

TI_GERICHTE 36.2003.53 vom 27. Mai 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-05-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.53

FR: TI_GERICHTE 36.2003.53 du 27 mai 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.53 del 27 maggio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 24

marzo 2003 nella causa C., inc. _____; STCA del 6 giugno 2003 nella causa D., inc. _____; STCA del 18 agosto 2003 nella causa S., inc. _____; STCA dell'8 settembre 2003 nella causa C. Sagl, inc. _____). In merito la dottrina appare divisa, basti qui fare riferimento alle opinioni di Freivogel e di Kieser. Il primo autore sottolinea che: " Die Einsprache ist "bei der verfügenden Stelle" einzureichen (Art. 52 Abs. 1 ATSG) und wird grundsätzlich auch von dieser behandelt. Nicht so bei der SUVA: Bei dieser werden die vor Verfügungserlass getätigten Abklärungen von der Kreisagentur administriert; das Einspracheverfahren samt den medizinischen Zusatzabklärungen wird hingegen von der Zentrale in Luzern geführt. Der gegenüber Art. 58 Abs. 2 des ständerätlichen Entwurfs zum ATSG offener formulierte Art. 52 Abs. 2 ATSG lässt die Behandlung der Einsprachen durch eine "spezialisierte Einheit" innerhalb derselben Versicherung auch Weiterhin zu. Eine ähnliche Abhebung der Einsprachebehörde wird jetzt auch für das Gebiet der Arbeitslosenversicherung vorgesehen: Die können gemäss Art. 100 Abs. 2 rev. AVIG eine andere als die verfügende Stelle für die Behandlung der Einsprachen als zuständig erklären. Ich erachte diese organisatorische Trennung von Verfügungs- und Einsprachebehörde als sinnvoll. Sie bietet nämlich Gewähr, dass der Strittige Fall wirklich nochmals "von andern Augen" angesehen wird und die Versicherung nicht einfach auf den im Abklärungsstadium befahrenen Geleisen weiterfährt." (cfr. A. Freivogel, "Zu den Verfahrensbestimmungen des ATSG" in Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). A cura di R. Schaffhauser e U. Kieser. Ed. Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtpraxis dall'Università di San Gallo. Volume 15, San Gallo 2003 pag. 89 seg. (109). Mentre per il secondo: " a) Art. 52 Abs. 1 ATSG legt ausdrücklich fest, dass die Einsprache bei der verfügenden Stelle einzureichen ist. Damit übernimmt die Bestimmung die für das Einspracheverfahren typische Zuständigkeitsordnung, wonach diejenige Instanz, die verfügt hat, den Entscheid im Einspracheverfahren überprüft (vgl. KÖLZ HÄNER, 465). Die Einsprache ist nämlich kein devolutives Rechtsmittel, sondern es gilt - was die Zuständigkeit der Entscheidüberprüfung betrifft - die für das Wiedererwägungsgesuch geltende Ordnung (vgl. MAURER, Unfallversicherungsrecht, 610). b) Allerdings bezieht sich Art. 52 Abs. 1 ATSG nach seinem Wortlaut lediglich auf das Erheben der Einsprache. Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, Art. 52 ATSG lasse es zu, dass die bei der verfügenden Stelle eingereichte Einsprache in der Folge durch eine andere Instanz behandelt wird. Dem steht entgegen, dass analoge Bestimmungen bereits um bisherigen Recht anzutreffen waren (vgl.

z.B. altArt. 85 Abs. 1 KVG), ohne dass daraus entsprechendes abgeleitet worden wäre sodann ist nicht zu erkennen, dass der Gesetzgeber nicht ein den allgemeinen Grundsätzen entsprechendes Einspracheverfahren einführen wollte (vgl. insbesondere BB1 1999 4613: «Einsprachen (werden) von den verfügenden Stellen behandelt»); schliesslich ist zu bedenken, dass in Art. 100 Abs. 2 AVIG, wo die Bestimmung einer anderen als der verfügenden Stelle zum Entscheid über die Einsprache vorgesehen ist, ausdrücklich eine Abweichung von Art. 52 Abs. 1 ATSG festgehalten ist (dazu Rz. 33). In der Praxis hat sich teilweise eingebürgert, dass für die Behandlung von Einsprachen eigene versicherungsinterne Stellen geschaffen werden, wobei diese nicht nur hierarchisch, sondern auch örtlich von der verfügenden Stelle getrennt sind (vgl. MORGER, Einspracheverfahren, 242 f.). Damit wird eine für das Einspracheverfahren untypische Zuständigkeitsordnung geschaffen; die Einsprache soll es nämlich der verfügenden Stelle selbst erlauben, den von ihr gefällten Entscheid erneut zu überprüfen. Eine solche Zuständigkeitsregelung wurde aber bei der Gesetzesausarbeitung «nicht für unzweckmässig» gehalten, wobei immerhin festgehalten wurde, dass eine solche Stelle nicht «ausserhalb» der jeweiligen Versicherungsträgers liegen dürfe (vgl. Protokoll der nationalrätlichen Subkommission ATSG vom 7. Dezember 1998, 7 f.)." (U. Kieser, ATSG - Kommentar, Ed. Schultess, Zurigo 2003 pag. 520-521)." Questo TCA rileva qui che, nell'ambito delle norme procedurali della LAMal, vigente sino al fine 2002, il legislatore non aveva imposto l'esame dell'opposizione da parte di persone diverse rispetto a quelle che hanno preso la decisione formale e quindi non esisteva un divieto legale di identità personale e/o gerarchica tra chi decide e chi valuta l'opposizione alla decisione. Neppure la LPGA di recente adozione prevede, nel suo testo, un obbligo di distribuzione – in seno all'amministrazione adita – tra persona che decide e persona che valuta l'opposizione. La giurisprudenza federale non si è ancora espressa in merito ad un tale obbligo. D'avviso di questa Corte comunque, affinché all'assicurato possa essere garantita la massima trasparenza ed obbiettività, è auspicabile che l'esame dell'opposizione avvenga per il tramite di un altro funzionario rispetto a quello che ha trattato la decisione formale. Comunque, alla luce dell'esito del caso concreto, non occorre esaminare oltre il problema, che può rimanere aperto. Si segnala tuttavia che diversi assicuratori malattia provvedono a differenziare personalmente e gerarchicamente le persone che si occupano della decisione formale e della decisione su opposizione.

