

TI_GERICHTE 36.2015.42 vom 15. Juli 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-07-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2015.42

FR: TI_GERICHTE 36.2015.42 du 15 juillet 2015

IT: TI_GERICHTE 36.2015.42 del 15 luglio 2015

Regeste

Ricorso per denegata giustizia formalmente formulato quale azione condannatoria. Non vi è un ritardo ingiustificato nella conduzione della procedura amministrativa

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.07.2015 36.2015.42 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.07.2015 36.2015.42 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.07.2015 36.2015.42

Ricorso per denegata giustizia formalmente formulato quale azione condannatoria. Non vi è un ritardo ingiustificato nella conduzione della procedura amministrativa

Raccomandata Incarto n. 36.2015.42 IR / sc Lugano 15 luglio 2015 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici statuendo sul ricorso del 28 maggio 2015 formulato da RI 1 rappr. da: RA 1 contro CO 1 rappr. da: RA 2 in materia di assicurazione sociale contro le malattie considerato in fatto ed in diritto 1.1. Con ricorso datato 28 maggio 2015 RI 1 si è aggravato, rappresentato da RA 1, contro "la decisione della CO 1 (...) riguardante la sospensione delle prestazioni" dovute a seguito di sua incapacità lavorativa. Più specificatamente RI 1, 1968, coniugato, è stato gessatore e capo cantiere presso _____ e sottoposto ad un contratto collettivo di lavoro che prevedeva la copertura per la perdita di guadagno con assicurazione conclusa presso CO 1 e sottoposta alla LAMal. 1.2. A seguito di problemi di salute alla schiena, che il curante ha qualificato quale "lombalgia con blocco funzionale" egli si è assentato dal lavoro dall'11 dicembre 2012. Di seguito egli è stato preso in cura da diversi specialisti. Secondo suo dire l'inabilità lavorativa permane. Egli soffrirebbe inoltre di una patologia psichiatrica (sindrome depressiva) accertata dalla dott. _____. 1.3. RI 1 ha beneficiato di indennità per perdita di guadagno dall'11 dicembre 2012 sino al 31 maggio 2014 al 100%. Con il suo gravame del 28 maggio 2015 egli postula la condanna dell'assicuratore al versamento di ulteriori 113 indennità giornaliere sino ad esaurimento del suo diritto. 1.4. Con risposta 24 giugno 2015 (doc. V) CO 1 ha espresso quanto segue: "... il ricorso è del tutto prematuro ed irricevibile, ritenuto che la CO 1, non ha ancora emesso la decisione su opposizione, che verrà emanata alla conclusione di eventuali complementi istruttori (fra cui, eventualmente, un nuovo referto del dr. _____, ed eventualmente una valutazione psichica, che richiedono tempo). Si tenga del resto presente che la parte avversa ha presentato un parere medico datato 15 maggio 2015, che nemmeno era pervenuto alla qui resistente, la quale ne ha preso atto solo con il ricorso della parte avversa. (...)" (doc. V) L'assicuratore malattia evidenzia poi l'esistenza di una decisione negativa in materia di prestazioni AI. D'altro canto, dopo avere contestato i rapporti medici prodotti dalla parte ricorrente CO 1 evidenzia ancora che: "... il dr. _____, con referto del 20.12.2013, pag. 6, punto 8, ha chiaramente indicato

che il ricorrente è abile al lavoro nella sua precedente professione nella "sola" misura del 50%, ma che è abile in misura totale in attività più leggere ed adatte al suo stato di salute. Il tutto con prognosi favorevole, a maggior ragione con la messa a punto di un programma terapeutico adeguato (che, fra l'altro, il ricorrente non dimostra di avere effettuato, venendo quindi meno all'obbligo di ridurre il danno). (...) la resistente ha concesso all'assicurato un termine di 4 mesi (conforme alla giurisprudenza) per dargli il tempo di reinserirsi nel mondo del lavoro in attività adeguata e dal 1 giugno 2015 ha chiuso il caso. (...)" (doc. V) CO 1 postula quindi la reiezione dell'impugnativa osservando anche: " (...) a) Che i giorni di incapacità al lavoro parziale sono considerati come dei giorni interi (CGA, punto 8.3); b)

Che la polizza è divenuta caduca a seguito recesso dell'assicurazione (mora nel pagamento dei premi da parte del datore di lavoro) in data 19 dicembre 2014; c) Che il rapporto finale SMR del 2 dicembre 2014 facente parte dell'incarto AI (e qui annesso quale doc. 1) conferma integralmente il rapporto del dr. _____; d) Che il progetto di decisione dell'Ufficio AI del 3.12.2014 (doc. 2) conferma che l'assicurato è abile al 50% nella sua attività dal 1 febbraio 2014 a tutt'oggi, ed abile al 100% in attività adeguata dal 1 febbraio 2014 a tutt'oggi; e) Che la successiva decisione dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero del 25 febbraio 2015 (doc. 3) ha confermato il progetto di decisione precedente; f)

