

## **TI\_GERICHTE 30.2013.50 vom 26. Oktober 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-10-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_30.2013.50\\_d20061026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_30.2013.50_d20061026)

FR: TI\_GERICHTE 30.2013.50 du 26 octobre 2006

IT: TI\_GERICHTE 30.2013.50 del 26 ottobre 2006

### **Regeste**

Restituzione di AGI. Soggiorno in casa privata o in istituto? Nozione di istituto. La struttura figura nella lista delle case anziani autorizzate dal Cantone, quindi ha ottenuto l'autorizzazione ad esercitare ex LSan. Rientra dunque nella nozione di istituto. D a 1/2 AGI. Domanda di condono è prematura

### **Erwägungen**

#### **E. 42**

cons. 2b). 2.4. Per l'art. 53 cpv. 1 LPGA, le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. Per il cpv. 2, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. Dalla riconsiderazione (o riesame) va dunque distinta la revisione processuale delle decisioni amministrative. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che, in ambito di restituzione delle prestazioni, i principi applicabili al diritto precedentemente in vigore sono ancora attuali (STFA K 147/03 del 12 marzo 2004 = DTF 130 V 318). Per analogia con la revisione processuale delle decisioni emanate dalle autorità giudiziarie, l'amministrazione è tenuta a procedere alla revisione di una decisione formalmente cresciuta in giudicato quando sono scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (DTF 129 V 110, DTF 126 V 42 consid. 2b con rinvii; STFA C 191/02 del 15 luglio 2003; STFA I 339/01 del 29 novembre 2002). La nozione di fatti o mezzi di prova nuovi si apprezza allo stesso modo in caso di revisione (processuale) di una decisione amministrativa (art. 53 cpv. 1 LPGA), di revisione di un giudizio cantonale (art. 61 lett. i LPGA) o di revisione di una sentenza fondata sull'art. 137 lett. b OG (Plädoyer 2007/1 pag. 62 [sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 642/04 del 6 dicembre 2005]). Sono nuovi ai sensi di queste disposizioni solo i fatti già esistenti all'epoca della procedura precedente, ma che non erano stati allegati poiché non ancora noti nonostante tutta la diligenza del caso; i fatti verificatisi dopo la fine del processo, e comunque dopo il momento in cui, secondo le regole di procedura applicabili, potevano ancora essere adottati, non vanno invece considerati e non possono quindi fondare una domanda di revisione (DTF 121 IV 317 consid. 2 pag. 321; 118 II 199 consid. 5 pag. 204; 110 V 138 consid. 2 pag. 141; 108 V 170 consid. 1 pag. 171; Elisabeth Escher, Revision und Erläuterung, in: Thomas Geiser/Peter Münch [a cura di], Prozessieren vor Bundesgericht, 2a ed., Basilea e Francoforte 1998, n. 8.21; René A. Rhinow/Beat Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basilea e Francoforte 1990, n. 43 B I c, pag. 132). I fatti nuovi devono inoltre essere rilevanti, vale a