2.3. L'assicurazione contro le malattie é stata regolamentata, sino al 31 dicembre 1995, dalla LAMI, sostituita, con effetto a decorrere dal 1. gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Secondo quanto disposto dall'art. 1 LAMal (dal 1° gennaio 2003 dall'art. 1a), l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati (art. 13 OAMal) e gli altri rami d'assicurazione (art. 14 OAMal) sono diventate di puro diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Dal profilo procedurale, la LAMal ha operato una cesura completa fra i rimedi giuridici nell'assicurazione malattia sociale e nelle assicurazioni complementari: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa (cfr. 85ss LAMal), per le vertenze relative alle seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile. Giusta l'art 47 cpv. 2-4 della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati (modificata in occasione

dell'adozione della LAMal), per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie giusta la legge federale del 14.3.1994 sull'assicurazione malattie, i cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. Il 1° gennaio 1996 è entrata in vigore la legge di applicazione della LAMal (LCAMal) che, all'art. 75, prevede che " le contestazioni degli assicuratori tra di loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazioni, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni. È applicabile per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA." Secondo l'art. 102 cpv. 1 LAMal " Le previgenti assicurazioni delle cure medico sanitarie e d'indennità giornaliera continuate dalle casse malati riconosciute sono rette dal nuovo diritto a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge." Pertanto, dal 1.1.1996 - con la sola eccezione prevista dall'art. 103 cpv. 2 che si riferisce essenzialmente alla durata del diritto alle prestazioni (cfr. Messaggio del Consiglio federale alle Camere del 6.11.1991 pag. 119 seg.) - le assicurazioni d'indennità giornaliera sono regolamentate dal nuovo diritto. Esse possono, cioè, essere regolamentate dalla LAMal oppure dalla LCA se le parti hanno concordemente deciso in tal senso. Nel caso di specie non fa dubbio che la materia è retta dalla LAMal come evidenziato anche dalle considerazioni di fatto che precedono e dall'emanazione di una decisione impugnabile a questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni emessa da _____. 2.4. Per l'art 67 cpv. 1 LAMal, le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera con gli assicuratori autorizzati a gestire l'assicurazione delle cure medico-sanitarie ai sensi dall'art 11 LAMal. Questi ultimi devono ammettere, nell'ambito della loro attività territoriale, qualsiasi persona avente il diritto d'assicurarsi (art 68 LAMal). Contrariamente a quanto previsto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori hanno la facoltà, mediante riserve, di escludere dall'assicurazione le malattie esistenti al momento dell'ammissione oppure quelle anteriori se, conformemente all'esperienza, è possibile una ricaduta (cfr. RAMI 1997 119ss). Il cpv. 2 prevede che esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Giusta l'art. 67 cpv. 3 LAMal l'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da: a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti; b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri; c. associazioni di dipendenti, per i propri membri. Giusta l'art 72 cpv. 2 LAMal il diritto all'indennità giornaliera é dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà. Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI - applicabile anche all'art. 72 LAMal - viene considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non é 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 cons. 1c; 111 V 239 cons. 1b; Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, t. I, p. 286 ss). 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 é, 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, p. 293; 1987, p. 106ss) - bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283, cons. 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. Anche nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie vige tuttavia 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 115 V 53; 114 V 285, cons. 3; 111 V 239 cons. 2a; 105 V 178 cons. 2; Maurer, op. cit. t. II p. 377). Quindi se, da un lato, la graduazione dell'incapacità va fatta ritenendo la professione esercitata, dall'altro va 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 di incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente prospettabili. Va rilevato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità che, secondo la dottrina, permette di pretendere un determinato comportamento dalla persona interessata, malgrado ciò presenti degli inconvenienti (E. Peter, Die Koordination des Invalidenrente, Schulthess 1997 pag. 71 e dottrina ivi citata).