Che il grado di invalidità, sulla base del raffronto dei redditi, è dell'8%. (...)" (doc. V)

1.5. RI 1 è stato invitato a volersi esprimere ed a volere eventualmente formulare domanda di acquisizioni probatorie (doc. VI del 24 giugno 2015) mentre il successivo 26 giugno 2015 l'assicuratore ha segnalato di avere: " (...) a) ... incaricato uno psichiatra di fiducia di valutare l'aspetto psichico dell'assicurato; b) Che, relativamente all'aspetto fisico dell'assicurato, in data odierna verrà contattato il dr. _____, per una presa di posizione; c) Una volta esperiti gli accertamenti medici di cui sopra, verrà emanata una decisione su opposizione suscettibile di ricorso (ritenuto che a mio avviso, a questo stadio, un ricorso per denegata giustizia era e resta del tutto improponibile)." (doc. VIII) Sul quale il sig. RI 1 è stato invitato ad eventualmente esprimersi (doc. X dell'8 luglio 2015). 1.6.

Nella sostanza RI 1 chiede che " la decisione di sospensione delle prestazioni di indennità giornaliera del 21 aprile 2015 (sia) annullata" e l'indennità versata per ulteriori 113 giorni. In realtà questo petitum appare manifestamente errato siccome la materia, come meglio si vedrà nelle considerazioni di diritto, è retta dalla LAMal che impone all'assicuratore, come evidenziano anche le condizioni d'assicurazione, di emanare una decisione formale, ed in caso di opposizione, una decisione su opposizione. Il ricorso è quindi stato recepito dal Tribunale cantonale delle assicurazioni quale ricorso per denegata giustizia. in ordine 2.1. La presente vertenza 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 nel merito 2.2. In concreto CO 1 assicura, in base a polizza assicurativa contro la perdita di guadagno retta dalla LAMal, i collaboratori della _____ di _____. Le prestazioni previste dalla polizza sono stabilite nell'80% del salario assicurato per una durata di 720 in un periodo di 900 giorni. Il termine d'attesa è fissato in 7 giorni. Il rischio coperto è quello della malattia L'assicurazione è retta dalle Condizioni particolari e dal regolamento del 2011. La polizza è stata sottoscritta a partire dal 1 gennaio 2013 in sostituzione della precedente che datava del 1 marzo 2005, anch'essa retta dalla LAMal, come d'altra parte rammenta l'art. 1.3. delle condizioni d'assicurazione. 2.3. RI 1 è stato assunto dall'impresa di _____ di _____ il 22 maggio 2012

