

TI_GERICHTE 36.2003.46 vom 24. März 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-03-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.46

FR: TI_GERICHTE 36.2003.46 du 24 mars 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.46 del 24 marzo 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 16

settimane per la nascita dei gemelli della ricorrente durante le quali la Cassa le ha corrisposto le relative indennità giornaliere (art. 74 cpv. 2 LAMal). Perciò, è soltanto dal 30 agosto 1998 che l'interessata ha effettivamente ricevuto le restanti 660 indennità giornaliere che le spettavano (doc. _). La ricorrente lamenta invece che nella decisione su opposizione la Cassa malati _____, deducendo dal numero massimo di 720 indennità il periodo contrattuale di differimento di 60 giorni, ha erroneamente interpretato il disposto dell'art. 72 cpv. 2 LAMal. A mente dell'assicurata, essa avrebbe dovuto percepire tutte le 720 indennità, poiché i predetti 60 giorni d'attesa sarebbero da aggiungere al limite legale massimo e non da sottrarre, per cui, in specie, l'importo da restituire per delle indennità percepite in eccesso sarebbe al limite pari a Fr. 4'620.- (Fr. 77.- x 60 giorni). La restituzione postulata dall'assicuratore malattia porta sul periodo dal 7 gennaio 2001 al 30 giugno 2001, quindi su 165 giorni che, calcolati ad un grado di incapacità del 50% per una prestazione giornaliera di Fr. 77.-, dà un importo di Fr. 6'737,50. 2.3. Giusta l'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà. Nel caso concreto, il Regolamento dell'assicurazione d'indennità giornaliera della Cassa malattia _____, edizione 01.00 (doc. _), prevede all'art. 16 cpv. 2 che in caso di incapacità di lavoro parziale di almeno il 50% l'assicurato percepisce delle indennità giornaliere ridotte proporzionalmente. Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI - applicabile anche all'art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 430) - viene considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta, oppure ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute (DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1b; MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungs-recht, T. I, pag. 286 segg.). La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) - bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. In relazione alle conseguenze

economiche dell'incapacità lavorativa, va ricordato che anche nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie vige il principio - comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 123 V 233 consid. 3c; DTF 117 V 278 consid. 2b; DTF 115 V 53; DTF 114 V 285 consid. 3; DTF 111 V 239 consid. 2a; DTF 105 V 178 consid. 2). Va dunque considerato che l'assicurato ha l'obbligo di fare quanto da lui è ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica. Pertanto, in caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente prospettabili. Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (PETER, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997, pag. 71 e dottrina ivi citata). Nel caso concreto, va osservato come la resistente non ha mai messo in dubbio l'incapacità lavorativa dell'assicurata, anche se l'assicuratore stesso ha dichiarato di aver più volte riscontrato delle difficoltà ad entrare in possesso di diversi certificati medici comprovanti l'inabilità della ricorrente (docc. _ punto 6 e _).