2.5. Il contratto di assicurazione collettiva concluso in base alla LAMal è qualificato quale convenzione di diritto pubblico (DTF 126 V 501 consid. 2a; cfr. messaggio del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattia p. 107; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea 1996, p. 108). Per contro la natura giuridica delle condizioni generali non è ancora stata chiarita (Eugster, Krankenversicherung 196 N 878). La LAMal disciplina l'assicurazione indennità giornaliera facoltativa a grandi linee (RAMI 1998 p. 311), mentre le condizioni generali fissano in dettaglio le condizioni d'assicurazione; queste ultime devono però tener conto delle disposizioni imperative contenute nella LAMal (RAMI 1998 p. 311), così come dei principi generali costituzionali, amministrativi e delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 501 consid. 2; cfr. Maurer, op. cit. p. 107; B. Kahlil-Wolff, l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal, p. 47/48, in 1366 jours d'application de la LAMal, colloque de Lausanne 1999, Lausanne 2000).

2.6. Nel caso in esame va risolto il quesito a sapere se _____ abbia diritto alle prestazioni per indennità per perdita di guadagno a partire dall'inizio della malattia sino alla fine della stessa ossia il 10 novembre 2002, e quindi se le vadano pagate le indennità per la perdita di guadagno durante il mese di novembre 2002 rispettivamente se debba essere astretta a rimborsare alla _____ CHF 569.75 percepiti per l'inabilità lavorativa di ottobre.

2.7. Occorre prima, comunque, analizzare se _____ abbia agito proceduralmente in maniera corretta. In effetti _____ ha adottato una decisione il 16 gennaio 2003 con cui ha riconosciuto in parte il buon diritto dell'assicurata a percepire delle indennità per perdita di guadagno, e ciò sino al 29 ottobre 2002, mentre solo con la decisione su opposizione – nella quale ha modificato la motivazione della sua decisione primaria – ha ritenuto una situazione più sfavorevole all'assicurata negandole ogni diritto alle indennità ed ordinando la restituzione degli importi percepiti per l'assenza dal lavoro dovuta a malattia dal 25 ottobre alla fine del medesimo mese.

2.7.1. Per costante giurisprudenza del TFA costituisce una violazione del diritto di essere sentito il fatto che la decisione in lite sia stata confermata dall'istanza di ricorso con

sostituzione dei motivi. In particolare il TFA così si è espresso in una sentenza pubblicata in RAMI 2000 pag. 335 e segg.: " Nel giudizio impugnato, l'autorità di ricorso cantonale ha fatto capo a una motivazione diversa da quella discussa in sede amministrativa, senza informarne preventivamente l'interessato. Essa ha in effetti respinto il gravame constatando che sin dal 1° ottobre 1997 non sussisteva più rapporto assicurativo, mentre la Cassa, dal canto suo, aveva rifiutato di erogare indennità giornaliera per una durata superiore a 360 giorni, ossia posteriormente al 21 gennaio 1998. Orbene, secondo costante giurisprudenza, il fatto che la decisione in lite sia stata confermata dalla precedente istanza ponendo a fondamento una motivazione diversa da quella ritenuta dall'amministrazione è costitutivo di una violazione del diritto di essere sentito (DTF 125 V 370 consid. 4b, 116 V 185 consid. 1a, 115 Ia 96 consid. 1b con rinvii). Detta violazione non è sanabile dinanzi al Tribunale federale delle assicurazioni, in quanto trattasi di un caso di lesione grave del menzionato diritto (cfr. DTF 125 V 371 consid. 4c)." Nella sentenza del TFA pubblicata in DTF 125 V 368 e segg. l'Alta Corte ha in particolare ritenuto come sia da confermare la giurisprudenza per la quale il giudice può tutelare, con sostituzione dei motivi, una decisione di revisione resa a torto qualora la decisione iniziale fosse senza dubbio erronea e la rettifica della medesima appaia di importante rilievo. Nella medesima sentenza il TFA ha considerato come il diritto di essere sentito debba essere rispettato ove, in sede della precedente istanza giudiziaria, la decisione di revisione in lite sia stata confermata con sostituzione dei motivi.

2.7.2. Per quanto attiene invece alla possibilità di riformare a sfavore dell'assicurato la decisione emanata in occasione dell'esercizio di un diritto di ricorso, va rammentato come la giurisprudenza del TFA si sia espressa, con una modifica giurisprudenziale, nella sentenza pubblicata in DTF 122 V 166 dove l'Alta Corte ha precisato che: " 2 - a) Beabsichtigt eine Behörde, auf ein Rechtsmittel hin zu einer reformatio in peius zu schreiten, hat sie gemäss konstanter Praxis die betroffene Partei vorgängig darauf aufmerksam zu machen und ihr Gelegenheit zu einer Stellungnahme einzuräumen. Dieser Grundsatz fliesst direkt aus der verfassungsrechtlichen Garantie des rechtlichen Gehörs gemäss Art. 4 BV . Dies gibt dem von einer Verschlechterung bedrohten Beschwerdeführer die Möglichkeit, sein Rechtsmittel zurückzuziehen und damit den in Aussicht stehenden ungünstigen Entscheid abzuwenden (BGE 120 V 94 Erw. 5a und 104 Erw. 5a, 118 V 188 Erw. 2d, je mit Hinweisen). b) aa) Gemäss der bisherigen Rechtsprechung hatte die Behörde der von der reformatio in peius bedrohten Partei wohl das rechtliche Gehör hinsichtlich der ins Auge gefassten Erledigung zu gewähren. Hingegen bestand bisher keine Verpflichtung, ausdrücklich auf die Möglichkeit des Beschwerderückzugs hinzuweisen (BGE 118 V 181 Erw. 2d in fine, 107 V 248 Erw. 1a in fine). Lediglich in dem in SVR 1995 AIV Nr. 27 S. 67 veröffentlichten Urteil H. vom 12. Juli 1994 hat das Eidg. Versicherungsgericht die Verpflichtung zum Hinweis auf die Rückzugsmöglichkeit beiläufig erwähnt. bb) Der Sozialversicherungsprozess kennzeichnet sich u.a. durch Einfachheit, was die Rechtsprechung als allgemeines für jeden Verfahrensabschnitt beachtliches Prinzip bezeichnet hat (BGE 110 V 61 Erw. 4b). Der Gedanke der Einfachheit in Verbindung mit dem Verfassungsprinzip der Fairness gemäss Art. 4 BV (dazu grundlegend SALADIN, Das Verfassungsprinzip der Fairness, in: Erhaltung und Entfaltung des Rechts in der Rechtsprechung des Schweizerischen Bundesgerichts, Basel 1975, S. 41 ff.) ist auch in der vorliegenden Verfahrenslage zu berücksichtigen: Die sich abzeichnende Verschlechterung der Rechtsstellung im Verfahren einerseits, die Rückzugsmöglichkeit, welche das Verfahren unmittelbar beendet, andererseits, hängen so eng zusammen, dass konsequenterweise im Rahmen der richterlichen GehörsGewährung auf beide Punkte

