

TI_GERICHTE 35.2017.150 vom 18. April 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-04-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.150

FR: TI_GERICHTE 35.2017.150 du 18 avril 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2017.150 del 18 aprile 2018

Regeste

A ragione assicuratore ha respinto la richiesta di condono presentata dall'assicurato, ritenendo non adempiuto il requisito della buona fede

Erwägungen

E. 25

n. 45). L'art. 4 OPGA regola il condono. 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 (cfr. art. 4 cpv. 1 OPGA). 2.3. Secondo la giurisprudenza, l'ignoranza, da parte dell'assicurato, del fatto che egli non aveva diritto alle prestazioni versate non è sufficiente per ammettere che era in buona fede. Occorre piuttosto che il beneficiario delle prestazioni non si sia reso colpevole, non soltanto di un comportamento doloso, ma pure di una negligenza grave. Ne consegue che la buona fede, quale condizione del condono, è a priori esclusa allorquando i fatti che hanno comportato l'obbligo di restituzione – come ad esempio una violazione del dovere di annunciare o d'informare (cfr. art. 31 LPGa) – sono imputabili a un comportamento doloso oppure a una negligenza grave. Per contro, l'assicurato può invocare la sua buona fede se l'atto o l'omissione costituiscono soltanto una violazione lieve dell'obbligo di annunciare o d'informare (STF 8C_617/2009 del 5 novembre 2009 consid. 5.2 e SVR 2007 IV Nr. 13 p. 49, entrambe con riferimenti). Si è in presenza di una negligenza grave allorquando un avente diritto non si attiene a ciò che può essere ragionevolmente preteso da una persona capace di discernimento in una situazione identica e nelle medesime circostanze (DTF 110 V 176 consid. 3d). Inoltre, la buona fede deve essere negata se colui che si è arricchito, al momento del versamento, poteva attendersi di dover restituire, in quanto sapeva o doveva sapere, facendo prova dell'attenzione richiesta, che la prestazione era indebita (art. 3 cpv. 2 CC; DTF 130 V 414 consid. 4.3 e i riferimenti ivi menzionati). 2.4. In una sentenza C 70/03 del 2 luglio 2003, pubblicata in DLA 2005 N. 7 p. 69, relativa a un assicurato al quale la cassa di disoccupazione aveva versato inavvertitamente un numero eccessivo di indennità di disoccupazione, il TFA ha stabilito che egli non poteva invocare la sua buona fede, a causa dell'assenza di qualsiasi collaborazione da parte sua e di un minimo di attenzione per lo sviluppo del caso assicurativo. Infatti l'assicurato aveva incassato le prestazioni senza segnalare l'errore all'amministrazione e senza informarsi sui motivi del conteggio manifestamente troppo elevato. L'Alta Corte, visto l'evidente divario fra il probabile guadagno perso dall'assicurato a seguito della disoccupazione e le prestazioni dell'assicurazione disoccupazione invece percepite, ha pure escluso che in concreto si trattasse di un caso di negligenza lieve (cfr. pure la STFA C 264/05 del 25 gennaio 2006 consid. 4). In una sentenza 35.2014.90 del 17 dicembre 2014, cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha pure negato la buona fede a un assicurato che, prima di rimanere

vittima di un infortunio, aveva realizzato un reddito medio lordo pari a fr. 3'250 nel 2006 e a fr. 4'135 nel 2007, mentre che l'assicuratore infortuni gli aveva corrisposto indennità giornaliera per importi ben maggiori (fr. 4'905.75 nei mesi di ottobre 2007 nonché luglio, agosto e ottobre 2009, fr. 4'589.25 nel mese di giugno 2009 e fr. 4'747.50 nel mese di settembre 2009). Viste le cifre in gioco, il TCA aveva ritenuto che l'assicurato non poteva in buona fede non rendersi conto che vi fosse stato un errore nel versamento dell'indennità giornaliera.

2.5. Nella presente evenienza, con decisione formale dell'11 agosto 2017, poi confermata su opposizione in data 6 ottobre 2017, l'CO 1 ha ordinato a RI 1 di restituire l'importo percepito indebitamente a titolo di indennità giornaliera dal 7 febbraio 2016 al 31 marzo 2016, periodo durante il quale egli era già totalmente inabile al lavoro per malattia (cfr. doc. A1). Il 10 ottobre 2017 l'insorgente ha presentato domanda di condono, asserendo di adempiere il requisito della buona fede e che il rimborso costituirebbe per lui un onere estremamente gravoso (doc. 91). Nella propria decisione del 9 novembre 2017, l'CO 1 ha respinto la domanda di condono, non ritenendo adempiuto il requisito della buona fede.