dire devono essere di natura tale da modificare la fattispecie alla base della sentenza contestata e da condurre a un giudizio diverso in funzione di un apprezzamento giuridico corretto. Per quanto concerne i nuovi mezzi di prova, gli stessi devono servire a comprovare i fatti nuovi che giustificano la revisione oppure fatti già noti e allegati nel procedimento precedente, che tuttavia non avevano potuto venir provati, a discapito del richiedente (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358). Se i nuovi mezzi sono destinati a provare dei fatti sostenuti in precedenza, il richiedente deve pure dimostrare di non essere stato in grado di invocarli in tale procedimento. Una prova deve essere considerata concludente quando bisogna ammettere che essa avrebbe condotto il giudice a statuire in modo diverso se egli ne avesse avuto conoscenza nella procedura principale. È decisiva la circostanza che il mezzo di prova non serva solamente all'apprezzamento dei fatti, ma alla determinazione degli stessi. Non basta pertanto che in una nuova perizia siano apprezzati in modo diverso i fatti; occorrono invece elementi di fatto nuovi, dai quali risulti che il fondamento della pronuncia impugnata presentava difetti oggettivi. Per giustificare la revisione di una sentenza non basta che, dalla fattispecie conosciuta al momento dell'emanazione della pronuncia principale, il perito tragga, ulteriormente, conclusioni diverse da quelle del tribunale. Neppure costituisce motivo di revisione il semplice fatto che il tribunale potrebbe aver mal interpretato fatti conosciuti all'epoca del procedimento principale. L'apprezzamento inesatto deve, al contrario, essere la conseguenza dell'ignoranza o della carenza di prove riguardanti fatti essenziali per la sentenza (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358, 110 V 138 consid. 2 pag. 141, 291 consid. 2a pag. 293, 108 V 170 consid. 1 pag. 171; cfr. pure DTF 118 II 199 consid. 5 pag. 205). L'amministrazione può riconsiderare una decisione passata formalmente in giudicato e sulla quale un'autorità giudiziaria non si è pronunciata nel merito, a condizione che sia senza dubbio errata e la sua rettifica rivesta un'importanza notevole. Questi principi sono pure applicabili nel caso in cui delle prestazioni siano state accordate senza essere state oggetto di una decisione formale se il loro versamento ha comunque validamente esplicato effetti giuridici (DTF 129 V 110, DTF 126 V 23 consid. 4b, DTF 126 V 46 consid. 2b, DTF 126 V 400 consid. 2b/a; STFA C 24/02 dell'11 febbraio 2004). Una decisione è stata ad esempio considerata senza dubbio errata a seguito di calcolo illegale di una rendita, in conseguenza ad una valutazione errata dell'invalidità per l'applicazione errata di principi fondamentali (DTF 119 V 483 consid. 3; DTF 110 V 179). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale ( STF 9C\_862/2010 del 18 gennaio 2012; STF 9C\_1061/2010 del 7 luglio 2011 consid. 6.1), la riconsiderazione non è tuttavia ammissibile se la decisione è stata oggetto di controllo giudiziale nel merito (DTF 127 V 466 consid. 2c). Per determinare se è possibile riconsiderare una decisione in quanto manifestamente erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento della sua pronuncia, prendendo in considerazione la prassi allora in vigore (DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti), tenuto conto del fatto che un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente i presupposti del diritto a prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare non vi è inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, non è possibile procedere ad un riesame (STF

8C\_ 883/2008 del 31 marzo 2009 consid. 4.1.2; STF 9C\_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1 con riferimenti). 2.5 . Con decisione formale del 6 marzo 2013 (doc. 69) la Cassa di compensazione ha ricalcolato il diritto all'AGI a cui aveva diritto l'assicurato e ha chiesto la restituzione di Fr. 43'188.-, pari alla differenza fra gli AGI dell'AVS incassati dal 1° dicembre 2008 al 31 ottobre 2012 (Fr. 1'768.- [dicembre 2008] + Fr. 43'776.- [Fr. 1'824.- x 24 mesi {2009 e 2010}] + Fr. 40'832.- [Fr. 1'856.- x 22 mesi {2011 e 01-10.2012}]) e gli assegni per grandi invalidi di diritto nel medesimo lasso di tempo (Fr. 884.- + Fr. 21'888.- [Fr. 884.- x 24 mesi] + Fr. 20'416.- [Fr. 928.- x 22 mesi]). L'amministrazione ha infatti saputo dall'UAI che RI 1 dal 17 novembre 2008 soggiorna presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ struttura che, considerata come un istituto, imporrebbe il versamento della metà dell'importo dell'assegno grandi invalidi rispetto a chi risiede al proprio domicilio (art. 42ter cpv. 2 LAI). Con il ricorso in esame l'assicurato contesta che la \_\_\_\_\_ ove soggiorna sia da ritenere un istituto ai sensi dell'art. 42ter cpv. 2 LAI. Si tratterebbe, invece, di una casa privata non inserita nell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal e non posta al beneficio di contributi cantonali, spettando al malato fare fronte alla copertura dei costi della sua degenza. 2.6. Va innanzitutto rammentato che la Cassa di compensazione, avendo rilevato un caso di indebita percezione di prestazioni da parte dell'assicurato, era tenuta ad emanare una decisione di restituzione. Nella verifica dei presupposti dell'art. 53 LPGA, va qui osservato che non è possibile procedere con una riconsiderazione delle passate decisioni formali di concessione dell'assegno per grandi invalidi, che sono (diventate) errate dal 1° dicembre 2008 al 31 ottobre 2012. La decisione del 1° aprile 2008 (doc. 80) con cui dal 1° giugno 2008 l'AGI dell'AVS ammontava a Fr. 1'768.- al mese, corrispondente alla cifra spettante ai beneficiari AGI di grado elevato che soggiornano a domicilio, è in effetti diventata errata dal 1° dicembre 2008 in poi, perché era contraria alla legislazione in materia che imponeva di dimezzare l'importo dell'assegno per grandi invalidi se l'assicurato soggiornava in un istituto (dal 1° gennaio 2012 tale diritto si riduce ad un quarto, art. 42ter cpv. 2 LAI). Con il trasferimento dell'assicurato in casa anziani a decorrere dal 17 novembre 2008, l'importo di diritto all'assegno per grandi invalidi avrebbe dovuto essere dimezzato. La Cassa CO 1 ha invece indebitamente continuato a versare all'assicurato degli assegni interi che, per contro, dovevano essergli riconosciuti in ragione di Fr. 884.- nel 2008, di Fr. 912.- negli anni 2009 e 2010 e di Fr. 928.- negli anni 2011 e 2012, abitando ora egli in un istituto e non soggiornando più a domicilio. Tuttavia, il TCA osserva che l'assegnazione dell'AGI intero o dimezzato dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo ad alcuni aspetti. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale non è possibile procedere ad un riesame, poiché fa difetto la manifesta erroneità della decisione. In concreto, l'inesattezza della decisione del 1° aprile 2008 non è manifesta, visto che per sapere se il ricorrente aveva diritto ad un assegno intero oppure dimezzato è necessario dapprima esaminare la natura dell'istituto in cui egli è stato ricoverato, e meglio se la \_\_\_\_\_ debba essere considerata come un istituto ai sensi dell'art. 42ter cpv. 2 LAI, aspetto, questo, non liquido né palese. Non si può di conseguenza ritenere che la decisione della Cassa fosse manifestamente errata alla luce del soggiorno dell'assicurato in casa anziani. Occorre verificare se siano adempiuti gli elementi per la revisione delle precedenti decisioni formali di concessione dell'assegno per grandi invalidi dell'AVS in caso di grande invalidità di grado elevato a domicilio. Il ricovero dell'assicurato in casa anziani, di carattere definitivo, costituisce un fatto nuovo rilevante di cui la Cassa non era a conoscenza sino ad ottobre