2.4. Questo Tribunale deve dunque innanzitutto verificare la validità della decisione di restituzione della Cassa con oggetto delle indennità giornaliere indebitamente corrisposte alla ricorrente (Fr. 6'737,50), ossia esaminare se la stessa è stata emanata tempestivamente oppure se era già perentoria. Nell'assicurazione per la vecchiaia ed i superstiti, il diritto alla restituzione sottostà, giusta l'art. 47 cpv. 2 LAVS (nel tenere in vigore fino al 31.12.2002), ad un termine relativo di perenzione di un anno e ad un termine assoluto di perenzione di cinque anni (DTF 111 V 137 consid. 3c); delle normative simili si possono trovare in altri ambiti assicurativi (art. 49 AI, art. 27 cpv. 1 LPC, art. 20 Legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG) e art. 11 cpv. 2 LAF). Le disposizioni sulla restituzione esistenti in ambito di assicurazione infortuni (art. 52 cpv. 2 LAINF) e contro la disoccupazione (art. 95 cpv. 4 LADI) sono inoltre state formulate sul modello dell'art. 47 cpv. 2 LAVS (DTF 119 V 298 consid. 4b)aa). Nel campo dell'assicurazione malattia fa invece difetto una norma portante sul diritto alla restituzione di una prestazione indebitamente versata dall'assicuratore o dall'assicurato. Nella decisione di principio STFA del 3 luglio 1967 nella causa _____, confermata in DTF 102 V 99, DTF 112 V 194 ed in DTF 115 V 118 consid. 3b, il Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito che quando manca in quest'ambito una regolamentazione statutaria, l'art. 47 LAVS è applicabile per analogia. Il motivo risiede nel fatto che malgrado la loro autonomia (art. 1 cpv. 2 LAMal), le Casse svolgono un compito pubblico. La domanda di restituzione non può quindi essere solo una questione di diritto civile, per cui le regole sulla restituzione di una prestazione indebitamente ricevuta (art. 62 segg. CO) non possono entrare in linea di conto. Vi è così una lacuna su quest'aspetto, che deve essere colmata facendo riferimento ad altri campi del diritto. Come visto, l'AVS regola questa tematica all'art. 47 LAVS, che allo stesso tempo contempla gli obiettivi dell'assicurazione e la protezione degli interessi sociali dell'assicurato (DTF 119 V 298 consid. 4b)bb). Di conseguenza, il diritto di richiedere la restituzione di prestazioni indebitamente versate nell'assicurazione malattia, non espressamente regolamentata dalla LAMal, può quindi seguire le sorti del disposto dell'art. 47 LAVS (DTF 103 V 145 consid. 4; RAMI 1995 pag. 6; RAMI 1993 pag. 177 consid. 3b).

Giusta l'art. 47 cpv. 1 LAVS, applicabile dunque in virtù di una consolidata giurisprudenza pure in ambito LAMal, le rendite e gli assegni per grandi invalidi indebitamente riscossi devono essere restituiti. Il rimborso può non essere chiesto se l'interessato era in buona fede e se la restituzione costituisce un onere troppo grave. Il capoverso 2 di questo disposto prevede che il diritto di esigere la restituzione è perento trascorso un anno a contare dal momento in cui la cassa di compensazione ha avuto