

TI_GERICHTE 35.2014.40 vom 10. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.40

FR: TI_GERICHTE 35.2014.40 du 10 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2014.40 del 10 giugno 2015

Regeste

Negata esistenza di una notifica falsa d'infortunio. Negato che assicurato beneficiava, nel suo Stato di residenza, di un'ass. oblig. che garantiva una copertura appropriata degli infortuni non professionali: illegale annullamento ab initio della cop. assicurativa

Erwägungen

E. 13

). Secondo la dottrina, la norma in questione ha un senso nella misura in cui la falsa notifica concerne una fattispecie che implica un obbligo a prestazioni dell'assicuratore. Mediante la falsa descrizione, l'assicurato vuole ottenere più di quanto gli spetta. In questo caso, l'assicuratore può negare integralmente le prestazioni. In altri termini, la sanzione è legittima allorquando l'assicurato vuole ottenere una prestazione (supplementare) che, in caso di notifica corretta, non percepirebbe. Per contro, la sanzione non può essere comminata se, mediante la falsa notifica, l'assicurato non persegue tale scopo, ossia non intende ottenere un vantaggio materiale. Quella prevista dal cpv. 2 dell'art. 46 LAINF è una norma potestativa (Kann-Vorschrift): l'assicuratore non è costretto a decurtare, rispettivamente a negare le proprie prestazioni, ma può farlo. Al riguardo, esso deve prendere in considerazione tutte le circostanze del caso di specie. Quando infligge una sanzione, esso deve rispettare il principio della proporzionalità. Ciò significa che, anche in caso di falsa notifica intenzionale, l'assicuratore può astenersi dal negare le prestazioni e, ad esempio, procedere a una loro semplice riduzione (cfr. A. Maurer, Schw.

Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 239ss.). 2.4. Nella concreta evenienza, dalle tavole processuali emerge che nell'annuncio d'infortunio LAINF del 12 ottobre 2012, inviato mediante notifica elettronica dal datore di lavoro, è stato indicato che, il 28 settembre 2012, scendendo le scale di casa, RI 1 era scivolato, che aveva riportato una contusione alla spalla sinistra e che il primo medico intervenuto è stato il dott. _____ di _____. Alla domanda se "l'infortunato ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, CO 1, (...), cassa disoccupazione", non è stata data risposta (cfr. doc. 1). In data 9 novembre 2012, il ricorrente ha compilato il questionario che gli era stato trasmesso nel frattempo dall'assicuratore resistente, fornendo tutte le informazioni richieste (cfr. doc. 11). Il 22 novembre 2012, l'CO 1 ha informato l'insorgente che, per l'infortunio non professionale del 28 settembre 2012, egli era stato posto al beneficio delle prestazioni assicurative, e meglio di un'indennità giornaliera di fr. 227.95 a far tempo dal 1° ottobre 2012, mentre che le spese di cure prestate in Svizzera sarebbero state direttamente pagate ai relativi fornitori. L'assicurato è peraltro stato invitato a comunicare se percepiva "... prestazioni in contanti (rendita, indennità giornaliera) da altre assicurazioni sociali." (doc. 14). Dalla nota telefonica di cui al doc. 27 si evince che, il 31 gennaio 2013, avrebbe dovuto aver luogo un incontro tra un ispettore CO 1 e RI 1, annullato su richiesta di quest'ultimo.