(Gefahr der Schlechterstellung und Möglichkeit des Beschwerderückzuges) aufmerksam zu machen ist. Dies entspricht dem Fairnessgebot, indem der das rechtliche Gehör gewährende Richter selber um die Rückzugsmöglichkeit weiss, in vielen Fällen, gerade in der Sozialversicherung, wo häufig ohne fachkundige Rechtsvertretung prozessiert wird, aber nicht der Adressat dieser Mitteilung. Eine erweiterte Aufklärungspflicht, wie sie das Eidg. Versicherungsgericht im schon zitierten Urteil H. vom 12. Juli 1994 erwähnte, trägt daher dem verfassungsrechtlichen Gehörsschutz am besten Rechnung. Im Rahmen eines Meinungsaustausches in der Sache F., wo es zufolge Beschwerderückzuges zu keinem Urteil kam, haben sich die beiden öffentlichrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts dieser Auffassung für den Bereich des Sozialversicherungsrechts angeschlossen. c) Der Klarheit halber sei beigefügt, dass von dieser Anerkennung einer erweiterten richterlichen Hinweispflicht und ihren Folgen für das Rechtsmittelverfahren die Frage zu unterscheiden ist, ob und unter welchen Abänderungstiteln die Verwaltung im Anschluss an einen den Prozess beendenden Beschwerderückzug befugt ist, auf die materiell richterlich unbeurteilt gebliebene Verfügung zu Lasten des Versicherten zurückzukommen. Unter dem Gesichtswinkel des Beschwerderückzuges im erst-, nicht aber im zweitinstanzlichen Verfahren, wo es diesfalls beim Entscheid des kantonalen Gerichtes bleibt, ist ein Zurückkommen auf die Verfügung durch die Verwaltung grundsätzlich möglich, und zwar nach Massgabe der Grundsätze der Rechtsprechung zur Abänderung formell rechtskräftiger Verwaltungsakte (BGE 119 V 183 f. Erw. 3, 477 Erw. 1a, 116 V 298). Damit ist die erweiterte richterliche Hinweispflicht, welche die Beendigung der Rechtsmittelverfahren erleichtert, mit dem Gebot der Durchsetzung des objektiv richtigen Rechtes vereinbar, um dessentwillen der Gesetzgeber die *reformatio in peius* (vel melius) im Sozialversicherungsprozess grundsätzlich zugelassen hat." *Rammentando quindi il dovere dell'autorità adita non solo di permettere al ricorrente l'esercizio del diritto di essere sentito nel senso di esprimersi in merito al previsto aggravamento della sua posizione ma, anche, di informare il ricorrente della possibilità di ritirare il ricorso. Non v'è motivo per non ritenere questi principi applicabili anche all'amministrazione stessa quando, in sede di opposizione ad una decisione emanata come nel caso concreto, intenda pronunciare una decisione su opposizione in tutto od in parte più sfavorevole all'assicurato. Più dettagliatamente il TFA, in una sentenza del 13 ottobre 1992, TFA 118 V 182 e segg., in particolare pag. 185 a 188, ha ritenuto contrariamente all'opinione minoritaria della dottrina (si veda in proposito GRISEL, *Traité de droit administratif*, pag. 938) che, nell'assicurazione infortuni, l'assicuratore chiamato ad applicare la LAINF, nell'ambito di una decisione su opposizione, ha il diritto di procedere ad una *reformatio in pejus* garantendo comunque all'assicurato la facoltà di essere sentito e, come rilevato in precedenza (a fronte del cambiamento giurisprudenziale voluto dal TFA con la sentenza TFA 122 V 166) informandolo della possibilità di ritirare l'opposizione. Nella sentenza l'Alta Corte si è espressa nei seguenti termini: " a) Selon une définition devenue aujourd'hui classique l'"opposition" ou la "réclamation" est une demande adressée à l'auteur d'une décision, dont elle vise l'annulation ou la modification ou tend à faire constater la nullité (GRISEL, *Traité de droit administratif*, p. 938). Elle constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité qui a statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi (ATF 115 V 426 consid. 3a et les références; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents*, p. 285). A ce titre, il s'agit d'un véritable "moyen juridictionnel" (GRISEL, *op.cit.*, *ibidem*) ou "moyen de droit" (MOOR, *Droit administratif*, vol. II, p. 345, § 5.3.1.1 ; ATF 117 V 409 ; consid. 5b). b) Le point de savoir*