conoscenza del fatto, e al più tardi cinque anni dopo il pagamento della rendita. Se il diritto di esigere la restituzione della rendita nasce da un atto punibile per il quale la legge penale prevede un termine di prescrizione più lungo, quest'ultimo è determinante. Va osservato che a norma dell'art. 78 OAVS, se una Cassa viene a conoscenza che una persona, o per essa il suo rappresentante legale, ha ricevuto una rendita alla quale non aveva diritto oppure una rendita troppo elevata, essa deve ordinare la restituzione dell'importo indebitamente ricevuto. Se la rendita è stata versata nelle mani di una terza persona o di un'autorità a norma dell'art. 76 cpv. 1 OAVS, quella è tenuta alla restituzione. E' riservata la prescrizione conformemente all'art. 47 cpv. 2 LAVS. 2.5. 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; RAMI 1995 pag. 6; RAMI 1993 pag. 178 consid. 3c). Conformemente ad un principio generale, l'amministrazione può riconsiderare (o riesaminare) 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 (DTF 126 V 42 consid. 2b con rinvii). La giurisprudenza ha precisato che l'amministrazione non può essere obbligata a procedere ad una riconsiderazione in questo senso né dall'amministrato né dal giudice (DTF 117 V 12 consid. 2a; DTF 119 V 479; STFA del 29 novembre 2002 nella causa B., I 339/01). Una decisione è stata ad esempio considerata senza dubbio errata in caso di calcolo illegale di una rendita, di una valutazione errata dell'invalidità a seguito di una applicazione errata di principi fondamentali (DTF 110 V 179; ZAK 1991 pag. 137; DTF 119 V 483 consid. 3). Dalla riconsiderazione (o riesame) va distinta la revisione processuale delle decisioni amministrative. 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 126 V 42; STFA del 29 novembre 2002 nella causa B., I 339/01). Il TFA ha dichiarato dover essere regolato il tema della revisione processuale di provvedimenti amministrativi per analogia con la normativa relativa alla revisione dei giudizi resi dalle autorità di ricorso di prima istanza. Sono così considerati nuovi i fatti ed i mezzi di prova che lo sono secondo le regole vigenti in materia di revisioni di decisioni giudiziarie (RAMI 1998 n. K 990 pag. 254). Questi principi giurisprudenziali sono stati codificati nella nuova LPGa all'art. 53. 2.6. Circa il termine di un anno la nostra Massima istanza ha stabilito che i termini dell'art. 47 LAVS, contrariamente al tenore letterale della norma, costituiscono un termine di perenzione (DTF 124 V 380; DTF 122 V 274; DTF 119 V 431 consid. 3a; DTF 119 V 298 consid. 4a; DTF 111 V 135; RAMI 1993 pag. 177 consid. 3b; KIESER, Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenen-versicherung, Zurigo 1996, pag. 192). I termini di perenzione non possono essere né interrotti né sospesi e devono essere applicati d'ufficio (DTF 111 V 135 consid. 3b; cfr. pure LOCHER, Grundriss des Sozial-versicherungsrechts, Ed. Stämpfli, Berna 1997, N. 36-37, pag. 59-60 e N. 12-13, pag. 311-312). In una sentenza