Era quindi stata concordata una nuova data (il 5 febbraio 2013), ma anche quell'incontro é andato deserto, in ragione di un preteso imprevisto accaduto all'insorgente (cfr. doc. 33). Con scritto del 5 febbraio 2013, l'Istituto assicuratore ha sospeso le proprie prestazioni, a causa della mancata comparizione dell'insorgente ai succitati incontri, nell'attesa di conoscere gli esiti della visita fiduciaria di controllo dell'11 febbraio 2013 (cfr. doc. 31). RI 1 si é regolarmente presentato alle visite mediche _____ dell'11 febbraio 2013 (cfr. doc. 36), del 12 aprile 2013 (cfr. doc. 55) e del 20 luglio 2013 (cfr. doc. 81). Inoltre, il 28 agosto 2013, egli é stato sottoposto ad un intervento artroscopico alla spalla sinistra (doc. 89). In data 4 ottobre 2013, un funzionario dell'CO 1 ha finalmente sentito il ricorrente, dopo che quest'ultimo non aveva potuto presenziare all'incontro programmato per il giorno precedente (cfr. doc. 96). In occasione della sua audizione, l'insorgente ha segnatamente dichiarato che "subito dopo il licenziamento, non avendo trovato un nuovo impiego, mi ero iscritto alla cassa disoccupazione italiana. Dal mese di aprile del 2012 avevo iniziato a percepire prestazioni da parte della cassa disoccupazione italiana. Le prestazioni della cassa disoccupazione sono durate fino alla fine del mese di marzo del 2013. Le stesse le ho percepite anche dopo l'infortunio del 28.9.12. Per i primi tre mesi avevo percepito circa euro 1'900.-- al mese, successivamente per gli altri nove mesi percepivo circa euro 1'000.-- al mese. Richiederò nei prossimi giorni i conteggi esatti della disoccupazione e poi li trasmetterò alla CO 1. Durante il periodo di disoccupazione in Italia non ho svolto nessun genere di attività." (doc. 98, p. 1s.). 2.5. Secondo l'amministrazione, l'applicazione dell'art. 46 cpv. 2 LAINF sarebbe giustificata dalla circostanza che RI 1 avrebbe tollerato che nell'annuncio d'infortunio era stata omessa l'indicazione secondo cui egli si trovava a beneficio d'indennità di disoccupazione in Italia. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA non ritiene che dagli atti emergano sufficienti elementi per concludere che il ricorrente abbia intenzionalmente tentato d'ingannare l'Istituto convenuto per percepire delle prestazioni di cui egli non avrebbe altrimenti avuto diritto. In questo senso, occorre innanzitutto tener conto che l'annuncio del 12 ottobre 2012, dove non era stata fornita risposta alla domanda se l'infortunato era già al beneficio di prestazioni da altre assicurazioni sociali (doc. 1), é stato compilato dalla _____ di _____ (presso la quale la ditta _____ ha il proprio recapito - cfr., in proposito, il doc. 3), e non dall'insorgente stesso. Tale circostanza é stata confermata dall'assicurato in sede di udienza (doc. X, p. 1s.: "Il presidente del TCA mostra all'assicurato il formulario "Notifica d'infortunio" (doc. 1) e gli chiede chi l'ha compilato. L'assicurato risponde che é stato compilato e spedito da un'impiegata della fiduciaria _____, responsabile dell'amministrazione della ditta. L'amministratore della _____ era infatti il sig. _____. L'assicurato precisa di avere interpellato al telefono questa signora, comunicandole quanto successo. La segretaria gli ha risposto che avrebbe dovuto notificare l'infortunio." - il corsivo é del redattore). Il ricorrente ha pure chiarito che la segretaria non gli aveva chiesto nulla a proposito d'eventuali prestazioni in contanti già percepite da altre assicurazioni sociali (doc. X, p.2: "In particolare il presidente del TCA legge la domanda n. 14. L'assicurato risponde che su questo aspetto la segretaria non gli ha chiesto nulla."). Sempre in questo contesto, giova segnalare che, in una sentenza 35.2014.17 del 4 marzo 2015 consid. 2.4., in cui si era pure posta la questione dell'applicabilità dell'art. 46 cpv. 2 LAINF, il TCA ha in particolare osservato che "... spetta al datore di lavoro notificare all'assicuratore l'infortunio che gli é stato segnalato dal dipendente/assicurato, e ciò utilizzando l'apposito modulo (" Notifica d'infortunio LAINF "). In genere, l'assicurato non riceve copia dell'annuncio d'infortunio. Pertanto, di norma, la prima volta in cui l'assicurato entra in contatto diretto con il proprio assicuratore, avviene

