



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS GRAUBÜNDEN  
DRETGIRA ADMINISTRATIVA DAL CHANTUN GRISCHUN  
TRIBUNALE AMMINISTRATIVO DEL CANTONE DEI GRIGIONI

S 15 115

**3a Camera** in qualità di Tribunale delle assicurazioni

presidenza	Racioppi
giudici	Stecher, Moser
attuarial	Krättli-Keller

## SENTENZA

del 23 febbraio 2016

nella vertenza di diritto delle assicurazioni sociali

A. \_\_\_\_\_,

rappresentato dal MLaw Curzio Guscetti,

attore

contro

B. \_\_\_\_\_ SA,

convenuta

concernente assicurazioni complementari LCA

1. A.\_\_\_\_\_ lavorava in qualità di cameriere presso la C.\_\_\_\_\_ di O.1.\_\_\_\_\_, ristorante preso in gestione con suo padre. La ditta aveva dal 1. ottobre 2013 collettivamente assicurati i propri dipendenti per i casi di perdita di guadagno a seguito di malattia, tramite la Cassa di compensazione della D.\_\_\_\_\_, presso la B.\_\_\_\_\_ SA di O.2.\_\_\_\_\_ (assicuratore malattia). Il 31 luglio 2014, A.\_\_\_\_\_ disdava il contratto di lavoro con effetto dal 31 agosto 2014 e dal 13 agosto 2014 era inabile al lavoro a causa di malattia. Non essendo stato informato sulla rescissione del contratto di lavoro, l'assicuratore malattia forniva le legali indennità giornaliere senza alcun riguardo per la disdetta.
  
2. Il 17 settembre 2014, l'assicurato veniva convocato dall'assicuratore malattia per una visita medica il 23 settembre successivo, visita alla quale l'interessato non si sottoponeva per motivi di salute. Le prestazioni assicurative venivano allora immediatamente sospese e seguiva una nuova convocazione. In esito all'indagine psichiatrica condotta il 14 ottobre 2014, dalla quale lo stato di salute dell'assicurato non veniva reputato tale da giustificare un'inabilità lavorativa, l'assicuratore malattia confermava la sospensione delle prestazioni dal 23 settembre 2014, data alla quale l'assicurato avrebbe dovuto sottoporsi alla prima visita medica. Dal 24 al 27 ottobre e dal 31 ottobre al 30 novembre 2014 A.\_\_\_\_\_ era degente presso la Clinica X.\_\_\_\_\_ e per la durata di dette degenze l'assicuratore malattia ripristinava l'indennità giornaliera.
  
3. Agli inizi di dicembre 2014, l'assicuratore malattia veniva a conoscenza del fatto che dal 1. settembre 2014 A.\_\_\_\_\_ non fosse più alle dipendenze della C.\_\_\_\_\_. Con scritto 3 dicembre 2014 l'assicurato veniva allora informato che in assenza di una copertura contrattuale non avrebbe avuto alcun diritto alle indennità giornaliere versategli durante le due degenze ospedaliere. Parallelamente, all'assicurato veniva chiesta la restituzione

delle prestazioni percepite a torto per un ammontare complessivo di fr. 3'589.40. Importo che l'assicuratore malattia cercava in seguito di incassare tramite procedura esecutiva.