2012. In presenza di un fatto nuovo rilevante sono dati gli estremi per procedere con una revisione, che occorre esaminare nel merito. Nell'ipotesi in cui la \_\_\_\_\_ debba essere considerata un istituto a norma dell'art. 42ter cpv. 2 LAI e dell'art. 66bis cpv. 3 OAVS, l'importo intero dell'AGI da dicembre 2008 ad ottobre 2012 sarebbe stato erroneamente versato.

2.7. L'art. 43bis cpv. 1 LAVS prevede che hanno diritto all'assegno per grandi invalidi i beneficiari di rendite di vecchiaia o di prestazioni complementari con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGa) in Svizzera, che presentano un'invalidità (art. 9 LPGa) di grado elevato, medio o lieve. La rendita di vecchiaia anticipata è parificata al godimento di una rendita di vecchiaia. Il diritto all'assegno per una grande invalidità di grado lieve decade in caso di soggiorno in istituto (art. 43bis cpv. 1bis LAVS introdotto il 1° gennaio 2011). Per l'art. 43bis cpv. 2 LAVS, anch'esso modificato dal 1° gennaio 2011 come i cpv. 1, 1bis e 3 con il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, il diritto all'assegno per grandi invalidi sorge il primo giorno del mese in cui tutte le condizioni sono soddisfatte, ma al più presto dal momento in cui l'assicurato fu grande invalido di grado elevato, medio o lieve per un anno intero, senza interruzione. Esso si estingue alla fine del mese nel quale le condizioni di cui al capoverso 1 non sono più adempiute. Giusta l'art. 43bis cpv. 3 LAVS, l'assegno per grandi invalidi di grado elevato ammonta all'80%, quello per grandi invalidi di grado medio al 50% e quello per grandi invalidi di grado lieve al 20% dell'importo minimo della rendita di vecchiaia previsto all'articolo 34 capoverso 5. Secondo l'art. 43bis cpv. 4 LAVS, la persona grande invalida che, fino al momento in cui ha raggiunto l'età di pensionamento, ha beneficiato di un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità o ha fatto valere il diritto di riscuotere la rendita anticipata, riceve un'indennità per lo meno uguale a quella ricevuta fino ad allora. A norma del capoverso 5 dell'art. 43bis LAVS, le disposizioni della LAI sono applicabili per analogia alla valutazione della grande invalidità. Spetta agli uffici per l'assicurazione invalidità di determinare, per le casse di compensazione, il grado della grande invalidità. Il Consiglio federale può promulgare prescrizioni complementari. L'art. 43bis cpv. 5 LAVS rinvia dunque all'art. 42ter LAI, secondo cui il grado personale di grande invalidità è determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi. L'assegno per grandi invalidi è versato individualmente e deve agevolare la libertà di scelta negli ambiti principali della vita. L'assegno mensile in caso di grande invalidità di grado elevato ammonta all'80 per cento, in caso di grande invalidità di grado medio al 50 per cento e in caso di grande invalidità di grado lieve al 20 per cento dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS (art. 42ter cpv. 1 LAI). Per l'art. 42ter cpv. 2 LAI, l'assegno per gli assicurati grandi invalidi che soggiornano in un istituto ammonta alla metà (dal 1° gennaio 2012: un quarto) degli importi di cui al capoverso 1. In concreto, fino al compimento dei 65 anni l'assicurato percepiva un assegno per grandi invalidi di grado elevato dall'assicurazione invalidità, ammontante a Fr. 1'768.- al mese (doc. 102: Fr. 1'720.- nel 2006 e nel 2007). Dal 1° giugno 2008 v'è stato il passaggio all'AGI dell'AVS e l'importo di diritto è rimasto identico in virtù art. 43bis cpv. 4 LAVS (doc. 80). Dal 1° gennaio 2009 (doc. 69) l'AGI è aumentato a Fr. 1'824.- e dal 1° gennaio 2011 a Fr. 1'856.- al mese. Il 17 novembre 2008 (doc. A1) il ricorrente si è trasferito alla \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Come indicato, se tale struttura va ritenuta un istituto ai sensi dell'art. 66bis cpv. 3 OAVS, in virtù dell'art. 42ter cpv. 2 LAI il diritto all'AGI muterebbe. Soggiornando in un istituto, l'assegno per grandi invalidi infatti ammonta alla metà degli importi previsti all'art. 42ter cpv. 1 LAI, norma che riprende le stesse percentuali di grado di cui all'art. 43bis cpv. 3 LAVS, applicabile ai beneficiari di rendite di vecchiaia come il ricorrente. La questione, dunque, nella fattispecie