quando egli é chiamato a compilare un questionario del genere di quello che figura agli atti sub doc. 4 oppure in occasione della sua audizione da parte di un funzionario amministrativo.”. D’altro canto, questa Corte constata che, in occasione della sua prima audizione dinanzi a un funzionario dell’CO 1, il 4 ottobre 2013, RI 1 ha dichiarato di aver percepito in Italia prestazioni di disoccupazione, anche durante il periodo in cui egli era inabile al lavoro a causa dei postumi dell’infortunio del 28 settembre 2012 (cfr. doc. 98, p. 1s.). L’assicurato fa valere che si é trattato di una sua dichiarazione spontanea , e non di una “confessione” resa su pressione dell’Istituto. Ciò é verosimile. In effetti, a prescindere dal fatto che dagli atti precedenti l’audizione non emerge alcun indizio in tal senso, qualora l’amministrazione avesse avuto il sospetto che il ricorrente si trovava già al beneficio di prestazioni in contanti da parte di un altro ente assicurativo, non avrebbe certamente lasciato trascorrere gli otto mesi che sono intercorsi tra l’incontro in programma il 5 febbraio 2013 (andato deserto) e quello che ha effettivamente avuto luogo il 4 ottobre 2013, tanto più che tra il febbraio e il luglio 2013, l’insorgente si é recato per ben tre volte presso l’Agenzia _____ di _____, per sottoporsi ad altrettante visite fiduciarie di controllo, di modo che sarebbe stato semplice interpellarlo in una di quelle occasioni (su questo aspetto, si veda pure quanto dichiarato da RI 1 in sede di discussione di causa - doc. X, p. 2: “Il presidente del TCA chiede all’assicurato se dopo il mese di febbraio non vi sono stati colloqui per chiarire gli aspetti amministrativi. L’assicurato risponde che si recava regolarmente in agenzia per delle visite mediche ma nessuno gli ha più fatto delle domande fino al 4 ottobre 2013. L’assicurato conferma che la prima occasione nella quale si é ridiscusso degli aspetti amministrativi é stato il 4 ottobre 2013 .” - il corsivo é del redattore). Alla luce di quanto precede, la circostanza che il ricorrente abbia disertato più volte gli incontri con l’ispettore CO 1, non può essere interpretata come un tentativo di sottrarsi alle domande di quest’ultimo. A parte il fatto che l’assicurato ha giustificato le assenze (cfr. doc. V, p. 3. e doc. X, p. 2: “Il presidente del TCA chiede all’assicurato per quali ragioni non si é presentato agli incontri del 31 gennaio 2013 (a _____) e del 5 febbraio 2013 (al _____ a IT-_____). L’assicurato risponde che il 31 gennaio 2013 ha dovuto accompagnare la moglie per accertamenti medici all’ospedale. Quanto all’incontro del 5 febbraio 2013, il sig. RI 1 comunica di avere avuto un problema di trasporto.”), se questa fosse stata realmente la sua volontà, sarebbe difficile comprendere perché, l’11 febbraio 2013 (così come, successivamente, in altre due occasioni), l’assicurato si é invece recato presso l’Agenzia _____ per incontrare il medico di fiducia (sapendo per giunta che l’ispettore _____ era al corrente della sua presenza a _____; cfr. sua nota del colloquio telefonico del 5 febbraio 2013 - doc. 33: “Gli ho riferito che da oggi il suo caso viene sospeso e l’ho informato che lunedì 11.2.13 alle ore 08.45 si deve presentare presso i nostri uffici di _____ per un esame radiografico ed una visita medica.”). Con lo scritto del 22 novembre 2012, mediante il quale erano state fornite informazioni inerenti il diritto alle prestazioni, l’assicurato era pure stato invitato a notificare le prestazioni in contanti eventualmente percepite da altri assicuratori sociali (cfr. doc. 14). In occasione dell’udienza del 18 maggio 2015, RI 1 ha riconosciuto di aver ricevuto lo scritto in questione ma di averne equivocato il senso (cfr. doc. X, p. 2: “Il presidente del TCA mostra all’assicurato il doc. 14 (lettera del 22 novembre 2012 dell’CO 1 a lui indirizzata). L’assicurato conferma di averla ricevuta. (...). L’assicurato risponde che non ha prestato la dovuta attenzione in quanto riteneva che le prestazioni di disoccupazione in Italia non rientravano tra le altre assicurazioni sociali. In effetti egli non aveva nessun tipo di assicurazione particolare per gli infortuni o per le malattie. Ammette che avrebbe