si un assureur social saisi d'une opposition peut statuer non seulement dans le sens des conclusions de l'opposant, mais également à son détriment, c'est-à-dire en procédant à une reformatio in peius, a été examiné par le Tribunal fédéral des assurances dans le cadre d'une procédure en matière d'assurance militaire en la cause L., qui a donné lieu à deux arrêts. Dans le premier arrêt, non publié, du 10 août 1987, le tribunal, confirmant l'opinion des juges de première instance, a admis que l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM) était en droit de modifier au détriment de l'assuré la proposition de règlement, au sens de l'art. 12 al. 1 LAM, à laquelle un assuré fait opposition en application de l'art. 12 al. 3 LAM. Mais dans ce cas, pour respecter le droit d'être entendu, l'office doit informer au préalable l'assuré de son intention et lui donner la possibilité de s'exprimer encore une fois. Dans le second arrêt (ATF 116 V 161), le tribunal a précisé cette jurisprudence en jugeant que la proposition de règlement qui n'a pas été expressément acceptée par l'assuré ne revêt pas le caractère d'une décision, contrairement au cas inverse (art. 12 al. 2 LAM). En conséquence, si après opposition et nouvel examen, la direction de l'assurance militaire prévient l'assuré que sa situation juridique se trouvera aggravée par rapport à celle découlant de la proposition de règlement, un retrait de l'opposition n'entraîne pas l'entrée en force de la proposition initiale, ayant pour effet d'obvier à la menace d'une aggravation. Cette conclusion repose sur la constatation que la procédure d'opposition prévue à l'art. 12 al. 3 LAM n'est pas "une procédure d'opposition proprement dite" (ATF 116 V 167 consid. 3). Cela revient à dire que l'assuré a la possibilité de retirer son opposition pour empêcher une reformatio in peius - en soi admissible - lorsque ce n'est pas une simple proposition de règlement (ou un acte administratif de même nature) qui donne lieu à opposition, mais une véritable décision au sens de l'art. 5 PA. Il s'agit, en l'espèce, de vérifier le bien-fondé de cette déduction (...) Dans certains domaines du droit administratif fédéral où il existe également une procédure d'opposition, la faculté, pour l'administration, de procéder à une reformatio in peius est expressément prévue par la loi. Tel est le cas, en particulier, en droit fiscal (par ex.: art. 105 al. 1, seconde phrase, AIFD; art. 39 al. 3 LT), ce qui conduit un auteur à en faire, apparemment, un principe général dans tous les cas où ce type de moyen juridictionnel est prévu par la loi (MOOR, op. cit., p. 350, § 5.3.2.2). Cette opinion ne semble pas être partagée par GRISEL, pour lequel l'autorité dont la décision est frappée d'opposition est tenue de statuer derechef dans le cadre des conclusions de l'opposant (loc.cit., ibidem), ce qui paraît exclure la reformatio in peius. (...) Le but de la procédure d'opposition de l'art. 105 LAA est d'obliger l'assureur-accidents à revoir sa décision de plus près - parfois même en confiant l'examen du dossier à une autre personne que l'auteur de la décision contestée (arrêt non publié F. du 27 septembre 1991; à propos de la nouvelle LAM: message du 27 juin 1990, FF 1990 III 245, commentaire des art. 94 à 98 du projet; texte définitif: FF 1992 III 880) - et il peut apparaître à cette occasion que la décision primitive était certes erronée mais en faveur de l'assuré et non à son détriment. Cependant, il serait contraire au principe de la légalité auquel sont soumis les assureurs-accidents qui appliquent la LAA, au même titre que toutes les institutions qui participent à la gestion des assurances sociales (cf. GREBER, Le principe de la légalité considéré en droit suisse de la sécurité sociale in Le droit des assurances sociales en mutation, Mélanges pour le 75e anniversaire du TFA, p. 252; v. aussi RAMA 1988 No U 38 p. 106 consid. 2b), d'interdire à l'assureur de corriger sa décision dans un sens défavorable à l'assuré qui a fait opposition. Comme le fait observer avec raison ZIMMERLI, c'est d'abord à l'administration qu'il incombe d'appliquer correctement le droit et il est donc normal que celle-ci puisse, sous réserve de disposition légale contraire, modifier une décision illégale même au détriment de l'administré. Il peut