pubblicata in DTF 124 V 380, al considerando 1 il Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito che il termine relativo di perenzione di un anno giusta l'art. 95 cpv. 4 LADI, che si richiama ai principi fissati dall'art. 47 cpv. 2 LAVS, comincia a decorrere nel momento in cui l'amministrazione, usando l'attenzione da essa ragionevolmente esigibile avuto riguardo alle circostanze, avrebbe dovuto rendersi conto dei fatti giustificanti la restituzione (DTF 119 V 433; DTF 112 V 180; STFA del 29 aprile 2003 nella causa SECO contro A.P., C 317/01). Il TFA ha precisato ancora che qualora tale restituzione sia addebitabile ad un errore dell'amministrazione, l'anno di perenzione decorre non dal momento in cui esso è stato commesso, bensì da quello in cui l'amministrazione avrebbe dovuto in un secondo tempo - per esempio a seguito di un errore di calcolo di una prestazione o nel caso in cui venga a conoscenza di fatti atti a far nascere dei dubbi sulla fondatezza della pretesa -, rendersi conto di tale errore commesso prestando l'attenzione ragionevolmente esigibile (DTF 124 V 380 consid. 1 e 2c; DTF 110 V 304 consid. 2b; cfr. anche DTF 122 V 270 consid. 5; STFA del 29 aprile 2003 nella causa SECO contro A.P., C 317/01). Per poter esaminare i presupposti della restituzione l'amministrazione deve poter disporre di tutti i fatti rilevanti, da cui emerga sia il principio che la misura del diritto alla medesima. Per determinare la pretesa non è quindi sufficiente che la Cassa venga a conoscenza di circostanze che forse potrebbero condurre ad ammetterla oppure che permettono di stabilirne il principio ma non la misura (DTF 112 V 180 consid. 4a; STFA del 29 aprile 2003 nella causa SECO contro A.P., C 317/01; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa M., C 11/00, consid. 2). Circa l'inizio del termine annuale di perenzione quando l'amministrazione deve, con ulteriori accertamenti, completare le conoscenze necessarie per fondare la pretesa di restituzione, al considerando 4b del DTF 112 V 180 il TFA ha sottolineato che: " (...) b) Die mit BGE 110 V 304 begründete Praxis, wonach der Beginn der einjährigen Verwirkungsfrist unter dem Gesichtspunkt der von der Verwaltung geforderten Aufmerksamkeit zu bestimmen ist, hat nicht nur bei der Beantwortung der Frage zu gelten, ob die von einem Dritten erstattete Meldung die erforderliche Kenntnis der Verwaltung auszulösen vermag. Sie ist sinngemäss auch auf die von der Verwaltung in der Folge zu treffenden Abklärungen auszudehnen. Die Verwaltung hat die ihr zumutbare Aufmerksamkeit insbesondere auch bei den sich allenfalls aufdrängenden Erhebungen anzuwenden, damit ihre noch ungenügende Kenntnis so vervollständig wird, dass die Rückforderungsanspruch die nötige Bestimmtheit erhält. Wenn die Verwaltung nicht die erforderlichen Anstrengungen unternimmt, um über ihre noch ungenügend bestimmte Forderung innert absehbarer Zeit ein klares Bild zu erhalten, so darf sich ihre Säumnis nicht zu ihre Gunsten und zuungunsten des Versicherten auswirken. In einem solchen Fall ist der Beginn der Verwirkungsfrist vielmehr auf den Zeitpunkt festzusetzen, in welchem die Verwaltung ihre unvollständige Kenntnis mit dem erforderlichen und zumutbaren Einsatz so hätte ergänzen können, dass der Rückforderungsanspruch die nötige Bestimmtheit erhält und der Erlass einer Verfügung möglich wird. (...)". Inoltre, per costante giurisprudenza, quando la determinazione della pretesa di restituzione presuppone il concorso di parecchi organi amministrativi, il termine annuale comincia già a decorrere nel momento in cui una delle autorità competenti ha sufficiente conoscenza dei fatti (DTF 119 V 431 consid. 3a; DTF 112 V 180 consid. 4c; STFA del 29 aprile 2003 nella causa SECO contro A.P., C 317/01). Questo TCA osserva infine che la tematica della restituzione di cui all'art. 47 LAVS è stata ripresa dall'art. 25 LPGA, per cui la summenzionata giurisprudenza è valida pure per gli eventi che si sono realizzati a partire dal 1° gennaio 2003 (KIESER, ATSG-Kommentar, 2003, pag. 285, nn. 26 e 27 ad art 25 LPGA). 2.7. Nel caso di specie,