verte attorno alla definizione di istituto di cui al citato art. 42ter cpv. 2 LAI. 2.8. Il 1° gennaio 2011 sono entrate in vigore le modifiche apportate dalla Legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, che il Consiglio federale ha presentato nel suo Messaggio del 16 febbraio 2005 (FF 2005 1839). Questo messaggio perseguiva obiettivi di riforma (alleviare la difficile situazione sociale di determinati gruppi di persone bisognose di cure e, quindi, evitare che l'assicurazione malattie, che nel sistema esistente copriva un numero crescente di prestazioni di cure dovute all'età, fosse ulteriormente penalizzata dal profilo finanziario) e proponeva un modello di finanziamento delle prestazioni di cura in sintonia con le diverse assicurazioni sociali. Il modello proposto si fonda sulle nozioni di cure mediche e di cure di base sancite dall'allora legge sull'assicurazione malattie. Per quanto concerne gli assegni per grandi invalidi, il capitolo 1.1.3.2.3 (FF 2005 1851) prevede che a una persona che "a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita" (art. 9 LPGa) viene concessa una prestazione pecuniaria denominata «assegno per grandi invalidi», che viene versata – tranne che nell'assicurazione militare – in forma standard, vale a dire prescindendo dall'ammontare dei costi nel singolo caso. Mentre la nozione e lo scopo dell'assegno per grandi invalidi sono in linea di principio uniformi in tutte le assicurazioni sociali, nelle singole assicurazioni sociali vi sono differenze e particolarità soprattutto per quanto concerne la cerchia dei beneficiari, le condizioni di diritto e la definizione concreta delle prestazioni. Con la 4a revisione dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2004, sono stati introdotti alcuni miglioramenti materiali nel settore della cura e dell'assistenza delle persone invalide. Per esempio, gli importi degli assegni per grandi invalidi per le persone bisognose d'assistenza che non vivono in un istituto sono stati raddoppiati rispetto al passato (art. 42ter cpv. 1 LAI) e, per gli assicurati che soggiornano in un istituto, l'assegno per grandi invalidi ammonta alla metà degli importi per le persone che non vivono in istituto (art. 42ter cpv. 2 LAI). Nell'AVS, la 4a revisione dell'AI non ha comportato cambiamenti, ad eccezione delle persone che prima dei 65 anni hanno già beneficiato di un assegno più elevato per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità (cosiddetti casi di garanzia dei diritti acquisiti secondo l'art. 43bis cpv. 4 LAVS). La nuova Legge federale del 13 giugno 2008 concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure in vigore dal 1° gennaio 2011 ha quindi portato all'introduzione, in pari data, dell'art. 43bis cpv. 1bis LAVS, secondo cui il diritto all'assegno per una grande invalidità di grado lieve decade in caso di soggiorno in istituto. Conseguentemente è stato inserito l'art. 66bis cpv. 3 OAVS, che dispone che è considerata istituto ai sensi dell'articolo 43bis capoverso 1bis LAVS qualsiasi struttura riconosciuta tale da un Cantone o che dispone di un'autorizzazione d'esercizio cantonale. 2.9. Con sentenza 9C\_177/2012 del 3 luglio 2013, il Tribunale federale ha considerato conforme alla legge l'art. 66bis cpv. 3 OAVS, a cui rinvia il predetto art. 43bis cpv. 1bis LAVS. L'Alta Corte si è pronunciata sulla richiesta di un assegno per grandi invalidi di grado lieve di un'assicurata nata nel 1927, ricoverata in casa anziani, visto che la Cassa di compensazione ed il Tribunale cantonale hanno respinto la sua domanda. La questione verteva a sapere se la casa anziani in cui viveva l'assicurata doveva essere qualificata come istituto. L'autorità di prima istanza è giunta alla conclusione che il soggiorno in tale struttura dovesse essere considerato come in un istituto ai sensi dell'art. 43bis cpv. 1bis OAVS, mentre la ricorrente era di parere opposto. Per il TF, per determinare se una struttura vada considerata un istituto a norma del chiaro tenore dell'art. 66bis cpv. 3 OAVS, è necessario accertare se la struttura è riconosciuta come tale (ossia quale istituto) da un Cantone o se essa dispone di un'autorizzazione d'esercizio cantonale.