L'Istituto assicuratore ha, infatti, considerato che "con l'adeguata e ragionevole esigibile attenzione, avrebbe dovuto riscontrare l'errore, in quanto considerato l'insieme delle indennità giornaliera CO 1 e del salario della ditta _____ di _____, l'importo era nettamente superiore rispetto a quanto percepito prima dell'infortunio. Quantomeno avrebbe dovuto accertarsi dell'esattezza dei pagamenti" (doc. 92). In sede di opposizione, l'assicurato ha ribadito la propria buona fede, osservando di essersi reso conto di avere ricevuto sia lo stipendio da parte della ditta _____ (in data 25 febbraio 2016) che le indennità giornaliera da parte dell'assicuratore LAINF (il 7 marzo 2016), preoccupandosi di immediatamente prendere contatto con l'CO 1, lo stesso 7 marzo 2016, al fine di ottenere rassicurazioni in merito alla correttezza di tale procedura. Egli ha rilevato che la funzionaria al telefono, signora _____, "alla quale ho spiegato che avevo già percepito un versamento dalla ditta _____ e se era corretto che ne ricevevo uno anche dalla CO 1 oppure c'era uno sbaglio, mi rassicurò che era tutto in regola, tutto corretto!" (cfr. doc. 94).

Nella decisione su opposizione impugnata, l'CO 1 ha nuovamente respinto la domanda di condono, non ritenendo adempiuto il requisito della buona fede. L'Istituto assicuratore, dopo avere richiesto una presa di posizione alla propria collaboratrice signora _____ - la quale ha riferito di non ricordare di essere intervenuta nella trattazione di questo caso - ha rilevato che agli atti non risulta traccia alcuna della telefonata cui ha fatto riferimento l'assicurato in sede di opposizione. L'amministrazione ha, per contro, rilevato che dagli atti risulta che l'assicurato ha effettivamente telefonato in data 3 marzo 2016, chiedendo se fosse stato fatto il conteggio delle indennità giornaliera, evidenziando come "ciò è in contraddizione con il fatto che in sede di opposizione pretende che aveva ricevuto lo stipendio dalla ditta _____ in data 25 febbraio 2016 per cui è stato sorpreso dal ricevere l'indennità giornaliera il 7 marzo 2016 e ha interpellato la CO 1". Con il proprio ricorso, l'assicurato ha ancora una volta ripetuto la propria versione dei fatti, ritenendo di essere stato in buona fede "perché ero sotto certificato medico di infortunio e pertanto avevo diritto alle indennità CO 1, la mia telefonata presso i loro uffici l'ho fatta per assicurarmi ulteriormente di agire nella correttezza" (cfr. doc. I). In risposta l'CO 1 ha ribadito che dagli atti non risulta traccia della presunta telefonata del 7 marzo 2016, rilevando come "di norma gli impiegati dell'CO 1 hanno l'abitudine di registrare ogni telefonata in una "notizia telefonica" che registra l'identità dell'interlocutore, l'ora e il giorno del colloquio telefonico ed il contenuto della conversazione". L'Istituto assicuratore ha, invece, sottolineato come agli atti risulti una telefonata intercorsa in data 3 marzo 2016,

allorquando l'assicurato ha chiamato per sollecitare il conteggio delle indennità giornaliere. Ciò appare, secondo l'amministrazione, in contraddizione con la tesi sostenuta dal ricorrente, in quanto se effettivamente egli, dopo avere ricevuto in data 25 febbraio 2016 lo stipendio e il 7 marzo 2016 le IG, provvedendo a immediatamente telefonare per ottenere lumi in merito alla correttezza di quanto ricevuto, allora "perché il 3 marzo 2016 l'assicurato avrebbe preso contatto con la signora Bonvicini per sollecitare l'erogazione delle indennità giornaliere?". Infine, l'assicuratore LAINF ha evidenziato che quanto affermato dal ricorrente permette inoltre di ritenere che egli non può, ad ogni modo, prevalersi della buona fede con riferimento alla giurisprudenza più sopra menzionata, giacché egli ha effettivamente avuto sentore dell'errore dell'amministrazione; ha infatti ricevuto sia il versamento della _____ che quello della CO 1, rendendosi ben conto di questa doppia entrata decisamente più significativa rispetto a quanto percepito ordinariamente" (cfr. doc. III). Con osservazioni del 1° febbraio 2018, il ricorrente ha precisato che il 7 marzo 2016, al telefono, la signora _____ "non ha risposto che il doppio versamento era corretto, ma bensì che il versamento CO 1 era corretto trattandosi di un infortunio, rimandando alla ditta Spinelli la responsabilità delle proprie azioni". Egli ha poi rilevato di avere rimborsato alla ditta quanto versato, "mentre per quanto riguarda i versamenti CO 1, siccome ero in assicurazione infortunio, ne avevo tutti i diritti di riceverli, altresì confortato dalla rassicurazione CO 1 del 7 marzo 2016", contestando di essere stato in malattia fino al 31 marzo 2016, come sostenuto dall'amministrazione, chiedendosi se l'assicuratore abbia visto il certificato medico con scadenza al 5 febbraio 2016 (cfr. doc. V).