4. Con petizione del 18 settembre 2015, A.\_\_\_\_\_ chiedeva al Tribunale amministrativo di condannare la B.\_\_\_\_\_ SA al versamento delle indennità giornaliere per perdita di guadagno per il periodo dal 13 agosto 2014 al 31 marzo 2015. La richiesta veniva motivata dal fatto che l'attore sarebbe stato dichiarato completamente inabile al lavoro dal 13 agosto 2014. Poiché l'inabilità al lavoro dell'attore si sarebbe protratta al 100 % fino al 10 febbraio 2015, al 70 % fino al 9 marzo successivo ed al 50 % fino al 31 marzo 2015, per la durata di tale inabilità l'assicuratore convenuto sarebbe tenuto al versamento delle relative indennità giornaliere. Vista la sua precaria situazione finanziaria, che rimane tutt'ora senza entrate, l'istante chiede di essere posto al beneficio del gratuito patrocinio.
5. Nella risposta di causa del 12 ottobre 2015, l'assicuratore malattia postulava la reiezione dell'azione. L'attore avrebbe terminato il proprio rapporto di lavoro il 31 agosto 2014 omettendo di fare il passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale e di informare la convenuta della situazione. Pertanto dal 31 agosto 2014 non sarebbe sussistita alcuna copertura assicurativa. In ogni caso poi, una ulteriore inabilità dopo il 23 settembre 2014 non troverebbe alcuna giustificazione materiale, come confermato dalle conclusioni dell'indagine medica condotta il 14 ottobre 2014.
6. Replicando e duplicando la parti si riconfermavano essenzialmente nelle loro precedenti allegazioni e proposte. Mentre per l'istante la cessazione del rapporto di lavoro sarebbe ininfluenza ai fini del giudizio visto il persistere ininterrotto di un'inabilità lavorativa fino al marzo 2015, l'assicuratore convenuto reputava dal canto suo determinante la fine della copertura as-

sicurativa subentrata il 31 agosto 2014 e comunque l'assenza di una patologia dal settembre 2014 che avrebbe giustificato l'inabilità fatta valere.

**Considerando in diritto:**

1. La controversia verte sulla questione di sapere se l'assicuratore malattia sia tenuto al versamento delle indennità giornaliere pretese dall'attore dopo il 23 settembre 2014 a mano di certificazioni attestanti un'inabilità lavorativa fino al marzo 2015.
  
2. Determinante ai fini del giudizio è il contratto di assicurazione malattia collettiva indennità giornaliera stipulato dalla D.\_\_\_\_\_ con l'assicuratore malattia per conto dell'allora datore di lavoro dell'attore in data 1. ottobre 2013. Giusta detta polizza assicurativa le basi contrattuali erano composte tra l'altro anche dalle condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione indennità giornaliera collettiva secondo LCA (CGA). Come non viene neppure contestato e giusta quanto risulta dall'art. 1 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 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. 90 CGA lo stipulante o l'assicurato possono scegliere come foro competente il foro ordinario o quello del proprio domicilio in Svizzera. In base a quanto preteso nell'azione la parte attrice, che dispone solo di un permesso di soggiorno in Svizzera, ha la propria residenza nei Grigioni per cui la petizione del 18 settembre 2015 è stata introdotta presso il competente tribunale.

3. a) Concretamente si pone la questione di sapere se la convenuta era tenuta all'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione collettiva dopo la cessazione del rapporto d'impiego. Con scritto 31 luglio 2014 l'attore disdava il rapporto di lavoro per il 31 agosto 2014. La disdetta veniva controfirmata lo stesso giorno dal datore di lavoro per cui essa era tempestiva. Il fatto che durante il mese di agosto 2014 sia subentrata una inabilità lavorativa non ha alcuna ripercussione sul termine di disdetta, essendo stata la rescissione decisa dal lavoratore e non dal datore di lavoro. Ne consegue che il rapporto d'impiego cessava a tutti gli effetti il 31 agosto 2014.

- b) Nell'ambito dell'assicurazione collettiva, il singolo dipendente esce dalla cerchia delle persone assicurate con la cessazione del rapporto di lavoro. A questo punto si pone la questione di un'eventuale "ulteriore copertura assicurativa" o di un' "ulteriore corresponsione di prestazioni". Questi due concetti vanno chiaramente differenziati, anche se nella prassi non viene sempre operata la necessaria distinzione (vedi sul tema CHRISTOPH HÄBERLI/DAVID HUSMANN, Krankentaggeld, Versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, marginale 314). Dalla cessazione del rapporto d'impiego non esiste più una copertura assicurativa per tutte le nuove malattie che insorgono dopo la fine di detta relazione di lavoro. Per mantenere la copertura assicurativa è necessario che la persona interessata stipuli un'assicurazione individuale o passi ad un'altra assicurazione collettiva. Eccezionalmente può per legge persistere una copertura assicurativa anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro se l'assicurato in determinati casi non è stato sufficientemente informato sulla possibilità di passare dall'assicurazione collettiva a quella individuale. L'obbligo di "continuare a fornire prestazioni" riguarda invece la necessità per l'assicuratore malattia di versare ulteriormente prestazioni per un'inabilità verificatasi durante la copertura assicurativa e il suo protrarsi oltre il termine di cessazione dell'impiego, ovvero dopo che la persona assicurata è uscita dalla cerchia degli assicurati (CHRISTOPH HÄBERLI/DAVID HUSMANN, op. cit., marginale 315 ss).
4. a) Sotto l'egida della LAMal, non vi è alcun obbligo di ulteriore erogazione di prestazioni d'indennità giornaliera e quindi con la fine del rapporto di lavoro non cessa solo la copertura assicurativa, ma anche l'erogazione di prestazioni, giacché nell'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa il diritto all'erogazione di prestazioni per malattie intervenute prima della cessazione dell'assoggettamento all'assicurazione malattie termina, salvo disposizione contrattuale contraria, con la fine del contratto d'assicurazione