Questa definizione, chiara ed inequivocabile a livello di ordinanza, è anche in armonia con le prescrizioni del Messaggio del Consiglio federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 16 febbraio 2005 (FF 2005 1839). Spetta dunque al Cantone, che riconosce una struttura quale istituto o alla quale concede un'autorizzazione d'esercizio, definire quali strutture debbano essere considerate come istituti. Stante il chiaro tenore dell'art. 66bis cpv. 3 OAVS, la cui conformità alla legge è indiscussa, questo compito non spetta quindi né alle Casse né ai Tribunali. Essi devono piuttosto seguire le indicazioni del Cantone e la relativa classificazione delle strutture (cfr. consid. 3). 2.10. Va ancora evidenziato che l'art. 66bis cpv. 3 OAVS, in vigore dal 1° gennaio 2011, è identico alla definizione di istituto introdotta già il 1° gennaio 2008 in ambito di prestazioni complementari all'art. 25a cpv. 1 OPC-AVS/AI (" È considerata istituto qualsiasi struttura riconosciuta tale da un Cantone o che dispone di un'autorizzazione d'esercizio cantonale. ") con la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (FF 2005 5545). In merito a queste norme il Tribunale federale si è pronunciato in due occasioni definendo la nozione di istituto in ambito di prestazioni complementari. Nella sentenza 9C\_20/2013 del 26 giugno 2013, pubblicata in DTF 139 V 358, la nostra Massima istanza ha stabilito che la condizione di soggiorno in istituto ai sensi della LPC è soddisfatta se la struttura è considerata un istituto dal Cantone o dispone di un'autorizzazione d'esercizio cantonale. La giurisprudenza sviluppata sotto il vecchio diritto LPC (DTF 118 V 142, ripresa in DTF 122 V 12 consid. 4) è quindi stata ritenuta superata prevedendo che il soggiorno in un ricovero valeva anche il soggiorno in un analogo istituto non riconosciuto dalla legislazione cantonale in tema di accoglimento e assistenza (ad esempio famiglia di accoglimento, "grande famiglia" di pedagogia terapeutica o comunità di invalidi), nella misura in cui rispondeva ad un'esigenza e l'istituto garantiva di soddisfarla in modo adeguato, dal profilo, in particolare, dell'organizzazione, delle infrastrutture e del personale. Nel caso trattato nel 2013 dal Tribunale federale una bambina, nata nel 2004, beneficiaria di prestazioni complementari, viveva inizialmente, poi nel 2006 è stata trasferita presso genitori affidatari e per questo motivo la Cassa di compensazione l'ha considerata come persona che non abita in un istituto. Il Tribunale delle assicurazioni del Canton San Gallo ha invece ritenuto che una famiglia affidataria in possesso di un'autorizzazione cantonale doveva essere considerata secondo il diritto federale come una struttura simile ad un istituto. Basandosi sul Messaggio del Consiglio federale (FF 2005 5545) il TF ha ritenuto che la nozione di istituto doveva essere definita in modo univoco, siccome ciò era importante nel caso di cambiamento di Cantone da parte dell'assicurato. Rilevante era anche, per il coordinamento con l'assicurazione invalidità, che il concetto di istituto fosse il medesimo in entrambi i campi di attività (cfr. consid. 4.3). L'Alta Corte ha ancora ritenuto che la delega prevista dall'art. 9 cpv. 5 lett. h LPC lasciava al Consiglio federale un ampio margine di manovra non contenendo indicazioni sulle condizioni per le quali i Cantoni debbono riconoscere gli istituti o rilasciare un'autorizzazione d'esercizio (cfr. consid. 4.4), una lista cantonale è ritenuta sufficiente. L'art. 9 cpv. 5 lett. h LPC permette al Consiglio federale di delegare ai Cantoni la competenza di definire gli istituti, (cfr. consid. 4.5). Nella sentenza 9C\_51/2013 del 26 giugno 2013, pubblicata in SVR 2013 EL Nr. 7, il TF si è chinato sul caso di un assicurato che, dopo avere per anni trascorso le vacanze ed i fine settimana presso una famiglia, dall'agosto 2011 vi si era trasferito in modo duraturo. La Cassa di compensazione del Canton San Gallo ha quindi calcolato un terzo della tassa giornaliera come parte del canone d'affitto. La Commissione Tutoria Regionale ha formulato opposizione, poiché a causa delle sue particolari esigenze di cure l'assicurato