potuto dare un colpo di telefono.”). Anche in questo caso, il TCA giudica plausibili le spiegazioni fornite dall’assicurato. Da una parte, egli va considerato senz’altro inesperto in materia assicurativa (in proposito, si veda inoltre il doc. X, p. 2: “L’assicurato precisa che era la prima volta che si trovava in una situazione di infortunio.” - il corsivo é del redattore). D’altra parte, non va dimenticato che, alla prima occasione di contatto diretto (la sua audizione dell’ottobre 2013), l’insorgente ha rivelato, spontaneamente, di aver percepito prestazioni di disoccupazione in Italia. In esito alle considerazioni che precedono, la decisione su opposizione impugnata non può essere tutelata, perlomeno nella misura in cui l’amministrazione ha negato il proprio obbligo a prestazioni in applicazione dell’art. 46 cpv. 2 LAINF. 2.6. Dalla decisione su opposizione del 7 aprile 2014 risulta che, a titolo principale, l’CO 1 ha sottoposto a revisione procedurale la decisione informale mediante la quale aveva riconosciuto all’insorgente le proprie prestazioni, in quanto “in caso di malattia il cittadino italiano residente in Italia é coperto dal sistema sanitario nazionale del proprio paese per le spese di cura. Non é necessario che egli stipuli un’assicurazione privata. In Italia non esiste il concetto d’infortunio non professionale. Gli infortuni vengono equiparati alle malattie per quanto riguarda le prestazioni assicurative. L’INAIL é chiamato a intervenire solo per gli infortuni professionali. (...). I disoccupati italiani hanno diritto in caso di malattia - e quindi anche in caso di infortunio non professionale - all’indennità malattia da parte dell’INPS. Essi sono coperti dallo Stato italiano sia per le spese di cura che per l’inabilità lavorativa e pertanto non necessitano di prolungare la copertura con la CO 1. Non per nulla l’art. 3 cpv. 4 LAINF prevede la sospensione della copertura quando l’assicurato soggiace ad un’assicurazione infortuni estera obbligatoria. Ininfluente é la portata delle prestazioni fornite dall’assicuratore estero in questione (A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1989, p. 154 cifra 2). (...). Il signor RI 1 era integralmente coperto in Italia per gli infortuni non professionali dall’1.4.2012. Il fatto che egli dopo avere preso atto della decisione della CO 1 abbia deciso di rimborsare l’INPS di _____ che - a suo dire per una dimenticanza - non era stato informato in merito all’infortunio comprova che egli riconosce che non poteva beneficiare nello stesso periodo di prestazioni assicurative da due Enti. Il rimborso non soccorre il signor RI 1 in quanto egli non può scegliere l’assicuratore.” (doc. 114, p. 4). Con la propria impugnativa, RI 1 contesta che nel caso concreto possa trovare applicazione l’art. 3 cpv. 4 LAINF, siccome, contrariamente a quanto preteso dall’assicuratore resistente, l’INPS “... non eroga alcuna prestazione in caso di infortunio. In effetti, quando si tratta di infortuni professionali, interviene l’istituto INAIL, mentre gli infortuni non professionali, come quello di specie, sono coperti unicamente da assicurazioni private, che il signor RI 1 non aveva stipulato. Ne deriva che in caso di infortunio non professionale il cittadino italiano residente in Italia non é assolutamente coperto dal sistema sanitario nazionale del proprio paese per le indennità per perdita di guadagno, per cui la convenzione di copertura individuale contro gli infortuni non professionali stipulata dal Signor RI 1 con la CO 1 ha ragione di sussistere. Del resto la legislazione italiana non prevede l’obbligatorietà di affiliarsi ad un’assicurazione infortuni non professionale. A ulteriore comprova di tale tesi si produce unitamente al presente gravame la dichiarazione 7 maggio 2014 (doc. G), mediante la quale l’INPS attesta che il Signor RI 1 non ha diritto ad alcuna prestazione economica per l’infortunio non professionale del 28 settembre 2012 ai sensi della normativa italiana.” (doc. I, p. 6). 2.7. Secondo l’art. 3 cpv. 1 LAINF, l’assicurazione inizia il giorno in cui il lavoratore comincia o avrebbe dovuto cominciare l’attività in virtù dell’assunzione, in ogni caso però dal momento in cui egli s’avvia al lavoro. Il cpv. 2 recita che l’assicurazione termina allo spirare

del 30° giorno susseguente a quello in cui cessa il diritto almeno al semisalarario.