nel mese di ottobre 2001 la Cassa _____ si è accorta di aver versato all'assicurata più di 720 indennità giornaliera per perdita di guadagno dovuta a malattia. Con scritto del 10 ottobre 2001 (doc. _) l'assicuratore ha quindi chiesto alla beneficiaria la restituzione delle indennità giornaliera percepite in eccesso. A suo dire, infatti, il diritto all'indennità giornaliera di 720 giorni sarebbe giunto a termine il 6 gennaio 2001. Di conseguenza, le indennità corrisposte alla ricorrente dal 7 gennaio 2001 fino al 30 giugno 2001, per un importo totale di Fr. 6'737,50, dovrebbero essere restituite. Va innanzitutto rammentato che la Cassa, avendo ravvisato un caso di indebito versamento di una prestazione, era tenuta ad emanare una decisione di restituzione, essendo adempiuti entrambi i presupposti per la riconsiderazione (o riesame) della decisione di versamento di indennità giornaliera per perdita di guadagno dovuta a malattia. Da una parte, infatti, la decisione di corrispondere alla ricorrente un'indennità giornaliera dovuta alla sua incapacità lavorativa del 100% risulta ora manifestamente errata, anche se limitatamente alle indennità giornaliera versate in eccedenza alla beneficiaria dell'assicurazione per perdita di guadagno rispetto alle 720 stabilite per legge. D'altra parte, il riesame di tale decisione riveste un'importanza notevole, ritenuto come l'importo da rimborsare raggiunga quasi Fr. 7'000.- e la ricorrente non sia - come comprovano gli atti a disposizione del TCA - particolarmente abbiente. In simili condizioni, di principio la decisione di restituzione è corretta. 2.8. Tuttavia, è soltanto il 19 novembre 2002 (docc. _ e _) che la Cassa malati ha emanato una decisione formale di restituzione del predetto ammontare a cui si è opposta l'assicurata. Va dunque ora esaminato se la richiesta di restituzione è stata formulata entro il termine di perenzione di un anno previsto dall'art. 47 LAVS (cfr. consid. 2.6.). Il termine assoluto di 5 anni è stato dal canto suo rispettato, poiché le indennità chieste in restituzione sono state erogate nel primo semestre del 2001 e la domanda di rimborso è avvenuta mediante risoluzione informale della Cassa nell'ottobre 2001, mentre con decisione formale impugnabile nel novembre 2002. Per rispondere al quesito sulla perenzione bisogna pertanto chiarire se la comunicazione del 10 ottobre 2001 (doc. _) ha lo stesso valore di una decisione formale. In caso di risposta negativa, ci troveremmo infatti di fronte all'annullamento degli effetti della decisione formale del 19 novembre 2002. Dal momento in cui la Cassa malati _____ è venuta a conoscenza del sovrindennizzo dell'assicurata (ottobre 2001) a quando essa ha fatto valere formalmente il suo diritto alla restituzione delle indennità corrisposte in sovrappiù (novembre 2002), è infatti trascorso più di un anno. In tale ipotesi, la decisione formale non sarebbe quindi stata introdotta nel termine perentorio di un anno e pertanto il diritto alla restituzione sarebbe perento, nel senso che la ricorrente non dovrebbe restituire alcunché alla Cassa. Quando un assicurato non è d'accordo con una risoluzione dell'assicuratore, quest'ultimo deve emanare una decisione scritta entro trenta giorni a decorrere dall'esplicita domanda dell'assicurato (art. 80 cpv. 1 LAMal). L'assicuratore deve motivare la decisione ed indicare il rimedio giuridico; la notifica irregolare di una decisione non può essere di pregiudizio all'assicurato (art. 80 cpv. 2 LAMal). Questi capoversi riprendono il vecchio art. 30 LAMI. Per le Casse malati non esiste un obbligo legale di regolare per ogni caso i rapporti con i propri affiliati mediante l'emanazione di una decisione formale. Secondo il citato disposto, la Cassa deve emettere una decisione scritta contenente i mezzi di diritto soltanto quando l'assicurato non è d'accordo con la risoluzione ricevuta. La Cassa è dunque obbligata ad agire in tal senso quando l'assicurato espressamente (oralmente o per iscritto) oppure con il suo comportamento fa sapere alla Cassa che non è d'accordo con la risoluzione presa nei suoi confronti. Non è invece lecito che l'emanazione di una decisione sia fatta dipendere dall'esplicita richiesta dell'assicurato

