

TI_GERICHTE 33.2025.1 vom 17. März 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-03-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2025.1

FR: TI_GERICHTE 33.2025.1 du 17 mars 2025

IT: TI_GERICHTE 33.2025.1 del 17 marzo 2025

Erwägungen

E. 1

prima frase LPGGA stabilisce che le prestazioni indebitamente riscosse devono essere restituite. Il capoverso 2 dell'art. 25 LPGGA prevede che il diritto di esigere la restituzione si estingue dopo un anno (dal 1° gennaio 2021: tre anni) a decorrere dal momento in cui l'istituto d'assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione. I principi applicabili alla restituzione secondo la LPGGA sono dedotti dalla legislazione e dalla giurisprudenza anteriore, che conserva pertanto la sua validità (DTF 130 V 318). Per giurisprudenza costante, nell'ambito delle assicurazioni sociali, la restituzione delle prestazioni presuppone, di regola, che siano adempiute le condizioni di una riconsiderazione o di una revisione processuale della decisione con la quale le prestazioni litigiose sono state versate (DTF 126 V 42 consid. 2b; DTF 126 V 42 consid. 2b; STF 9C_429/2012 del 19 settembre 2012; STF 9C_795/2009 del 21 giugno 2010 pubblicata in SVR 2010 EL Nr. 12; STF U 408/06 del 25 giugno 2007; STFA K 147/03 del 12 marzo 2004). Ciò non è il caso – e la restituzione non presuppone un motivo e quindi una decisione di riconsiderazione – quando l'assicurato ha beneficiato di una prestazione alla quale, da un profilo oggettivo, non aveva diritto (STF 9C_233/2007 del 28 giugno 2007, consid. 2.3.2; STCA 32.2011.285 del 14 giugno 2012). Analogamente alla revisione delle sentenze delle autorità giudiziarie, l'amministrazione deve procedere alla revisione processuale di una decisione cresciuta in giudicato quando sono scoperti nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (art. 53 cpv. 1 LPGGA; 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 LPGGA), di revisione di un giudizio cantonale (art. 61 lett. i LPGGA) o di revisione di una sentenza fondata sull'art. 137 lett. b OG (Plädoyer 2007/1 pag. 62; STFA I 642/04 del 6 dicembre 2005). Inoltre, 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 (art. 53 cpv. 2 LPGGA). Una decisione è stata considerata senza dubbio errata a seguito del rifiuto della concessione di una rendita stante una errata valutazione dell'invalidità per un errore d'applicazione di principi fondamentali (DTF 119 V 483 consid. 3; DTF 110 V 179). Secondo la giurisprudenza (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 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1; STF 8C_883/2008 del 31 marzo 2009, consid. 4.1.2). 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).

2.3. In virtù dell'art. 2 cpv. 1 LPC, la Confederazione e i Cantoni accordano alle persone che adempiono le condizioni di cui agli articoli 4-6 prestazioni complementari per coprire il fabbisogno esistenziale. Giusta l'art. 4 cpv. 1 lett. a LPC, le persone domiciliate e dimoranti abitualmente in Svizzera hanno diritto alle prestazioni complementari se ricevono una rendita di vecchiaia dell'assicurazione vecchiaia e superstiti. Secondo l'art. 9 cpv. 1 LPC, l'importo della prestazione complementare annua è pari alla quota delle spese riconosciute che eccede i redditi computabili, ma almeno al più elevato degli importi previsti dalle lettere a e b. Per le persone che vivono durevolmente o per oltre tre mesi in un istituto o in un ospedale (persone che vivono in un istituto o in un ospedale), l'art. 10 cpv. 2 LPC prevede che le spese riconosciute sono: a. la tassa giornaliera per i giorni di permanenza fatturati dall'istituto o dall'ospedale; i Cantoni possono limitare le spese prese in considerazione a causa del soggiorno in un istituto o in un ospedale; provvedono affinché di norma il soggiorno in un istituto riconosciuto non causi una dipendenza dall'aiuto sociale; b. un importo per le spese personali, stabilito dal Cantone. A norma dell'art. 1 RLaLPC (Regolamento della legge di applicazione della legge federale concernente le prestazioni complementari all'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità), il Consiglio di Stato stabilisce mediante decreto esecutivo: a. la tassa giornaliera presa in considerazione a causa di un soggiorno in un istituto o in un ospedale; b. l'importo per le spese personali riconosciute agli assicurati che soggiornano in istituto o in ospedale (spillatico). Il Decreto esecutivo concernente la legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità del 16 ottobre 2019, in vigore dal 1° gennaio 2020, così come i Decreti emanati negli anni seguenti, prevedono all'art. 1 che la retta giornaliera massima computabile per il calcolo della prestazione complementare degli assicurati che sono ospiti in istituto di cura per anziani è di 84 franchi. Giusta l'art. 10 cpv. 3 lett. a LPC, per tutte le persone sono inoltre riconosciute le spese per il conseguimento del reddito, fino a concorrenza del reddito lordo dell'attività lucrativa. L'art. 11 LPC elenca i redditi computabili, fra cui vi sono le rendite, le pensioni e le altre prestazioni periodiche, comprese le rendite dell'AVS e dell'AI. A quest'ultimo proposito, le Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS e all'AI (DPC), valide dal 1° aprile 2011, stato al 1° gennaio 2024, prevedono al N. 3456.01 che le prestazioni periodiche, tranne quelle menzionate al capitolo 3.4.1.2, vanno computate interamente quale reddito, con riserva delle disposizioni seguenti. Per il N. 3457.01 DPC, le indennità giornaliere dell'AMal, dell'AINF, dell'AI, dell'AD o di un'assicurazione assoggettata alla