era alloggiato, similmente ad un istituto, presso una famiglia specializzata. La famiglia presso cui l'assicurato viveva non era riconosciuta dal Cantone come istituto e nemmeno disponeva di un'autorizzazione cantonale d'esercizio (cfr. consid. 4.1). Per la Cassa ricorrente con l'entrata in vigore dell'art. 25a OPC-AVS/AI non vi era più la possibilità per le Casse ed i Tribunali di interpretare la nozione di istituto. In tal senso pure il nuovo art. 66bis cpv. 3 OAVS, ciò che il TF ha confermato. In virtù del diritto cantonale esistente a quel momento, per il diritto alle prestazioni complementari, l'assicurato non andava considerato come persona vivente in un istituto. La famiglia presso cui viveva non era riconosciuta dal Cantone come istituto nel senso della LPC ed essa nemmeno disponeva di un'autorizzazione cantonale d'esercizio.

2.11. Nel Cantone Ticino la Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989 definisce i principi generali applicabili al settore sanitario e stabilisce le disposizioni di polizia sanitaria (art. 1 cpv. 1 LSan). Secondo l'art. 79 cpv. 1 lett. a LSan, sono strutture sanitarie secondo questa legge gli immobili, i locali, i vani o gli ambienti, anche mobili ove sono distribuite o attuate, a pazienti degenti o ambulanti prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche in vista della promozione, della protezione, del mantenimento o del ristabilimento della salute. L'art. 80 LSan pone il principio dell'assoggettamento ad autorizzazione per l'esercizio case di cura ed altre strutture assimilabili. L'art. 81 LSan ne fissa i criteri necessari. La Legge sul promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) del 30 novembre 2010 ha lo scopo di promuovere, coordinare e disciplinare le attività degli enti che operano a favore delle persone anziane (art. 1 cpv. 1 LANz). L'art. 4 LANz dispone che sono considerate strutture sociosanitarie quelle che accolgono di regola persone anziane, parzialmente o completamente non autosufficienti, che manifestano un bisogno di cura, assistenza o sostegno in un ambiente protetto. L'art. 6 LANz stabilisce i criteri cumulativi per il riconoscimento di queste strutture il cui finanziamento avviene attraverso la concessione di un contributo globale (art. 9 cpv. 1 LANz). Giusta l'art. 11 cpv. 1 LANz, ogni struttura sociosanitaria riconosciuta è tenuta a prelevare contributi commisurati alle condizioni di reddito e di sostanza così come al bisogno di cure della persona anziana. A norma dell'art. 11 cpv. 4 LANz, i contributi sono calcolati secondo quanto stabilito dal Consiglio di Stato. Ogni struttura sociosanitaria riconosciuta percepisce inoltre le prestazioni delle assicurazioni sociali per grandi invalidi, proporzionalmente ai giorni di presenza della persona anziana presso la struttura stessa (art. 11 cpv. 5 LANz). Per l'art. 16 LANz, ogni struttura sociosanitaria è tenuta a prelevare contributi commisurati al bisogno di cure della persona anziana, tenuto conto dell'importo massimo fissato all'art. 25a cpv. 5 della LAMal. Ogni struttura sociosanitaria percepisce i contributi delle casse malati stabiliti secondo quanto previsto dall'art. 25a cpv. 4 della LAMal (art. 17 LANz).