(DTF 102 V 15 consid. 1a; RAMI 1990 pag. 80). Di massima, la Cassa può far valere il diritto alla restituzione mediante una decisione informale ai sensi dell'art. 80 LAMal: in questo caso, è salvaguardato il termine perentorio di un anno di cui all'art. 47 cpv. 2 LAVS, applicabile, come visto, per analogia secondo la giurisprudenza; non occorre in proposito notificare una decisione formale conformemente all'art. 80 cpv. 1 LAMal (RAMI 1990 pag. 80). Stante quanto precede, si può quindi affermare per il caso in esame che la risoluzione del 10 ottobre 2001 (doc. _) con cui l'assicuratore, constatata un'indebita corresponsione di indennità giornaliera, ha invitato la ricorrente a restituire Fr. 6'737,50, esplica i medesimi effetti di una decisione formale, ossia essa ha regolarmente interrotto l'anno di perenzione dell'art. 47 cpv. 2 LAVS. Ne discende pertanto che se si considera che il termine legale di un anno ha preso avvio all'inizio di ottobre 2001 – ossia quando la Cassa ha scoperto di aver commesso un errore nell'accredito di indennità giornaliera alla ricorrente (doc. _ punto 2) - e dopo solo pochi giorni l'assicuratore malattia ha emanato la predetta risoluzione di restituzione, questo TCA deve concludere che la domanda di restituzione dell'indebito ammontare è stata formulata entro il termine di perenzione dell'art. 47 cpv. 2 LAVS, che è stato così pienamente rispettato. La successiva decisione formale del 19 novembre 2002 contro cui si è opposta l'assicurata è, come tale, ininfluenza per la soluzione del problema che qui ci occupa. 2.9. Questo TCA deve esaminare ancora la correttezza dell'importo chiesto alla ricorrente in restituzione. A causa di un'inabilità lavorativa del 100% (doc. _), l'11 marzo 1998 è sorto, come visto, il diritto dell'assicurata di percepire da parte del suo assicuratore malattie delle indennità giornaliera intere di Fr. 77.-. Ciò nonostante, la ricorrente non si è vista accreditare immediatamente quanto dovuto, bensì la Cassa malati _____ le ha conteggiato da subito un periodo d'attesa di 60 giorni, nel senso che durante questo lasso di tempo il datore di lavoro dell'assicurata ha continuato a versarle l'80% del salario convenuto (doc. _). L'ente assicuratore è intervenuto con il versamento effettivo di indennità intere soltanto al termine di questi sessanta giorni, e meglio al 30 agosto 1998. Bisogna ancora evidenziare che la decorrenza del citato termine d'attesa è stata interrotta dalla maternità dell'assicurata, poiché conformemente all'art. 74 cpv. 2 LAMal la partoriente ha diritto a sedici settimane di indennità giornaliera, di cui almeno otto dopo il parto. In concreto, dal 29 marzo 1998 al 18 luglio 1998 la Cassa _____ è sì intervenuta corrispondendo 112 indennità intere alla ricorrente, ma le stesse erano dovute a titolo di indennità giornaliera in caso di maternità e non per malattia. Secondo la Cassa, dunque, dall'11 marzo al 28 marzo 1998 sono decorsi i primi diciotto giorni d'attesa, senza corrispondere all'interessata alcuna indennità. Dal 29 marzo 1998 l'insorgente ha poi percepito sedici settimane di indennità giornaliera in caso di maternità, mentre dal 19 luglio 1998 fino al 29 agosto 1998 sono stati conteggiati gli ultimi quarantadue giorni del citato termine d'attesa. Dal 30 agosto 1998 fino al 16 dicembre 1999 l'interessata, inabile al lavoro nella misura del 100% (docc. _-_), ha continuato a percepire delle indennità intere per un totale, a quel momento, di 534 di cui 60, come visto, non le sono però state effettivamente erogate. In seguito, dal 1° gennaio 2000 fino al 30 giugno 2001 il grado d'inabilità della ricorrente è stato fissato al 50% (docc. _-_), per cui essa ha ricevuto le restanti indennità ridotte proporzionalmente (doc. _). Considerando il conteggio allestito dall'assicuratore (doc. _), il diritto di _____ di beneficiare di indennità per perdita di guadagno è terminato il 6 gennaio 2001, ossia quando sono state corrisposte tutte le indennità di cui essa poteva beneficiare, quindi le 720 previste dall'art. 72 cpv. 3 LAMal. Ora, a mente di questo Tribunale, la corresponsione delle citate indennità giornaliera, così come eseguita dalla Cassa malati _____, è corretta e conforme sia alla legge che al suo regolamento.