LCA versate direttamente al beneficiario di PC vanno computate interamente come reddito. Giusta il N. 3457.02 DPC, se comprovati, i premi correnti versati a un'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA e direttamente connessi alle prestazioni percepite vanno dedotti quali spese per il conseguimento del reddito.

2.4. Per quanto concerne il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità, l'art. 14 cpv. 1 LPC dispone che i Cantoni rimborsano ai beneficiari di una prestazione complementare annua le spese comprovate dell'anno civile in corso, fra cui le spese di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio e in strutture diurne (lett. b). L'art. 19 cpv. 1 RLaLPC prevede che le spese per il personale di cura assunto direttamente sono rimborsate ai beneficiari di un assegno per grandi invalidi di grado medio o elevato che vivono a domicilio fino a concorrenza delle spese di cura e di assistenza che non possono essere prese a carico da un'organizzazione Spitex riconosciuta ai sensi dell'articolo 51 OAMal. Infine, secondo l'art. 14 cpv. 6 LPC, le persone che in seguito a un'eccedenza dei redditi non hanno diritto a una prestazione complementare annua hanno diritto al rimborso delle spese di malattia e d'invalidità che superano l'eccedenza dei redditi.

2.5. Nell'evenienza concreta, è pacifico che la ricorrente è degente in casa anziani dal 24 agosto 2020 in modo definitivo (doc. 55). È inoltre indubbio che le sue condizioni di salute erano tali che già dal 2014 l'assicurata ha dovuto fare capo all'aiuto di una persona esterna per la cura e l'assistenza, assumendosi i costi dapprima di una e poi di tre badanti contemporaneamente. La Cassa cantonale di compensazione le ha riconosciuto, la prima volta il 23 aprile 2014 (doc. 12), un importo sussidiabile di Fr. 20'105.- annui, ossia Fr. 1'675,40 al mese dal 1° marzo 2014, fermo restando che tale somma poteva esserle corrisposta solo parzialmente stante un'eccedenza dei redditi di Fr. 2'378.- annui. Poi, a richiesta dell'assicurata le cui condizioni di salute erano peggiorate necessitando di un aiuto più intenso da parte delle badanti, il 22 aprile 2015 (doc. 17) la Cassa cantonale di compensazione ha aumentato tale diritto dal 1° ottobre 2014, avendo accertato che il costo per il personale domestico era di circa Fr. 2'700.- al mese. A questo importo ha dedotto l'assegno per grandi invalidi di Fr. 588.- e ha dunque ritenuto sussidiabile un importo mensile di Fr. 2'112.-. L'amministrazione ha quindi concesso all'assicurata una prestazione complementare di Fr. 2'112.- al mese, indicando in calce ai fogli di calcolo, dopo la determinazione dell'eccedenza di entrate, che i " costi di cure a domicilio " erano pari a Fr. 25'344.-, perciò le spese di malattia ricorrenti al mese erano di Fr. 2'112.-. Fino al mese di settembre 2022, la Cassa ha continuato a versare mensilmente all'assicurata questo importo, non essendo al corrente che il 24 agosto 2020 era entrata in casa anziani e che la degenza presso _____ a _____ era definitiva. Secondo il citato art. 19 RLaLPC, la Cassa di compensazione rimborsa al beneficiario di un assegno per grandi invalidi di grado medio o elevato che vive a domicilio le spese per il personale di cura assunto direttamente. Con l'entrata del beneficiario in un istituto o in un ospedale, viene a decadere, per definizione, la necessità di " aiuto, cura e assistenza a domicilio ". Ciò significa che, dal 1° settembre 2020, il riconoscimento delle spese per la/e badante/i come spesa di malattia e di invalidità sotto forma di " costi di cure a domicilio " ai sensi dell'art. 14 cpv. 1 lett. b LPC e dell'art. 19 RLaLPC, non era più giustificato e ciò indipendentemente dal fatto che l'assicurata continuava ad assumersi queste spese facendo ancora capo a questi aiuti esterni anche se viveva definitivamente in una struttura medicalizzata. Si deve pertanto concludere che il versamento di Fr. 2'112.- al mese non era da allora più dovuto e, di conseguenza, risultando indebitamente percepite dal 1° settembre 2020 al 30 settembre 2022, dette prestazioni complementari devono essere restituite.