per quanto si desume dalla documentazione presentata dall'assicuratore, ed il 12 dicembre 2012 ha notificato all'assicuratore la sua malattia. Non giova qui descrivere dettagliatamente le verifiche mediche eseguite dall'assicurato ed esatte dall'assicuratore, alla luce della natura del gravame. L'assicuratore ha versato prestazioni assicurative sino alla fine di maggio 2014. Il 18 settembre 2014 l'assicuratore ha deciso la "sospensione delle prestazioni di indennità giornaliera" con la seguente motivazione: " Dal 11 dicembre 2012 fino al 31 maggio 2014 è stata versata l'indennità giornaliera per malattia alla Ditta _____ cioè al Signor RI 1. Per poter valutare l'inabilità lavorativa dell'assicurato è stata fatta una visita fiduciaria presso lo studio del Signor Dr. Med. _____. Lo stesso ci comunica che l'inabilità lavorativa come gessatore dell'assicurato è giustificata solo al 50%. In riferimento al quadro clinico e quello radiologico risulta essere completamente abile al lavoro per un'attività leggera ed adatta al suo stato di salute. Secondo questa valutazione sopraindicata, abbiamo informato l'assicurato in data 07 febbraio 2014 di concederli un termine transitorio per un'inserimento professionale. A partire dal 01 febbraio 2014 fino al 28 febbraio 2014 poi dal 01 marzo 2014 al 31 maggio 2014 la CO 1 li avrebbe versato l'indennità giornaliera per un'incapacità lavorativa del 50 % chiudendo il caso per la fine di maggio 2014. Dopo due esami delle documentazioni spedite (il 28.03.2014 e il 25.08.2014), tutto l'incarto è stato sottoposto al nostro medico fiduciario, confermandoci le stesse conclusioni che sono state fatte per il 07 febbraio 2014. In questo caso le comunichiamo che resteremo con la nostra decisione del 07 febbraio 2014 sospendendo le prestazioni e chiudendo il caso per 01 giugno 2014." Alla decisione l'assicurato, allora rappresentato da _____, si è opposto con scritto 20 ottobre 2014, presentando ulteriore documentazione medica (in particolare il rapporto del dott. _____, chirurgo di _____). A fondamento della sua opposizione egli ha fatto valere quanto segue: " ... a nome dell'assicurato, avanziamo totale opposizione, siccome egli ritiene che la soppressione delle prestazioni con effetto al 1 giugno 2014, non è medicalmente giustificata. L'assicurato si è sottoposto ad una valutazione dal Dr. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, il quale dopo aver esaminato la documentazione medica e verificato lo stato clinico del paziente, ha concluso certificando un'inabilità lavorativa completa del 100% durante la fase del cambio d'occupazione. Trascorso questo periodo, lo specialista ritiene che l'assicurato sia da considerare inabile al 50% anche in attività confacenti. In allegato vi trasmettiamo la relazione medica, con preghiera di valutarne le conseguenze sulle prestazioni, rispettivamente con l'invito a riprendere il versamento dell'indennità giornaliera nella misura completa del 100%. Da parte nostra, ci riserviamo di tornare in argomento nei prossimi giorni, con dettagli più approfonditi, ma sin da ora appare piuttosto evidente che la cessazione delle prestazioni a giugno non si giustifica, siccome l'assicurato è da considerare inabile perché in questo momento accusa frequenti blocchi lombari ed oggettivamente non è nella condizione di poter esercitare una qualsivoglia attività professionale. Egli trascorre il suo tempo con molta sofferenza cercandosi di curare, ma allo stato attuale tutte le terapie adottate non hanno ancora condotto all'effetto sperato e al recupero della capacità lavorativa perlomeno in forma parziale." A seguito dell'opposizione e del rapporto del curante _____ CO 1 ha eseguito verifiche presso il suo medico fiduciario nel novembre 2014 in particolare, ha postulato la verifica degli atti della procedura AI incoata dallo stesso il 27 novembre 2014, mentre l'assicurato, per il tramite del precedente patrocinatore, ha sollecitato l'evasione della sua opposizione il 18 dicembre 2014. Ancora entro l'anno CO 1 ha avuto contatto con l'assicurato e con l'UAI preposto all'analisi della richiesta di prestazioni del signor RI 1 ed

il 2 febbraio 2015 l'assicuratore ha infine ottenuto l'accesso agli atti AI da cui emergono atti di natura medica ed economica ed il licenziamento dell'assicurato avvenuto il 30 novembre 2012, notificato il medesimo giorno, per cui le attitudini di RI 1 non sono state ritenute soddisfacenti. Dagli atti dell'AI emerge in particolare una "integrazione di parere medico-legale" del dott. _____ del 30 dicembre 2014, il patrocinio di una legale italiana, il progetto di un riconoscimento di rendita limitata (del 3 dicembre 2014). Sempre dagli atti prodotti dall'assicuratore emerge che il 5 febbraio 2015 CO 1 ha chiesto all'assicurato di volere trasmettere un rapporto medico completo, ciò che l'assicurato ha fatto per il tramite del dott. _____ il 18 febbraio 2015.

2.4. In data 25 febbraio 2015 l'UAI per gli assicurati domiciliati all'estero UAIE di Ginevra ha riconosciuto in favore di RI 1 una rendita limitata ad 1 mese riconoscendo quindi un miglioramento delle condizioni di salute, ed un'invalidità non pensionabile, da fine maggio 2014. Dal canto suo l'assicurato ha costantemente trasmesso all'assicuratore attestati del dott. _____, suo curante, attestanti il sussistere di una lombalgia cronica con deficit funzionali al 100%.

L'assicuratore ha interpellato il 19 marzo 2015 ulteriormente il dott. _____ che il 27 marzo 2015 ha trasmesso all'assicuratore una sua completa valutazione. Il 30 marzo 2015 l'assicurato ha invece trasmesso a CO 1 una certificazione della dott. _____ relativa ad una consulenza psicologica. Il 3 aprile 2015 RI 1 ha revocato il mandato a _____ affidandolo alla RA 1 di _____. Il nuovo rappresentante ha contattato l'assicuratore ed _____ ha trasmesso allo stesso, l'8 aprile 2015, gli atti della procedura. Sempre in data 8 aprile 2015 CO 1 ha interpellato il suo medico fiduciario dott. _____ in merito all'attestazione della dott. _____ ed in relazione all'ultima certificazione del dott. _____. Il 21 aprile 2015 l'assicuratore ha comunicato all'assicurato quanto segue: "Abbiamo ricevuto la certificazione clinica della Dott.ssa _____. Dopo un nuovo esame delle documentazioni disponibili, il nostro medico di fiducia conferma il risultato della perizia del Dott. _____ in accordo anche con l'AI a partire dal 01.06.2014 lei è abile in qualsiasi attività al 100%. Come tale la sospensione delle prestazioni rimane invariata per il 31.05.2014. Il 6 maggio successivo il patrocinatore di RI 1 ha postulato l'emanazione di una decisione formale (recte: una decisione su opposizione) ribadendo la richiesta il successivo 26 maggio 2015 producendo un rapporto dettagliato di natura psichiatrica del 15 maggio 2015 della dott. _____ cui CO 1 ha reagito segnalando la necessità di eseguire verifiche puntuali (lettera 29 maggio 2015). Prima ancora di potere eseguire ogni verifica sullo status psichico RA 1 ha inoltrato il gravame qui in discussione.