en revanche sembler légitime de limiter le droit de l'autorité judiciaire de procéder à une reformatio in peius, voire de le lui interdire totalement (Zur reformatio in peius vel melius im Verwaltungsrechtspflegeverfahren des Bundes in Mélanges Henri Zwahlen, pp. 512 et 519, § 3.2.1). (...) Avant de procéder à une reformatio in peius, l'assureur-accidents, comme tout autre organe administratif en semblable occurrence, doit cependant avertir l'assuré de son intention et lui donner l'occasion de s'exprimer. Peu importe que cette obligation soit ou non expressément prévue par la loi; elle résulte de toute manière de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 117 Ia 268 consid. 4b, 117 V 158 consid. 3b, 116 Ia 458 et les références). De même faut-il admettre que faute d'une règle légale contraire (comme en droit fiscal par exemple), il doit être loisible à l'assuré placé devant le risque d'une reformatio in peius de la décision à laquelle il a fait opposition de retirer celle-ci, afin d'obvier à la menace d'une aggravation de sa situation (ATF 116 V 167 consid. 3, a contrario)." In una sentenza del 30 giugno 1997 il TFA ha poi esteso l'applicabilità di questi principi anche all'assicurazione malattia con i seguenti rilievi: " a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances rendue en matière d'assurance-accidents, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable "moyen juridictionnel" ou "moyen de droit" (ATF 118 V 185 consid. 1a et les références). A ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près (ATF 118 V 186 consid. 2b). En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation (ATF 102 Ib 372 consid. 6; RCC 1988 p. 486 sv. consid. 3a; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 285). Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 119 V 350 consid. 1b). Il n'y a pas de raison de ne pas appliquer à la procédure d'opposition en matière d'assurance-maladie les principes susmentionnés élaborés en relation avec l'assurance-accidents. En effet, les développements précédents résultent d'un concept général de la procédure administrative et ne sont pas spécifiques au domaine de l'assurance-accidents." 2.8. Nel caso concreto vengono chiesti in restituzione alla signora _____ gli importi delle indennità di perdita di guadagno percepiti per l'assenza dal lavoro per malattia nell'ottobre 2002, mentre con la decisione cui l'assicurata si è opposta l'assicuratore riconosceva il diritto della signora _____ a ricevere detti importi. Nella decisione su opposizione viene poi cambiata la motivazione alla base della decisione in precedenza assunta poiché vengono adottati nuovi argomenti per rifiutare il versamento delle indennità per 10 giorni durante il mese di novembre 2002. L'amministrazione non si è però minimamente preoccupata di informare l'assicurata, rappresentata da un sindacato, del diritto di esprimersi in merito al cambiamento della motivazione alla base della decisione, da un lato, e del diritto di essere sentita in merito alla prevista reformatio in pejus, con la concessione della possibilità di ritirare l'opposizione. La violazione del diritto di essere sentita appare, in concreto, particolarmente grave e andrebbe sanzionata mediante l'annullamento della decisione impugnata. Per questo motivo il ricorso andrebbe accolto ed il provvedimento impugnato annullato. 2.9. Per economia di procedura il TCA entra comunque nel merito della vertenza. La signora _____ si è assentata dal lavoro il 24 ottobre 2002 verso le ore 16.00 a seguito di gravi problemi di salute, i pruriti cui era soggetta erano in effetti divenuti insopportabili. In precedenza, ossia

una settimana prima dell'interruzione dell'attività lavorativa, _____ era stata visitata dal proprio medico curante dott. _____, dermatologo di _____, che aveva accertato – come desumibile nello scritto 20 marzo 2003 destinato all'assicuratore malattia – l'effettuazione di una visita d'urgenza per l'assicurata, la diagnosi ritenuta poi successivamente anche dalla dott. _____, ma soprattutto l'esistenza di "lesioni relativamente discrete soprattutto nella parte laterale del tronco e la classica placca madre ad una coscia". Il professionista _____ non aveva, a quel momento – ossia una settimana prima dell'inizio dell'inabilità lavorativa accertata dalla dott. _____ - , ritenuto una incapacità lavorativa, neppure sollecitata dall'assicurata nonostante la già esistente rottura del rapporto lavorativo con la _____. L'amministrazione si fonda, per negare l'esistenza di una inabilità lavorativa per ragioni di salute, su una generica valutazione del dott. _____ relativa alla patologia sofferta dall'assicurata. Il medico di _____ non si è invece espresso specificatamente sulla situazione concreta dell'assicurata, che non ha visitato nonostante le condizioni d'assicurazione permettessero a _____ di imporre all'assicurata una visita di controllo. In effetti l'art. 20 delle Condizioni generali d'assicurazione, sotto il capitolo dei doveri dell'assicurato, permettono all'assicuratore la verifica da parte di ispettori e del medico fiduciario, mentre – contrariamente all'assunto di _____ - unicamente il rifiuto di sottoporsi ad un controllo da parte del medico fiduciario può condurre l'assicuratore al rifiuto di prestazioni. In altri termini al dott. _____ sarebbe stata possibile una visita della signora _____, dietro richiesta dell'assicuratore ed in tempo di malattia, per verificare estensione e gravità della pitiriasi. _____ non ha provveduto in merito ed agli atti è quindi consegnata una valutazione generica del professionista su cosa sia la pitiriasi rosea di Gilbert di cui soffriva la signora _____. Il certificato del dott. _____ non dice quindi assolutamente nulla in merito alle condizioni in cui versava la signora _____, circa l'intensità del prurito, circa le motivazioni della febbre presentata dall'assicurata, circa l'estensione delle lesioni e della placca madre. L'attestazione medica del dott. _____, come rilevato, indica invece lesioni relativamente discrete sulla parte laterale del tronco e la presenza della classica placca madre ad una coscia e si riferisce ad una settimana prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa. La pitiriasi, che è patologia che guarisce normalmente senza particolare disturbo come riferiscono i medici interpellati, si presentava ancora il 24 ottobre 2002 ed era di particolare rilievo poiché accompagnata da un innalzamento della temperatura corporea come attestato dalla dott. _____. La professionista _____ ha in particolare riferito che l'incapacità lavorativa è iniziata il 24 ottobre, dopo una giornata di pruriti che seguiva un perdurare della pitiriasi – come attestato dal dott. _____ – presente almeno dal 18 ottobre 2002, con innalzamento della temperatura. Il rialzo termico, le eruzioni presenti sul corpo, il disagio psicologico derivante da una patologia come quella in discussione giustificano – come attestato in maniera competente e coerente, completa e dettagliata dalla dott. _____ – una inabilità lavorativa a partire dal 24 ottobre 2002 ore 16.00 sino al 10 novembre 2002 compreso. Come noto alle parti in merito alle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). Secondo la giurisprudenza, quanto

alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione quale perizia o rapporto (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). In una sentenza, pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b/aa e riferimenti citati; STFA del

E. 25

febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10 pag. 33 segg.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Per quel che riguarda il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente, egli attesta a suo favore (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Nel caso concreto la valutazione della dott. _____ è completa, precisa, riferita ad una paziente vista durante la patologia, riferisce in esteso le patologie ed i disagi presentati dall'assicurata e non si discosta dalla precedente valutazione del dott. _____, specialista in materia, che ha però visto l'assicurata una settimana prima dell'aggravamento che ha portato la signora _____ nello studio della dott. _____ e quando l'assicurata non presentava un innalzamento della temperatura corporea ed il disagio psicologico ricordato dalla curante. Dal canto suo _____ ha prodotto unicamente una valutazione teorica sulla patologia eseguita dal dott. _____,

valutazione che – come tale – non smentisce le valutazioni della curante e del dott. _____, valutazione che non ha considerato l'innalzamento della temperatura corporea dell'assicurata, il disagio psicologico, le lesioni sul tronco e l'estensione della placca madre. Il TCA ritiene quindi la certificazione della dott. _____ credibile e la fa propria considerando l'inabilità della signora _____ come dimostrata, al di là della verosimiglianza preponderante normalmente sufficiente nell'ambito delle assicurazioni sociali. Stante l'inabilità lavorativa sino al 10 novembre 2002 compreso alla signora _____ debbono essere versate le prestazioni assicurative per tutto il periodo indicato.

2.10. Occorre ora verificare se l'amministrazione poteva rifiutare le prestazioni a motivo dell'impedimento del controllo da parte di un ispettore della _____. Di rilievo appare qui indicare come _____, nella sua decisione su opposizione, faccia riferimento al citato art. 20 delle CGA che prevede non solo l'obbligo per l'assicurato di fornire tutte le informazioni in specie d'ordine medico ma anche di sottoporsi ad "... altre misure di controllo, in particolare le perizie mediche che servono a determinare la diagnosi e a definire il diritto alle prestazioni" come recita il cpv. 3, ed ancora di sottostare a perizie ordinate dalla cassa per definire lo stato di salute rispettivamente la capacità lavorativa. Il cpv. 4 precisa poi che: " L'assicurato deve anche sottoporsi al controllo degli ispettori e del medico di fiducia della cassa. L'assicurato che rifiuta di sottoporsi ad un controllo da parte di un medico specialista designato liberamente dalla cassa rischia il rifiuto delle prestazioni." Nel caso concreto l'amministrazione sostiene che la signora _____ abbia rifiutato il controllo di un ispettore in casa propria verso le otto di sera. L'assicurata è stata raggiunta dall'incaricato telefonicamente al proprio domicilio il 29 ottobre 2002 e nulla prova che l'assicurata non fosse a casa quella sera, anzi l'aver composto il numero di casa ed avere ottenuto risposta da parte del preposto di _____ dimostra che _____ era al suo domicilio contrariamente all'ipotesi di possibile deviazione della telefonata formulata dall'assicuratore. In ogni modo la stessa _____ da atto che indirizzo e recapito telefonico della signora _____ sono inseriti nell'annuario telefonico e che il funzionario ha reperito senza difficoltà l'assicurata, non appare quindi di rilievo la critica dell'assicuratore secondo cui la signora _____ non avrebbe fornito dati sufficienti sulla sua reperibilità, la stessa essendo dimostrata dai fatti. Il funzionario non avrebbe avuto la minima difficoltà – anche non conoscendo i quartieri del comune di _____ più prossimi alla _____ - a reperire il luogo di domicilio dell'assicurata. _____ disponeva in ogni caso di un sufficiente recapito _____ per permettere al suo incaricato di recarsi al domicilio della signora _____. D'altra parte l'annuario telefonico specifica, come rilevato, via e numero civico del domicilio della signora _____. _____ aveva quindi i dati sufficienti per reperire l'assicurata, che è stata in effetti raggiunta. L'assicurata ha procrastinato la visita ritenuto l'asserito scopo della stessa, ossia – come evoca anche la decisione su opposizione – informazioni sullo stato di salute, ottenibili e comunque fornite da un medico specialista in medicina interna FMH mediante certificati medici. Altro scopo sarebbe stato quello di sottoscrivere o compilare un formulario, anche in questo caso l'orario appariva inopportuno e la procedura poteva essere eseguita altrimenti. Non può essere quindi seriamente ritenuto che l'assicurata abbia rifiutato il controllo, la sua presenza a casa essendo stata accertata dall'incaricato di _____ e le domande potendo essere effettuate telefonicamente (art. 13 no. 6 delle condizioni particolari dell'assicurazione collettiva dell'indennità giornaliera, doc. _). In altri termini la signora _____ non ha rifiutato di conferire o di rispondere a domande di un anonimo incaricato che nelle ore serali l'ha contattata telefonicamente. Comunque anche se