(DTF 125 V 177 cons. 3c e decisione del Tribunale federale K 52/02 del 29 ottobre 2002 cons. 3.4 e per una critica a questa prassi CHRISTOPH HÄBERLI/DAVID HUSMANN, op. cit., marginale 320 e ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 42). Giusta la prassi del Tribunale federale (DTF 127 III 106 cons. 3b), nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera privata giusta la LCA invece, gli assicuratori malattia sono in principio tenuti all'ulteriore erogazione di prestazioni per quanto le CGA non prevedano altrimenti (esclusione o limitazione del numero di indennità giornaliere).

- b) Nell'evenienza in oggetto, l'art. 25 CGA prevede che "Con l'estinzione della copertura assicurativa cessa il nostro obbligo di corrispondere prestazioni." Tale disposizione contrattuale esonera pertanto l'assicuratore malattia dall'ulteriore obbligo di corrispondere indennità giornaliera oltre il 31 agosto 2014 anche per casi di malattia insorti prima della cessazione della copertura assicurativa.
5. a) Resta allora da stabilire se l'attore aveva un diritto alla continuazione della copertura assicurativa nell'assicurazione individuale. Ad eccezione dell'art. 100 cpv. 2 LCA che riguarda gli stipulanti e gli assicurati disoccupati, la LCA non contiene disposizioni sul passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale. Solitamente tale possibilità è però prevista contrattualmente, come è il caso nella concreta fattispecie. Giusta l'art. 43 prima frase CGA, in caso di uscita dalla cerchia degli assicurati o di risoluzione del contratto, l'assicurato residente in Svizzera ha diritto di passare all'assicurazione individuale. In applicazione a tale disposto, l'assicurato avrebbe pertanto potuto passare dall'assicurazione collettiva a quella individuale e quindi mantenere la propria copertura assicurativa.

- b) Per l'attore, la cessazione della copertura assicurativa sarebbe imputabile all'assicuratore malattia che non lo avrebbe tempestivamente informato. La tesi non è corretta. In applicazione all'art. 44 CGA, lo stipulante è tenuto ad informare tempestivamente l'assicurato che lascia l'azienda in merito al diritto di passaggio all'assicurazione individuale e al relativo termine. Questi disposti riprendono essenzialmente il contenuto dell'art. 3 cpv. 3 LCA il quale prevede che in caso di contratti collettivi che conferiscono un diritto diretto alle prestazioni a persone diverse dallo stipulante, questi è tenuto ad informare tali persone sul contenuto essenziale, sulle modifiche e sullo scioglimento del contratto. L'assicuratore dal canto suo mette a disposizione dello stipulante la documentazione necessaria a tal fine.
  
- c) Contrariamente a quanto vige nell'ambito dell'assicurazione malattie obbligatoria in virtù dell'art. 71 cpv. 2 LAMal, l'assicuratore LCA non ha alcun obbligo di rendere attento il dipendente sulla possibilità di passare dall'assicurazione collettiva a quella individuale. Il Tribunale federale respinge decisamente un tale obbligo d'informazione argomentando che l'assicuratore LCA che opera per l'indennità giornaliera secondo il volume dei salari non conosce le generalità degli assicurati collettivamente e non ha contatto diretto con gli stessi (sentenza del Tribunale federale 5C.41/2001 del 3 luglio 2001 cons. 2I).
  