Infatti, il capoverso 2 dell'art. 72 LAMal tratta la questione del termine d'attesa come segue: " Il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà. Per quanto non pattuito altrimenti, il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione.". Inoltre, il Regolamento dell'assicurazione d'indennità giornaliera della Cassa malattia _____ - edizione 01.00 (doc. _), applicabile su rinvio della LAMal, ricalca le norme legali relative alle prestazioni in ambito di assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera (artt. 16-22). A proposito del termine d'attesa, l'art. 16 cpv. 4 del predetto Regolamento recita difatti che " Se era stato concordato un termine d'attesa durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare lo stipendio, la durata del versamento delle indennità giornaliere è ridotta del numero di giorni del termine d'attesa.". In merito alla durata delle prestazioni, l'art.

E. 17

del Regolamento riprende essenzialmente l'art. 72 LAMal e prevede che " Le indennità giornaliere sono versate, per una o più malattie, durante 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi (cpv. 1). L'assicurato ha diritto all'equivalente di 720 indennità giornaliere complete, con deduzione del termine d'attesa, conformemente all'art. 16 comma 4 di questo regolamento (cpv. 2). Quando l'indennità giornaliera è ridotta in seguito ad un indennizzo eccessivo, la durata del diritto alle prestazioni è prolungata in funzione della riduzione (cpv. 3). Dopo il decorso del periodo delle prestazioni previsto dai commi 1 e 2, l'assicurazione ha termine automaticamente (cpv. 4).". Alla luce di quanto precede, non v'è pertanto alcun dubbio che nel caso di specie l'assicuratore ha dato seguito alla possibilità offerta dall'art. 72 cpv. 2 LAMal, ovvero ha previsto nel suo regolamento che dalla durata minima di 720 indennità giornaliere venisse dedotto il termine d'attesa convenuto contrattualmente con ogni assicurato (artt. 16 cpv. 4 e 17 cpv. 2). Il conteggio allestito dalla resistente è di conseguenza esatto: il diritto della ricorrente di ricevere 720 indennità giornaliere per perdita di guadagno è iniziato l'11 marzo 1998 ed è terminato il 6 gennaio 2001 (doc. _), ritenuta un'attesa di sessanta giorni durante la quale la beneficiaria ha continuato a ricevere il proprio stipendio dal suo datore di lavoro. A buon diritto la ricorrente ha quindi ricevuto 660 indennità delle 720 previste. Errata si dimostra pertanto la tesi della ricorrente, giusta la quale la stessa avrebbe dovuto percepire ulteriori 60 indennità da parte dell'assicuratore, corrispondenti al termine d'attesa imposto dalla Cassa. Secondo l'insorgente, il versamento di dette 60 indennità doveva essere reale; essa avrebbe dovuto perciò continuare a ricevere le indennità giornaliere anche oltre il 6 gennaio 2001. Tuttavia, come visto, né la legge né il regolamento della Cassa contemplano questa possibilità. 2.10. Quanto al fatto che l'assicuratore malattia si sia erroneamente assunto il pagamento di indennità giornaliere per i giorni dal 23 al 31 marzo 1998 (doc. _) malgrado l'interessata fosse, a sua insaputa (doc. _ punto D), in vacanza, ciò non muta l'importo che l'assicurata è chiamata a restituire. Infatti, anche se la Cassa malati si fosse effettivamente sbagliata nel corrispondere all'insorgente delle indennità durante quella settimana di vacanza, se si togliessero dal mese di marzo 1998 le sei indennità giornaliere non dovute (già dal 29 marzo 1998 la ricorrente era stata infatti posta al beneficio delle indennità per maternità) occorrerebbe poi comunque aggiungerle dal 7 gennaio 2001 in avanti. L'importo da restituire complessivo sarebbe comunque il medesimo. Di conseguenza, il risultato non

cambia né nella sostanza né nell'ammontare da restituire. _____ ha incassato dalla Cassa malati _____ a titolo di indennità per perdita di guadagno Fr. 57'552,45 mentre avrebbe avuto diritto di ricevere Fr. 50'814,95, v'è dunque una differenza di Fr. 6'737,50 (doc. _) che la ricorrente è tenuta a restituire all'assicuratore malattia. 2.11. Nel gravame l'insorgente fa poi valere la propria buona fede. Nell'evenienza concreta tuttavia i presupposti per la protezione della buona fede non sono dati. In effetti non risulta dagli atti che l'amministrazione sia intervenuta in una situazione concreta presso l'insorgente dandole un'informazione errata. La Cassa malati _____ ha semplicemente versato all'assicurata delle indennità giornaliere, superando il limite di 720 previsto dalla legge. Ciò ha comportato che la beneficiaria avrebbe anche potuto e dovuto accorgersi da sola che il suo diritto era giunto a termine già nel gennaio 2001 o, al limite, secondo la sua tesi, nel marzo 2001. Una decisione errata dell'amministrazione non può quindi essere equiparata ad un'informazione. Altrimenti sarebbe illusoria la possibilità per un'amministrazione di reclamare il rimborso delle prestazioni versate a torto in caso di errori da parte sua. In queste circostanze la decisione con la quale la Cassa chiede la restituzione merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.12. Infine, la ricorrente avanza la richiesta di condono degli importi da restituire evidenziando la propria situazione finanziaria e la buona fede. Giusta l'art. 79 cpv. 2 OAVS, il condono è pronunciato dalla Cassa di compensazione a domanda scritta della persona tenuta a restituire. La domanda di condono, motivata, deve essere presentata alla medesima Cassa entro trenta giorni dalla notificazione dell'ordine di restituzione emanato dalla Cassa di compensazione. In secondo luogo, la decisione di condono deve essere notificata alla richiedente (art. 79 cpv. 5 OVS). Dato il presente ricorso presso questo Tribunale contro l'ordine di restituzione della Cassa malati _____, la domanda di condono potrà essere presentata alla medesima Cassa entro trenta giorni dall'intimazione del presente giudizio. Per il momento, poiché la Cassa malati _____ non ha ancora emanato una decisione di condono nei confronti dell'insorgente, questo TCA non può – come autorità di ricorso - esprimersi in merito, non essendo questa la sede competente.

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