2.6. Per quanto concerne il diritto dell'assicurata alle prestazioni riconosciute dalla copertura complementare _____, dalla decisione

del 22 settembre 2022 (doc. 67) emerge che a partire dal 1° settembre 2020 l'amministrazione ha computato alla beneficiaria di PC le indennità giornaliere di sua spettanza sulla base di quanto indicato dallo scritto del 17 maggio 2022 (doc. 52-4/12) dell'assicuratore malattia. Sebbene l'assicurata non abbia in realtà incassato queste prestazioni, la Cassa ha considerato che andavano comunque computate nei redditi della beneficiaria di PC a titolo di rinuncia di reddito. Su tale scorta, la decisione di ricalcolo del diritto alle prestazioni complementari e di restituzione ha quindi ritenuto fra i redditi per il periodo dal 1° settembre al 30 novembre 2020 (doc. 64) le indennità giornaliere di diritto per i primi 180 giorni secondo detta copertura complementare, riportate sull'anno, per un importo di Fr. 36'500.-. Dal 1° dicembre 2020 (doc. 61) al 28 febbraio 2021 (doc. 62) la Cassa ha computato ancora le prestazioni intere della copertura complementare (Fr. 36'500.-), mentre dal 1° marzo 2021 in ragione di metà (Fr. 18'250.-). Dal 1° marzo 2022 (doc. 63) l'amministrazione non ha più inserito le indennità giornaliere LCA, essendo tale diritto esaurito dopo 540 giorni. Inoltre, per tutti questi periodi, nelle spese riconosciute essa ha conteggiato il costo annuo della copertura complementare LCA. L'agire della Cassa non può essere seguito e condiviso in concreto, alla luce del fatto che _____, nonostante abbia ritenuto prescritte le prestazioni assicurative derivanti dalla copertura _____ per quanto attiene i periodi descritti in precedenza, ha comunque pagato le prestazioni massime previste contrattualmente. In sostanza, in base alla documentazione prodotta agli atti (doc. 52 – 4/12), e comunque come rilevabile dalle CC della polizza ottenibili nel sito internet dell'assicuratore () emerge che la prestazione massima che l'assicuratore riconosce per questa polizza assomma a CHF 36'000.-. In effetti sono versati CHF 100 giornalieri per i primi 180 giorni di degenza, quindi – dal 181 giorno compreso sino al 540 giorno – sono versati CHF 50 giornalieri. L'importo totale massimo che la polizza riconosce in caso di degenza prolungata è di Fr. 18'000 + Fr. 18'000 ossia, complessivamente, Fr. 36'000. Detto importo è stato in effetti versato, e la Cassa cantonale di compensazione AVS AI IPG lo deve computare con riferimento ai periodi specifici dei versamenti deducibili dal doc. 93. Certo, la ricorrente avrebbe potuto chiedere, sin dal 20 agosto 2020, il versamento delle indennità di sua spettanza riconosciute dalla copertura LCA _____ ma, non vi ha provveduto con l'entrata in casa anziani, lo ha fatto solo successivamente. Quando si è attivata, era troppo tardi pretenderle dal 1° settembre 2020, motivo per cui nei conteggi delle prestazioni il suo assicuratore malattia ha indicato, per ogni fattura mensile ricevuta ed emessa dalla casa anziani, che " I costi non possono essere presi a carico dall'assicurazione complementare perché le prestazioni sono cadute in prescrizione conformemente all'art. 46 LCA. " (doc. 93-55/70). Questa dicitura è stata adottata dal 24 agosto 2020 (doc. 93-55/70) al 31 dicembre 2021 (doc. 93-61/70), tanto che gli stessi importi fatturati da _____ sono stati riportati nella colonna " Importo non assicurato " e quindi sono stati posti a carico dell'assicurata medesima. In altre parole, _____ ha rifiutato di riconoscere all'assicurata Fr. 100.- al giorno per i primi 180 giorni di degenza in istituto e poi Fr. 50.- al giorno dal 181esimo al 540esimo giorno. Dal 1° gennaio 2022 (doc. 93-61/70) al 31 agosto 2022 (doc. 93-62/70) l'assicuratore malattia ha riconosciuto integralmente le fatture mensili della casa anziani come " Prestazioni _____ LCA ", iscrivendo lo stesso importo fatturato nella colonna " A suo favore ". Dal 1° settembre 2022 (doc. 93-62/70) al 28 febbraio 2023, invece, l'importo a favore dell'assicurata era pari alla metà del costo della fattura, perciò nella colonna " Importo non assicurato " figurava l'altra metà della retta per vitto, alloggio e cura. Infine, dal mese di marzo al mese di luglio 2023 compreso l'assicuratore malattia ha riconosciuto a favore dell'interessata un importo superiore alla