- d) Nell'evenienza concreta, a prescindere quindi dal fatto che l'assicuratore malattia non era neppure a conoscenza della cessazione del rapporto di impiego per il 31 agosto 2014, allo stesso non spettava neppure alcun obbligo di informare l'attore sulla possibilità di passare dall'assicurazione collettiva a quella individuale. Ne consegue che le pretese avanzate dall'attore nei confronti dell'assicuratore malattia non meritano accoglienza neppure sotto questo aspetto, per cui non si rende neppure necessario

statuire sull'esistenza o meno di una effettiva inabilità lavorativa dopo il 23 settembre 2014.

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 lett. 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.
  
- 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). Grazie al complemento fornito in data 25 gennaio 2016 lo stato di indigenza è stato debitamente comprovato. L'attore non ha attualmente entrate, non dispone di sostanza, bensì ha già contratto dei debiti ed è attualmente sostenuto finanziariamente da alcuni parenti. Per il resto, la difficoltà della causa e l'esito non scontato della stessa giustificano il ricorso ad un patrocinatore legale. Ne consegue che la richiesta di assistenza giudiziaria viene accolta e l'attore ha il diritto di avvalersi della collaborazione di un avvocato 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 ag-

giunto. L'onorario per i praticanti ammonta al 75 % della tariffa degli avvocati (art. 6 OOA). Malgrado la sollecitazione del 10 novembre 2015, il legale non ha introdotta fino ad oggi alcuna nota d'onorario. Come da prassi in questi casi, il Tribunale amministrativo determina le spese di patrocinio in base ad un'indennità globale forfettaria. Considerato il doppio scambio di scritti e gli scambi riguardanti la richiesta di assistenza giudiziaria gratuita si giustifica nell'evenienza il riconoscimento di una indennità di fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili.

7. a) Nell'azione, l'istante non ha quantifica la propria pretesa. La quantificazione del valore litigioso è solitamente determinante per l'indicazione del rimedio giuridico a disposizione della parte soccombente, variando le vie di ricorso giusta la legge sul Tribunale federale (LTF; RS 173.110) a seconda della questione di sapere se il valore litigioso è superiore o inferiore a fr. 30'000.--. Non essendo stato dall'attore stabilito alcun valore litigioso, in questi casi spetterebbe al giudice la determinazione dello stesso (art. 91 cpv. 2 CPC). In base alla documentazione agli atti, l'attore aveva diritto ad una indennità giornaliera di fr. 113.95 che gli è stata corrisposta fino al 23 settembre 2014. Nell'azione egli reclama la corresponsione di tale indennità al 100 % fino al 10 febbraio 2015, ovvero per 141 giorni (fr. 16'066.95), al 70 % fino al 9 marzo successivo, ovvero per 28 giorni (fr. 2'233.40) e al 50 % fino al 31 marzo 2015, ovvero per 22 giorni (fr. 1253.45). Poiché il valore litigioso non supera il limite di fr. 30'000.-- il ricorso in materia civile non dovrebbe essere possibile (art. 74 cpv. b LTF).
- b) Con l'introduzione con effetto a partire dal 1. gennaio 2011 dell'art. 74 cpv. 2 lett. b LTF, il ricorso in materia civile è comunque ammesso qualora una legge federale prevede un'istanza cantonale unica. Nell'ambito delle competenze lasciate ai cantoni dall'art. 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 (CHRISTOPH HÄBERLI/DAVID HUSMANN, op. cit., marginale 890).

### **Il Tribunale decide:**

1. L'azione è respinta.
2. La procedura è gratuita.
3. a) A A.\_\_\_\_\_ è concessa l'assistenza giudiziaria gratuita (art. 117 CPC) e gli è assegnato un avvocato d'ufficio nella persona del MLaw Curzio Gussetti. Il rappresentate legale verrà indennizzato con fr. 2'000.-- (IVA inclusa) che andranno a carico dello Stato.  
  
b) A.\_\_\_\_\_ dovrà rimborsare le spese di patrocinio legale pari a fr. 2'000.--, qualora le sue condizioni di reddito e di sostanza dovessero migliorare ed esso sarà in grado di farlo (art. 123 CPC).
4. [Vie di diritto]
5. [Comunicazioni]