si volesse ammettere una violazione degli obblighi incombenti alla signora _____ nei confronti dell'ispettore, per non averlo incontrato di persona, gli stessi non potrebbero avere le conseguenze che l'assicuratore ne trae. In effetti la sospensione delle prestazioni appare decisione gravida di conseguenze. L'art. 20 delle CGA prevede il "rischio" di rifiuto del versamento delle prestazioni, e quindi non necessariamente la sospensione delle prestazioni, con conseguente difficoltà giuridica nel determinare la parità di trattamento, al solo caso di rifiuto di sottoporsi ad una visita specialistica da parte di un medico specialista. Non quindi di un medico incaricato dall'amministrazione ma di un medico specialista. Non basta, alla luce delle CGA citate, che – semmai lo si volesse ritenere – la signora _____ si sia rifiutata di incontrare di sera uno sconosciuto ed anonimo ispettore della _____. Ma non è tutto. La signora _____ ha subito un grave attacco alla sua persona presso il suo domicilio da parte di persona perseguita e punita dal magistrato inquirente, questa circostanza ha lasciato – come rammenta la dott. _____ - delle conseguenze d'ordine psichico (cfr. attestazione 22 settembre 2003) e quindi l'eventuale rifiuto di incontrare, di sera (e quindi senza potere eseguire verifiche presso l'assicuratore data l'ora), al suo domicilio, uno sconosciuto che si annuncia come incaricato dell'assicuratore sarebbe stato del tutto giustificato come la signora _____ ha adeguatamente comprovato all'assicuratore. L'argomento ritenuto nella decisione su opposizione, ed anche nella decisione del 16 gennaio 2003, appare quindi del tutto ininfluenza. Se _____ avesse ordinato una visita specialistica da parte di un dermatologo e se l'assicurata avesse rifiutato, senza valido motivo, la visita allora il rifiuto delle prestazioni sarebbe stato giustificabile. Non nel caso concreto. 2.11. Nella decisione su opposizione _____ indica poi che l'assicurata avrebbe beneficiato sia del salario che del versamento delle indennità contrattuali previste. La tesi è infondata. La semplice lettura dagli atti prodotti dalla ricorrente avrebbe peraltro facilitato il compito dell'assicuratore. Nella sua istanza alla Pretura l'_____ rammenta l'entità delle prestazioni richieste al datore di lavoro cifrate in CHF 11'221,05 comprensive dei versamenti ex LADI dal 31 gennaio 2003 della Cassa disoccupazione, delle mensilità dovute dal datore di lavoro sino alla fine del contratto di lavoro, e dell'indennità per licenziamento abusivo ai sensi del richiamato art. 336a CO, ciò che lascia largo margine di apprezzamento al giudice civile competente. Per quanto attiene alle pretese nei confronti della _____ la signora _____ ha specificato l'esistenza del contenzioso per il pagamento delle indennità non versate, ossia dal 1 novembre in avanti, con il rilievo che "... la signora _____ farà valere i propri diritti dinanzi al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni". D'altro canto l'attestazione del rappresentante del datore di lavoro doc. _ appare chiara in merito all'entità ed alle poste coperte dalla transazione. Quanto evidenziato a pagina 11 dell'istanza doc. _, dove l'assicurata, tramite il rappresentante, quantifica le proprie pretese, appare illuminante. La signora _____ ha chiesto il versamento del salario di ottobre 2002 per CHF 3'097,25 cui si aggiunge l'indennità versata al datore di lavoro da parte di _____ come a conteggio dello stesso assicuratore di CHF 569.75, importo che _____ non aveva versato all'assicurata prima del contenzioso come desumibile dall'istanza in discussione. La ricorrente ha aggiunto poi il salario dall'11 al 30 novembre 2002, quello di dicembre e la tredicesima pro rata per il totale citato di CHF 11'221,05. L'argomento di _____ appare quindi del tutto privo di rilievo e da respingere in toto. 2.12. Alla luce di quanto precede la decisione della _____ va annullata. Ad _____ vanno riconosciute le prestazioni assicurative dal 29 ottobre al 10 novembre 2002 compreso. La richiesta di restituzione delle prestazioni versate al datore di lavoro per l'incapacità lavorativa

dell'assicurata dal 25 al 29 ottobre 2002, per complessivi CHF 569,75 è annullata. Visto quanto precede all'assicurata, rappresentata in causa, va riconosciuta adeguata indennità per ripetibili che va fissata senza tenere in considerazione l'entità economica della posta in gioco. Conformemente alla prassi di questo Tribunale l'indennità va fissata in CHF 2'000.-.

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