2.6. Chiamata a pronunciarsi in merito alla fattispecie, questa Corte constata che, come correttamente indicato dall'amministrazione, dalla documentazioni agli atti non risulta che, come invece sostenuto a più riprese dal ricorrente, in data 7 marzo 2016 vi sia stata una conversazione telefonica tra la funzionaria dell'CO 1, signora _____ (il cui nome l'assicurato ha sostenuto di non potere conoscere se non vi fosse effettivamente stata la telefonata in questione), e l'assicurato. Interpellata al riguardo, in una nota del 21 novembre 2017, la signora _____ ha rilevato che: " Ho preso atto dell'opposizione dell'assicurato del 16 novembre 2017 alla decisione di rifiuto di condono per le prestazioni in contanti percepite a torto. Considerato che sono menzionata direttamente desidero precisare che, dato il tempo trascorso, non ricordo di essere intervenuta nella trattazione del caso. Con questo, considerato che sono stata citata direttamente nell'opposizione, non voglio smentire quanto affermato dal signor RI 1. Di fatto rilevo comunque dagli atti che l'unica nota telefonica risalente a quel periodo è datata 3.3.2016, colloquio peraltro avvenuto con la nostra ex collega _____. In tale occasione l'assicurato ha sollecitato il versamento dell'indennità giornaliera versato lo stesso giorno. In merito al fatto di aver già ricevuto lo stipendio dalla ditta il 25 febbraio 2016 non ha detto nulla." (Doc. 97) A prescindere dalla questione a sapere se l'assicurato abbia o meno intrattenuto una conversazione telefonica con la funzionaria appena citata, il TCA rileva che, da un attento esame della documentazione all'incarto, emerge che l'assicurato ha telefonato all'CO 1 il 3 marzo 2016, che cadeva di giovedì. Al riguardo, è stata redatta da parte della funzionaria che ha risposto alla telefonata, signora _____, una "notizia telefonica", concernente "conteggio IG e info da parte nostra su decorso", del seguente tenore: " L'assicurato ci contatta per sapere se il suo conteggio delle indennità era stato fatto. Spiega che aveva sentito la signora _____ in questi giorni che le aveva detto che lo avrebbe informato sull'accettazione del caso e il pagamento ma non aveva più saputo nulla. Procediamo alla registrazione del pagamento e spieghiamo che dovrebbe ricevere il versamento