2.5. In diritto occorre ribadire come le richieste dell'assicurato, tendenti alla condanna al versamento delle pretese 113 indennità giornaliere, sia manifestamente non ammissibile siccome l'amministrazione non ha ancora emesso una decisione su opposizione. Questa circostanza non poteva e non doveva sfuggire all'RA 1 che rappresenta l'assicurato, il cui gravame non solo manifesta tale lacuna, ma è confuso ed a tratti incomprensibile.

2.6. A prescindere da ciò, come rilevato nelle considerazioni di fatto, questo Tribunale cantonale delle assicurazioni lo ha qualificato quale ricorso per denegata e ritardata giustizia apparendo questo il suo sostrato. Dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni possono infatti essere impugnate, in ambito di assicurazione contro le malattie, le decisioni rese dall'assicuratore su opposizione dell'assicurato a norma dell'art. 56 cpv. 1 LPGA (art. 1 LPrTCA). Il ricorso può essere formulato anche nel caso in cui, richiesto, l'assicuratore non emani la decisione o la decisione su opposizione che gli compete (art. 2 LPrTCA). Avverso una decisione formale dell'assicuratore malattia all'assicurato è dato il rimedio dell'opposizione (art. 52 cpv. 1 LPGA), che in concreto, per quanto desumibile dagli atti,

l'assicurato, debitamente rappresentato, correttamente esperito. La decisione impugnata costituisce infatti 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) Come tale il gravame risulta quindi irricevibile. 2.7. Volendo esaminare il ricorso in ottica di una pretesa denegata o ritardata giustizia occorre qui ricordare come 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 è 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). 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). Con sentenza del 20 settembre 1995 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. 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). 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. 2.8. In concreto, come appare dalla descrizione del susseguirsi degli eventi riportata nelle considerazioni che precedono, emerge che, certamente non in maniera fulminea ed immediata, ma l'assicuratore ha sempre dato seguito alle sollecitazioni che sono provenute dall'assicurato. Dopo l'emanazione della decisione formale ed avere ricevuto l'opposizione alla stessa, CO 1 ha proceduto, passo assolutamente necessario, a domandare l'accesso agli atti dell'UAI, richiesta che ha comportato qualche ritardo non certo imputabile all'assicuratore malattia. L'esame di quegli atti voluminosi, l'interpellazione del medico fiduciario, la valutazione delle ulteriori prese di posizioni ed esami medici dell'assicurato sono avvenuti in tempi sostanzialmente corretti, ammissibili ed ancora rispettosi del principio di celerità che deve contraddistinguere procedure quali quella in oggetto. L'assicuratore avrebbe forse potuto, invece di confermare il contenuto della sua decisione in maniera informale in due circostanze, emanare una vera e propria decisione su opposizione impugnabile, ciò che non è stato fatto verosimilmente per il progredire delle certificazioni (in particolare del dott. _____ e della dott. _____) che sono pervenute e che hanno reso il quadro medico incerto a tal punto che l'assicuratore ha incaricato uno psichiatra di valutare la situazione recentemente esposta dalla dott. _____. Non si può quindi ritenere un ritardo ingiustificato in concreto. 2.9. L'assicuratore è quindi invitato a volere ora procedere all'esame che gli incombe, alla luce della situazione medica e della capacità lavorativa dell'assicurato, alla luce del fatto che questi sembra essere stato licenziato antecedentemente alla sua malattia ed alla conseguente inabilità al lavoro, ciò che rende la

fattispecie maggiormente complessa in ottica giuridica (su questi aspetti: DTF 9C_24/2013 del 25 marzo 2013, in Rivista ticinese di diritto (RtiD) II-2013 371). CO 1 deve quindi ora, senza perdite di tempo, esaminare la fattispecie ed emanare una decisione su opposizione che l'assicurato possa semmai impugnare dinanzi all'autorità giudiziaria. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. In quanto ricevibile il ricorso è respinto . 2. Non si percepiscono tasse e spese e non si attribuiscono ripetibili in questa sede. 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 Il segretario Ivano Ranzanici Gianluca Menghetti

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