2.12. Nell'evenienza concreta, dal 2008 il ricorrente è degente in modo definitivo presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Con risoluzione n. \_\_\_\_\_ del 5 febbraio 2002 il Consiglio di Stato ha deciso che " La \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, è autorizzata all'esercizio quale istituto di cura con un massimo di \_\_\_\_\_ letti, per il trattamento di una casistica simile a quella delle case di cura e di riposo per anziani. ". Come è chiaramente indicato nella risoluzione del Consiglio di Stato, questa autorizzazione si limita agli aspetti di polizia sanitaria previsti dalla LSan, mentre non conferisce il diritto ad esercitare ai sensi della LAMal. Infatti, l'effettivo e le qualifiche degli operatori sanitari come pure l'organizzazione interna dell'istituto soddisfano i requisiti prescritti dalla Legge Sanitaria, come l'idoneità delle strutture dal profilo igienico-sanitario. Questa autorizzazione può essere limitata o revocata,

qualora le condizioni di esercizio non risultassero adempiute. Basandosi sulla Legge Sanitaria, il Consiglio di Stato, per mezzo del Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione della salute pubblica, Ufficio sanità, ha allestito un albo delle strutture e dei servizi sanitari autorizzati ad esercitare ed in particolare ha stilato una lista delle Case anziani autorizzate nel Cantone Ticino (<http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/US/PDF/StruttureServizi/CPA.pdf>), aggiornata al 14 ottobre 2013, in cui sono elencate, suddivise per distretti, le strutture ed il relativo numero di letti autorizzati. La \_\_\_\_\_ figura in questo elenco con la dicitura "\_\_\_\_\_". La Pensione Sole ha dunque ottenuto l'autorizzazione ad esercitare in virtù dei summenzionati artt. 79, 80 e 81 LSan. Da ciò discende che tale struttura rientra nella definizione di istituto dell'art. 66bis cpv. 3 OAVS a cui rinvia l'art. 43bis cpv. 1bis LAVS, trattandosi di una struttura che dispone di una autorizzazione d'esercizio cantonale. Di conseguenza, in virtù dell'art. 42ter cpv. 2 LAI a cui rinvia l'art. 43bis cpv. 4 OAVS, va ritenuto che, soggiornando in un istituto, l'assegno grandi invalidi di grado elevato versato all'assicurato doveva essergli riconosciuto in ragione di metà rispetto al diritto accordatogli in precedenza. La richiesta di restituzione della somma corrisposta indebitamente deve quindi essere tutelata. Essendo data, in concreto, una delle due condizioni alternative della definizione di istituto dell'art. 66bis cpv. 3 OAVS, ossia l'autorizzazione quale istituto, non occorre verificare se la \_\_\_\_\_ sia, pure, una struttura riconosciuta dal Cantone come istituto. Stante quanto precede, trattandosi quindi di un soggiorno in un istituto giusta l'art. 66bis cpv. 3 OAVS, in connessione con l'art. 42ter cpv. 2 LAI, a cui rinvia l'art. 43bis cpv. 4 e cpv. 5 LAVS, l'assegno per grandi invalidi dell'assicurato ammonta alla metà degli importi percepiti in virtù dell'art. 42ter cpv. 1 LAI. È quindi a buon diritto che la Cassa di compensazione resistente ha chiesto in restituzione all'assicurato la metà delle prestazioni versate dal 1° dicembre 2008 al 31 ottobre 2012. Il ricorso contro la decisione su opposizione del 29 ottobre 2013 con cui la Cassa CO 1 ha confermato la decisione di restituzione del 6 marzo 2013 dell'ammontare di Fr. 43'188.- indebitamente percepito dall'assicurato nel predetto periodo, deve di conseguenza essere respinto. 2.13. Occorre ora verificare se siano dati i presupposti del condono della restituzione della somma di Fr. 43'188.-, che la Cassa ha negato con decisione su opposizione del 29 ottobre 2013. Infatti, contestualmente alla decisione sulla restituzione, la Cassa si è pronunciata anche sulla domanda di condono. Ai sensi dell'art. 25 cpv. 1 LPGA, le prestazioni indebitamente riscosse non devono essere restituite se l'interessato era in buona fede e verrebbe a trovarsi in gravi difficoltà. Per quanto concerne le decisioni di restituzione, l'art. 3 cpv. 1 OPGA prevede che l'ammontare della restituzione è stabilito mediante decisione. A norma dell'art. 3 cpv. 2 OPGA, nella decisione di restituzione l'assicuratore indica la possibilità di chiedere il condono. L'assicuratore decide di rinunciare alla restituzione se sono manifestamente date le condizioni per il condono (art. 3 cpv. 3 OPGA). Giusta l'art. 4 cpv. 1 OPGA, se il beneficiario era in buona fede e si trova in gravi difficoltà, l'assicuratore rinuncia completamente o in parte alla restituzione delle prestazioni indebitamente concesse. Determinante per il riconoscimento di una grave difficoltà è il momento in cui la decisione di restituzione passa in giudicato (art. 4 cpv. 2 OPGA). Il condono è concesso su domanda scritta. La domanda, motivata e corredata dei necessari giustificativi, deve essere inoltrata entro 30 giorni dal momento in cui la decisione (di restituzione) è passata in giudicato (art. 4 cpv. 4 OPGA). Secondo l'art. 4 cpv. 5 OPGA, sul condono è pronunciata una decisione. Per l'art. 5 cpv. 1 OPGA, la grave difficoltà dell'art. 25 cpv. 1 LPGA è data quando le spese riconosciute in virtù della LPC e le spese supplementari dell'art. 5 cpv. 4 OPGA superano i