metà della fattura (doc. 93-64/70). Complessivamente, dall'inizio del suo soggiorno in istituto al 12 novembre 2024 (doc. 93-69/70) l'assicuratore malattia ha versato alla ricorrente la somma di Fr. 36'000.- per prestazioni derivanti dalla citata copertura complementare, importo corrispondente al diritto massimo determinato come descritto in entrata a questo considerando. 2.7. Da quanto precede discende che materialmente la ricorrente non ha rinunciato a fare valere il suo diritto alle indennità giornaliere secondo la copertura LCA, ma ne ha praticamente posticipato la richiesta e la percezione. Di conseguenza, i calcoli eseguiti dalla Cassa non sono corretti e vanno rifatti eliminando dai redditi dell'insorgente le indennità giornaliere conteggiate dal 1° settembre 2020 al 31 dicembre 2021, mentre vanno considerate dal 1° gennaio 2022 in poi, tenendo presente che l'importo massimo stabilito dalla polizza è di Fr. 36'000.-, e non a Fr. 36'500.-. Parimenti, dalle spese riconosciute deve essere eliminata la voce relativa al costo del premio annuo della copertura LCA dal 1° settembre 2020 al 31 dicembre 2021, mentre va inserita dal 1° gennaio 2022 fino alla scadenza dei 540 giorni di diritto alle indennità previste dalla copertura _____. 2.8. Visto quanto precede il ricorso va parzialmente accolto, la decisione impugnata va annullata e gli atti rinviati alla Cassa cantonale di compensazione per ricalcolare il diritto dell'insorgente alle prestazioni complementari dal 1° settembre 2020 al 30 settembre 2022 essendo comunque confermata la restituzione delle prestazioni complementari di Fr. 2'112.- ricevuti dalla ricorrente a titolo di spese di malattia per costi di cure a domicilio non avendone più diritto con l'entrata in casa anziani. Parzialmente vincente in causa e patrocinata da un legale, alla ricorrente vanno riconosciute delle ridotte indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca). La procedura non è soggetta a spese, poiché la LPC non le prevede (art. 61 lett. f bis LPGA). Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021; Ares Bernasconi, Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107; Messaggio N. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

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