L'assicuratore deve offrire all'assicurato la possibilità di prorarre l'assicurazione, mediante accordo speciale, fino a 180 giorni (cpv. 3). L'art. 3 cpv. 4 LAINF prevede infine che l'assicurazione è sospesa quando l'assicurato soggiace all'assicurazione militare o ad un'assicurazione obbligatoria estera contro gli infortuni. Nella DTF 136 V 339, il Tribunale federale ha precisato che la norma di cui all'art. 3 cpv. 4 LAINF, è una regola di coordinamento territoriale dell'assicurazione in materia di sicurezza sociale. Essa tende a evitare una doppia copertura assicurativa e riguarda principalmente la situazione dei lavoratori distaccati all'estero, che restano assicurati in Svizzera in virtù dell'art. 4 OAINF durante due, massimo sei anni. Sempre secondo l'Alta Corte, per "assicurazione obbligatoria estera" s'intende, tenuto conto di questo obiettivo di coordinamento, un'assicurazione comparabile all'assicurazione infortuni obbligatoria LAINF. Si deve trattare di un'affiliazione automatica a un regime di sicurezza sociale corrispondente, ovvero in particolare di un'assicurazione dei lavoratori. L'assicurazione deve avere quale oggetto la copertura statale degli infortuni professionali e delle malattie professionali, nonché coprire in modo appropriato gli infortuni non professionali. L'assicurazione è obbligatoria principalmente in ragione dell'attività professionale e dei rischi legati a tale attività. Questa condizione non è adempiuta trattandosi di un'assicurazione per le cure mediche privata stipulata all'estero da uno studente oppure da una persona "non attiva", anche qualora la conclusione di tale assicurazione fosse obbligatoria per ottenere un permesso di soggiorno. Essa non è parimenti soddisfatta, ad esempio, nel caso di un lavoratore affiliato all'assicurazione infortuni obbligatoria LAINF e che dopo il pensionamento si reca all'estero dove è assoggettato al regime di sicurezza sociale dello Stato di residenza per la copertura delle cure in caso di malattia e infortunio (sul tema, si veda pure G. Frésard-Fellay/B. Kahil-Wolff/S. Perrenoud, *Droit suisse de la sécurité sociale*, volume II, Berna 2015, p. 328s.) 2.8. Nel caso di specie, RI 1 è stato licenziato dal proprio datore di lavoro a far tempo dal 29 febbraio 2012 (cfr. doc. 98). La copertura assicurativa contro gli infortuni è stata prolungata sino alla fine del mese di settembre 2012, in virtù dell'art. 3 cpv. 3 LAINF (cfr. doc. 4 e doc. 98, p. 1). Subito dopo essere stato licenziato, il ricorrente si è iscritto in disoccupazione in Italia (cfr. doc. O), percependo le relative prestazioni da aprile 2012 sino a marzo 2013, quindi anche dopo che egli era rimasto vittima del sinistro del 28 settembre 2012 (cfr. doc. 98, p. 1s.). L'Istituto assicuratore resistente fa valere, da una parte, che l'assicurato non poteva pretendere di essere inabile al lavoro a partire dal 28 settembre 2012, quando nello stesso periodo gli venivano corrisposte prestazioni di disoccupazione (che presuppongono che il beneficiario sia collocabile e, di conseguenza, abile al lavoro) e, dall'altra, che non vi era motivo di prolungare la copertura assicurativa LAINF siccome, in Italia, i disoccupati sono coperti dallo Stato sia per le spese di cura che per l'inabilità lavorativa (posto che gli infortuni non professionali sono equiparati alle malattie per quanto riguarda le prestazioni) (cfr. doc. 114). Per quanto riguarda il primo argomento, il TCA osserva che non vi è dubbio che a seguito dell'infortunio del 28 settembre 2012 il ricorrente sia divenuto inabile al lavoro, circostanza che è stata d'altronde avallata anche dal medico di circondario dell'CO 1 (cfr., ad esempio, il doc. 36, p. 3: "ritengo giustificata una incapacità lavorativa al 100%, come carpentiere metallico."). È vero che in Italia l'insorgente ha continuato a percepire indennità di disoccupazione anche dopo l'evento traumatico in questione, è però altrettanto vero che, su sua segnalazione (cfr. doc. 109: "... siamo a chiedere cortesemente il calcolo dell'importo di disoccupazione percepito dal 28/09/13 al 11/04/13 e non dovuto a seguito di