redditi determinanti secondo la LPC. L'art. 5 cpv. 2 OPGA specifica quali fattori debbano essere computati per il calcolo delle spese riconosciute: il fabbisogno vitale, la pigione di un appartamento, le spese personali e l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dà le indicazioni sulla determinazione dell'importo massimo ascrivibile ad ognuna di queste voci. Il cpv. 3 dell'art. 5 OPGA definisce i criteri di computo della sostanza. L'art. 5 cpv. 4 OPGA quantifica le spese supplementari da computare in virtù del capoverso 1, indicando Fr. 8 ' 000.- per le persone sole, Fr. 12 ' 000.- per i coniugi e Fr. 4 ' 000.- per gli orfani ed i figli che danno diritto ad una rendita per figli dell' AVS e dell' AI. Nella fattispecie, la Cassa di compensazione ha informato l'assicurato, contestualmente alla decisione di restituzione (doc. 69), della possibilità di chiedere il condono della somma da restituire (art. 3 cpv. 2 OPGA). Il 18 marzo seguente (doc. 68) l'interessato, per il tramite della moglie, ha contestato di dovere restituire l'importo stabilito dalla Cassa sia chiesto che esso gli sia condonato, " permettendomi di andare avanti guardando al mio domani con meno angoscia. ". La domanda di condono, formulata per iscritto e motivata, è stata corredata dei necessari giustificativi in un secondo tempo. Tuttavia, contrariamente a quanto disposto dall'art. 4 cpv. 4 OPGA, essa è stata inoltrata subito dopo l'emanazione della decisione di restituzione della Cassa, mentre doveva essere inoltrata entro 30 giorni dal momento in cui la decisione di restituzione è passata in giudicato. In altre parole, la domanda di condono del ricorrente, ma soprattutto la decisione (su opposizione) della Cassa CO 1, sono premature. Infatti, soltanto quando il presente giudizio, con cui questo Tribunale si è determinato sull'ordine di restituzione della Cassa di compensazione (30.2013.50), sarà cresciuto in giudicato, allora la stessa amministrazione potrà pronunciarsi sull'istanza di condono. Da quanto precede discende che il ricorso (30.2013.51) va accolto. La decisione resa su questo aspetto annullata e gli atti rinviati alla Cassa di compensazione affinché, una volta cresciuto in giudicato il dispositivo sulla decisione di restituzione, si pronunci nuovamente sulla domanda di condono dell'assicurato del 18 marzo 2013.

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