere e

- 13 - spontanee. Durante tutto il colloquio non necessitava di cambiamenti di posizione e non venivano notati segni vegetativi deponenti per stati d'ansia o posture antalgiche. L'eloquio era spontaneo, fluido, articolato, la memoria verbale conservata, la capacità di concentrazione mantenuta e le capacità logiche indenni. Anche l'organizzazione della

giornata non permetteva di concludere ad uno stato di forte apatia o al ritiro dalla vita sociale. In occasione della visita del 24 marzo 2016, l'assicurato riferiva l'organizzazione della propria giornata, comunque caratterizzata da un andamento normale, considerato che attualmente non svolge attività lavorativa. Giusta la relazione del 24 marzo 2016, l'istante si alza sul tardi, esce regolarmente di casa, guida la macchina, a volte accompagna la moglie a fare la spesa, mangia abbastanza (aumentato di peso), guarda la TV e mantiene contatti regolari con i figli e la sorella che abitano ad X. _____. In questo senso quindi non è oggettivamente il preteso isolamento sociale addotto dal terapeuta curante e tantomeno la compromissione psichica di facoltà come quella di concentrazione o attenzione. Per la dott. med. H. _____ non vi era assolutamente alcuna alterazione delle normali facoltà di concentrazione, comprensione, adattamento e per il ritmo di lavoro. Il peritando non era né apatico né abulico. Per questo Giudice, le conclusioni che l'esperta trae dalle osservazioni fatte sono logiche motivate e del tutto comprensibili. La perizia non presenta neppure contraddizioni o punti poco chiari suscettibili di mettere in discussione la diagnosi posta dalla dott. med. H. _____. Evidentemente trova di riflesso anche conferma la valutazione che l'esperta fa a due riprese della capacità lavorativa. c) Per la H. _____, dal lato medico psichiatrico l'incapacità lavorativa certificata al 100 % a partire dal 12 gennaio 2016 non trova alcuna giustificazione. L'assicurato non presenta limitazioni psichiche interferenti sulla capacità di lavoro: "non presenta deficit delle funzioni dell'Io, in particolare non sono alterate le funzioni percettive, esecutive, decisionali,

- 14 - previsionali e consequenziali; non presenta deficit della comprensione, del giudizio, della flessibilità della perseveranza, della caricabilità, dell'entrata in relazione e dell'assertività. L'assicurato dal lato medico psichiatrico è sempre stato abile al 100 % senza restrizione alcuna. Ho valutato anche tutta la documentazione contenuta sul CD dell'Ufficio AI, non vi è evidenza di alcuna limitazione della capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico neppure sulla base dei certificati e dei rapporti medici contenuti in tali atti" (vedi perizia del 24 marzo 2016, pag. 5). d) Per il Tribunale amministrativo, la valutazione della capacità lavorativa non dà adito a critiche. Dopo che all'istante è stata diagnosticata una sindrome ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2) lieve, reattiva a problemi economici (ICD-10 Z59) e che sono stati in modo del tutto convincente e logico esposti i motivi medico-psichiatrici per escludere una patologia psichica più grave, la valutazione della residua abilità non può che essere condivisa. Nella perizia del 24 marzo 2016 vengono indicati i motivi per cui l'assicurato viene giudicato normalmente in misura di svolgere il suo lavoro dal profilo psichico. Elementi invalidanti o suscettibili di incidere sulla capacità lavorativa dal profilo psichico non sono stati evidenziati per cui il rifiuto di corrispondere all'assicurato l'indennità giornaliera di malattia merita piena conferma e l'azione va respinta.

E. 6

a) In conclusione, l'azione va respinta. Di regola le spese giudiziarie sono poste a carico della parte soccombente (art. 106 CPC). L'art. 114 CPC prevede però delle eccezioni. Giusta la lettera e di tale disposto nella procedura decisionale non sono addossate spese processuali per le controversie derivanti da assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie secondo la legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie. Per questo il presente procedimento va esente da spese.