infortunio non professionale. Quanto sopra per concordare un piano di restituzione.”), l’INPS ha preteso la restituzione di un importo di euro 6’790.42, corrispondente alle prestazioni di disoccupazione (indebitamente) versate nel periodo in cui egli é stato inabile al lavoro a causa delle conseguenze infortunistiche (cfr. doc. F e H: “Si dichiara altresì che é stata richiesta la restituzione di quanto percepito a titolo di disoccupazione dal verificarsi dell’evento in quanto inabile al lavoro.”). Non spetta peraltro a questa Corte approfondire i motivi per i quali RI 1 non abbia immediatamente segnalato all’autorità italiana l’infortunio del settembre 2012 con la conseguente situazione d’incapacità lavorativa. Trattandosi del secondo argomento, questo Tribunale rileva innanzitutto che l’affermazione secondo la quale “in Italia non esiste il concetto d’infortunio non professionale. Gli infortuni non professionali vengono equiparati alle malattie per quanto riguarda le prestazioni assicurative.” (cfr. doc. 114, p. 4), trova conferma nella giurisprudenza e nella dottrina, relativamente alle spese di cura (su quest’ultimo aspetto, si veda il doc. X, p. 3: “Con riferimento alla decisione su opposizione, il presidente del TCA legge il punto 4. Dopo discussione, il rappresentante dell’CO 1 precisa che si tratta delle spese di cura .” - il corsivo é del redattore). In effetti, nella DTF 135 V 339 consid. 4.4.1, l’Alta Corte ha precisato che é largamente ammesso che gli articoli 18-36 del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all’applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori dipendenti e ai loro familiari che si spostano all’interno della Comunità, concernenti i rischi malattia e maternità, comprendono anche le prestazioni sanitarie accordate per gli infortuni non professionali , di modo che se la persona in questione é vittima di un infortunio di questo genere, potrebbe pretendere delle prestazioni in natura dall’assicurazione contro gli infortuni svizzera (a titolo LAINF) e dall’organismo competente nel suo Stato di residenza (a titolo d’assicurazione-malattie). In questo caso, i costi vengono suddivisi a metà tra l’assicuratore LAINF e l’istituto d’assicurazione-malattie dell’altro Stato (sezione A par. 1 lett. o punto 3bis allegato II ALC). Ciò presuppone tuttavia un diritto a prestazioni nei confronti di entrambi gli organismi. D’altro canto, nella loro opera precedentemente citata, Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud hanno in proposito osservato che l’ALC si applica agli infortuni professionali e alle malattie professionali, come pure agli infortuni non professionali. In effetti, sebbene il rischio “infortuni non professionali” non sia menzionato all’art. 3 del regolamento 883/2004, non é lecito dedurre che esso é escluso dal campo d’applicazione di quest’ultimo testo. La ragione é che il rischio in questione é generalmente coperto nei paesi membri dell’UE da regimi di sicurezza sociale diversi dall’assicurazione-infortuni, che é riservata agli infortuni professionali . Si tratta dei regimi malattia, invalidità, vecchiaia e superstiti. Le prestazioni dell’assicurazione per gli infortuni non professionali possono essere assimilate alle prestazioni corrispondenti dei regimi malattia, invalidità e vecchiaia e superstiti (cfr. Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, op. cit., p. 316s.). In merito invece all’affermazione secondo la quale “i disoccupati italiani hanno diritto in caso di malattia - e quindi anche in caso di infortunio non professionale - all’indennità malattia da parte dell’INPS. Essi sono coperti dallo Stato italiano sia per le spese di cura che per l’inabilità lavorativa ...” (doc. 114, p. 4), il TCA constata che, unitamente al proprio ricorso, l’insorgente ha prodotto una dichiarazione della responsabile dell’INPS di Sondrio in cui si attesta che egli “... non ha diritto a alcuna prestazione economica per l’infortunio non professionale del 28.09.2012 né a prestazioni economiche di malattia ai sensi della normativa italiana.” (doc. H - il corsivo é del redattore). Nonostante il tenore della dichiarazione appena citata appaia in contraddizione con quanto sostenuto nella decisione su opposizione impugnata, in sede di