immaginiamo al più tardi lunedì. Approfittiamo di averlo al telefono per chiedere alcune informazioni. L'assicurato svolge attualmente due sedute settimanali di FT presso lo _____ a _____. Alternano TECAR e ultrasuoni a manipolazioni, ma non viene fatta nessuna fisioterapia attiva per il momento. Ogni venerdì vede il suo medico, dr. _____ e non appena starà meglio è sua intenzione quella di chiudere il caso. Chiediamo l'esatta fattispecie e ci spiega che è scivolato sul percorso vita mentre correva, è caduto dal lato sinistro e ha picchiato spalla, gomito e testa/collo da quel lato. Ha subito dunque una distorsione della colonna cervicale, nega di avere fatto un colpo di frusta. Chiediamo se dopo l'infortunio abbia già fatto degli esami strumentali, ci spiega che dopo l'infortunio no, ma che li aveva fatti prima, non ricorda esattamente quando ma non tanto tempo fa perché ha problemi alla cervicale da un pò. Esami fatti alla clinica _____ di _____. Se i problemi dovessero perdurare il medico farà fare nuovi esami". (Doc. 13, sottolineature della redattrice) Dalle informazioni riportate nella notizia telefonica appena esposta per esteso occorre concludere che, al momento della telefonata (ossia giovedì 3 marzo 2016), l'assicurato è stato rassicurato sul fatto che l'assicuratore LAINF stava procedendo alla registrazione del pagamento delle IG, il cui versamento sarebbe stato ricevuto dall'interessato "immaginiamo al più tardi lunedì", vale a dire il 7 marzo 2016. Ciò è quanto effettivamente è accaduto, dato che l'assicurato stesso ha, a più riprese, ricordato di avere ricevuto le prestazioni LAINF in data 7 marzo 2016. Ora, alla luce di quanto appena esposto e ritenuto che il ricorrente ha più volte affermato di avere ricevuto il pagamento dello stipendio dalla ditta _____ in data 25 febbraio 2016, il TCA non reputa credibile la tesi sostenuta dall'assicurato di avere immediatamente telefonato all'CO 1 il giorno stesso in cui ha ricevuto le prestazioni LAINF (ossia il 7 marzo 2016), visto che "la cosa mi parve subito strana e telefonai alla CO 1 informandoli di questo e loro mi risposero che essendo io in infortunio era tutto regolare" (cfr. doc. I pag. 3). Non si capisce, infatti, per quale ragione egli, nella conversazione telefonica del 3 marzo 2016 da lui effettuata per sollecitare il pagamento delle prestazioni LAINF e nel corso della quale è stato rassicurato a proposito del fatto che al più tardi tre giorni dopo avrebbe ottenuto il versamento delle indennità giornaliere di infortunio (le quali erano già state messe in pagamento), non abbia fatto accenno alcuno alla circostanza di avere già ricevuto il pagamento del salario da parte dell'ex datore di lavoro, chiedendo alla propria interlocutrice se tale modo di procedere fosse corretto o meno, ma abbia atteso per farlo il lunedì successivo, 7 marzo 2016. Una tale ricostruzione dei fatti non appare verosimile e non può quindi essere condivisa da parte di questo Tribunale, tanto più che dalla notizia telefonica del 7 marzo 2016 emerge che la telefonata non si è limitata solo alla conferma del versamento delle IG, ma si è protratta con la richiesta di alcune informazioni da parte della funzionaria dell'amministrazione, senza che l'interessato abbia mai fatto allusione al fatto di avere già ricevuto lo stipendio da parte della ditta datrice di lavoro. Neppure plausibile, infine, appare quanto sostenuto da RI 1 a proposito del fatto che egli è stato inabile al lavoro per malattia "solo" fino al 5 febbraio 2016 come attestato dal dr. Vernieri nel referto del 13 gennaio 2016, adducendo che la presunta inabilità lavorativa per malattia oltre tale data sarebbe stata attestata dal dr. _____ a sua insaputa. Tale tesi è smentita dai certificati medici dello specialista in psichiatria e psicologia prodotti dall'assicurato stesso in allegato all'atto ricorsuale. Tra di essi risulta, difatti, oltre al certificato medico del 13 gennaio 2016 attestante un'inabilità lavorativa del 100% "fino al 5 febbraio 2016, data in cui sarà rivalutata la sua situazione clinica" (cfr. doc. A7), anche un altro certificato medico, datato 5 febbraio 2016, nel quale il dr. _____ ha certificato che "il paziente a margine, in

cura presso il mio studio, continua a essere inabile all'attività lavorativa per motivi di salute nella misura del 100% fino al 29 febbraio 2016. La sua situazione sarà rivalutata regolarmente" (cfr. doc. A8). In queste circostanze, essendo pacifico - come peraltro da lui riconosciuto - che all'assicurato era sorto il dubbio sulla correttezza del versamento delle IG da parte dell'assicuratore LAINF e, contemporaneamente, del salario da parte della ditta ex datrice di lavoro, egli avrebbe dovuto, come esposto in maniera motivata in precedenza, verificare l'esattezza di tali versamenti al momento del colloquio telefonico del 3 marzo 2016 con la funzionaria incaricata. Non avendolo fatto, il TCA non può considerare adempiuto il requisito della buona fede. Pertanto, non essendo adempiuto il presupposto della buona fede, rettamente l'CO 1 ha respinto la domanda di condono in oggetto senza verificare se l'ulteriore condizione cumulativa, segnatamente quella relativa all'onere gravoso, fosse o meno realizzata. Ne consegue che la decisione impugnata va confermata.

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