- 15 - b) L'attore chiede di essere posto al beneficio del patrocinio gratuito. Ha diritto al gratuito patrocinio chiunque sia sprovvisto dei mezzi necessari e la cui domanda non appaia priva di probabilità di successo (art. 117 CPC). La parte cui è stato concesso il gratuito

patrocinio è obbligata alla rifusione appena sia in grado di farlo (art. 123 CPC). Nel caso di specie sulla base degli atti inoltrati le condizioni per il riconoscimento dell'assistenza giudiziaria gratuita sono indubbiamente adempiute per quanto ha tratto alla complessità della causa ed al non scontato esito della stessa. Per quanto riguarda la situazione di reddito e di sostanza, il ricorrente è stato posto al beneficio dell'assistenza pubblica, per cui anche la condizione della mancanza di mezzi finanziari va considerata sufficientemente comprovata. Ne consegue che la richiesta di assistenza giudiziaria viene accolta e che l'istante ha diritto alla rifusione dei costi di rappresentanza a spese dello Stato. c) Spetta ai cantoni stabilire le tariffe per le spese giudiziarie (art. 96 CPC). Giusta l'art. 5 dell'ordinanza sulla determinazione dell'onorario degli avvocati (OOA; CS 310.250), per le spese legittime del mandato di gratuito patrocinio e la difesa d'ufficio viene versato all'avvocato un onorario di fr. 200.-- orari più spese necessarie in contanti e imposta sul valore aggiunto. L'onorario per i praticanti ammonta al 75 % della tariffa degli avvocati (art. 6 OOA). Nell'evenienza, davanti al Tribunale amministrativo il ricorrente è stato patrocinato dal MLaw Curzio Guscetti, che non risulta iscritto all'albo degli avvocati. La sua indennità viene pertanto stabilita al 75 % della tariffa oraria di fr. 200.--. Giusta la nota d'onorario del 18 agosto 2016, il dispendio temporale per l'azione in oggetto è stato di 7 ore 30 minuti, partendo dal 7 ottobre 2015, momento della rivendicazione delle prestazioni. Considerata una tariffa oraria di fr. 150.-- (7 ore e 30 minuti x fr. 150.-- = fr. 1'125.--) e le spese che giusta la prassi di questo Giudice corrispondono al 3 % (fr. 33.75) – qualora come in questo caso i disborsei fatti valere non trovino giustificazione (apertura

- 16 - incarto) o siano contenuti già nell'onorario orario - ne risulta un importo complessivo – con l'IVA dell' 8 % - di fr. 1'251.45.

E. 7

CPC per dirimere controversie derivanti da assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie, di cui fanno parte anche gli assicuratori LCA, a livello cantonale può essere prevista una procedura civile semplificata giusta l'art. 243 cpv. 2 lett. f CPC o una procedura d'azione al tribunale cantonale delle assicurazioni. Poiché nei Grigioni il contenzioso in materia è giudicato in istanza unica dal Tribunale amministrativo in una procedura d'azione, contro il giudizio cantonale è ammesso il ricorso ordinario in materia civile al Tribunale federale, indipendentemente dall'ammontare del valore litigioso (sentenza del Tribunale amministrativo S 15 115). Il Tribunale decide: 1. L'azione proposta contro la B. _____ SA è inammissibile. 2. L'azione proposta contro la C. _____ SA è respinta. 3. La procedura è gratuita.

- 17 - 4. a) A A. _____ è concesso il patrocinio gratuito e gli viene assegnato un rappresentante d'ufficio nella persona del MLaw Curzio Guscetti, il quale verrà indennizzato con fr. 1'251.45 (IVA inclusa) che vanno a carico dello Stato. b) A. _____ dovrà rimborsare le spese di patrocinio legale, qualora le sue condizioni di reddito e di sostanza dovessero migliorare ed esso sarà in grado di farlo (art. 77 cpv. 1 LGA). 5. [Vie di diritto] 6. [Comunicazioni]

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