risposta di causa, l'CO 1 non ha ritenuto di dover spendere nemmeno una parola in proposito (al riguardo, si richiama l'art. 6 cpv. 1 Lptca, giusta il quale l'autorità amministrativa può, fino all'invio della sua risposta, riesaminare il provvedimento impugnato; si veda inoltre il doc. X, p. 3: "Il presidente del TCA chiede al rappresentante dell'INSAI se ritiene che nella risposta di causa l'amministrazione si è confrontata con le argomentazioni sollevate con il ricorso. Il dott. _____ risponde che effettivamente sono state riprese le considerazioni della decisione su opposizione ." - il corsivo è del redattore). Soltanto nel corso del dibattimento del 18 maggio 2015, il rappresentante dell'assicuratore convenuto ha prodotto documentazione sul tema, in particolare un documento informativo dell'INPS inerente alle prestazioni a sostegno del reddito in caso di malattia (cfr. doc. X 1), precisando di ritenere che "... secondo il sistema italiano, i disoccupati beneficiano di indennità giornaliera di disoccupazione e se si ammalano in questo periodo o subiscono un infortunio non professionale, l'indennità giornaliera di disoccupazione viene sostituita da un'indennità di malattia." (doc. X, p. 3). A questo riguardo, il presidente del TCA in quell'occasione non ha potuto esimersi dal manifestare "... il proprio stupore per il fatto che questi riferimenti non siano stati riportati dall'CO 1 nella decisione su opposizione e soprattutto nella risposta di causa, visto il doc. H (lettera del 7 maggio 2014 del responsabile dell'INPS sig. _____), che attesta come in realtà l'assicurato non ha diritto a prestazioni INPS." (doc. X, p. 3). Dal documento versato agli atti dall'amministrazione si evince che l'indennità di malattia a carico dell'INPS viene corrisposta, segnatamente, ai disoccupati "... per tutti i giorni coperti da idonea certificazione e per un massimo di 180 giorni nell'anno solare, purché la malattia inizi entro 60 giorni o 2 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato ." (doc. X 1, p. 1 e 2). Chiamata a pronunciarsi, questa Corte non ritiene che tale regolamentazione garantisca una copertura appropriata degli infortuni non professionali trattandosi dell'indennizzo della corrispondente perdita di guadagno, e ciò nella misura in cui il diritto all'indennità è limitato ai casi in cui il danno alla salute insorge entro i primi 60 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro (diversamente dalla legislazione svizzera, in base alla quale, in caso di prolungamento della copertura assicurativa giusta l'art. 3 cpv. 3 LAINF, la copertura assicurativa è garantita sull'arco di sei mesi). Prova ne sia che, nella concreta evenienza, in cui l'infortunio non professionale ha avuto luogo in data 28 settembre 2012, dunque ampiamente al di là del termine di 60 giorni (o di 2 mesi) a partire dalla cessazione del rapporto di lavoro (avvenuta il 29 febbraio 2012), RI 1 non ha potuto beneficiare delle indennità di malattia, conformemente quindi a quanto attestato dall'INPS di _____ nella sua dichiarazione prodotta sub doc. H. Il TCA deve dunque concludere che, nel caso di specie, non può trovare applicazione l'art. 3 cpv. 4 LAINF, di modo che l'assicuratore LAINF convenuto non era neppure legittimato a sottoporre a revisione procedurale la decisione informale mediante la quale aveva riconosciuto la copertura assicurativa dell'infortunio non professionale occorso all'insorgente.

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