

TI_GERICHTE 36.2014.5 vom 28. März 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-03-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.5

FR: TI_GERICHTE 36.2014.5 du 28 mars 2014

IT: TI_GERICHTE 36.2014.5 del 28 marzo 2014

Regeste

Richiesta di versamento di un'indennità giornaliera per malattia. Rinvio per ulteriori accertamenti all'assicuratore malattie in particolare per quanto concerne il sovraindennizzo

Erwägungen

E. 21

luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). nel merito 2. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Secondo l'art. 3 cpv. 2 LPGA sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta. L'art. 4 LPGA precisa che è considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. E' considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). Per l'art. 7 LPGA è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 3. A norma dell'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 d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi dell'articolo 68. Secondo l'art. 67 cpv. 2 LAMal esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per 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. 71 cpv. 1 LAMal l'assicurato che esce dall'assicurazione collettiva perché cessa di appartenere alla cerchia degli assicurati definita dal contratto oppure perché quest'ultimo è disdetto, ha diritto al trasferimento nell'assicurazione individuale dell'assicuratore. Se nell'assicurazione individuale l'assicurato non assicura prestazioni più elevate, non possono

essere formulate nuove riserve e dev'essere mantenuta l'età d'entrata determinante nel contratto collettivo. Per l'art. 71 cpv. 2 LAMal l'assicuratore deve provvedere affinché l'assicurato sia informato per scritto in merito al suo diritto di passare all'assicurazione individuale. Se omette questa informazione, l'assicurato rimane nell'assicurazione collettiva. L'assicurato deve far valere il diritto di passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione. Secondo l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPGa). 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. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPGa non è applicabile. In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal). Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPGa, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione. A norma dell'art. 69 cpv. 1 LPGa il concorso di prestazioni delle varie assicurazioni sociali non deve provocare un sovraindennizzo sono considerate soltanto le prestazioni di medesima natura e destinazione fornite all'avente diritto in base all'evento dannoso. Per l'art. 69 cpv. 2 LPGa vi è sovraindennizzo se le prestazioni sociali legalmente dovute superano il guadagno di cui l'assicurato è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato, incluse le spese supplementari provocate dallo stesso evento ed eventuali diminuzioni di reddito subite da congiunti. L'art. 69 cpv. 3 LPGa prevede che le prestazioni pecuniarie sono ridotte dell'importo del sovraindennizzo. Sono esenti da riduzioni le rendite dell'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti e dell'assicurazione per l'invalidità nonché gli assegni per grandi invalidi e per menomazione dell'integrità. Per le prestazioni in capitale è tenuto conto del valore della corrispondente rendita. Secondo l'art. 73 cpv. 1 LAMal a i disoccupati, in caso d'incapacità lavorativa (art. 6 LPGa) superiore al 50 per cento, è pagata l'intera indennità giornaliera e, in caso d'incapacità lavorativa superiore al 25 per cento ma al massimo del 50 per cento, è pagata la mezza indennità giornaliera, se gli assicuratori, in virtù delle proprie condizioni d'assicurazione o di accordi contrattuali, pagano di massima prestazioni per un corrispettivo grado d'incapacità lavorativa. Ai sensi dell'art. 73 cpv. 2 LAMal gli assicurati disoccupati hanno diritto, previo congruo adeguamento dei premi, alla trasformazione dell'assicurazione previgente in un'assicurazione le cui prestazioni decorrono dal 31° giorno, fatto salvo l'ammontare della precedente indennità giornaliera e indipendentemente dallo stato di salute al momento della trasformazione. 4. Le Condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera _____ secondo la LAMal (di seguito: CGA) prevedono quanto segue. A norma dell'art. 10.4 CGA per le persone assicurate che sono incapaci al lavoro o al guadagno al termine dell'assicurazione, il diritto a prestazioni resta

salvaguardato per il caso in corso nell'ambito delle disposizioni contrattuali (continuazione della prestazione). Con il raggiungimento della capacità di lavoro completa si estingue il diritto alla continuazione delle prestazioni. Circa il passaggio all'assicurazione individuale, l'art. 12.1 CGA prevede che le persone che escono dalla cerchia delle persone assicurate hanno il diritto di passare entro tre mesi all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo la LAMal dell'assicuratore senza nuovo esame dello stato di salute. Lo stesso diritto è previsto anche per i dipendenti se si estingue il contratto collettivo d'assicurazione. Per l'art. 12.3 CGA il termine (n.d.r.: di tre mesi per il passaggio) inizia a decorrere dall'uscita dall'assicurazione collettiva, al più tardi comunque a partire dalla ricezione della comunicazione scritta relativa al diritto di passaggio. Se la persona assicurata riceve una continuazione della prestazione secondo il paragrafo 10.4, il termine inizia a decorrere al termine dell'obbligo di fornire prestazioni. In questo caso l'obbligo di fornire informazioni spetta all'assicuratore. A norma dell'art. 12.5 CGA se la persona assicurata è inabile al lavoro già al momento della disdetta del contratto di lavoro da parte del datore di lavoro o se subisce una ricaduta dopo la cessazione del rapporto di lavoro, le prestazioni erogate in base alla presente assicurazione vengono continuate mantenendo invariato l'importo. Secondo l'art. 14.2 CGA la persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste alcun diritto a prestazioni. Per l'art. 18.3 CGA, in caso d'incapacità al lavoro parziale viene corrisposta un'indennità giornaliera ridotta per la durata indicata al par. 18.1. La copertura assicurativa per la capacità al lavoro residua permane. Giusta l'art. 18.4 CGA in caso di riduzione dell'indennità giornaliera a causa di sovraindennizzo ai sensi dell'art. 24 CGA, la durata delle prestazioni si prolunga in maniera proporzionale alla riduzione. A questo proposito l'art. 24.1 CGA prevede che il concorso di prestazioni delle varie assicurazioni sociali non deve provocare un sovraindennizzo dell'avente diritto. Vi è sovraindennizzo se le prestazioni sociali legalmente dovute superano il guadagno di cui l'assicurato è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato. Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono accordate a complemento di prestazioni di altre assicurazioni sociali e vengono ridotte dell'importo del sovraindennizzo.

5. Va ancora rammentato che con sentenza emanata dal Tribunale Federale il 25 marzo 2013, 9C_24/2013 (consid. 4.), l'Alta Corte ha evidenziato di avere: "... già avuto modo di stabilire in SVR 1998 KV n. 4 pag. 9 consid. 2b - sotto l'egida della LAMal (recte: LAMI), ma enunciando principi che rimangono validi anche sotto la LAMal (DTF 128 V 149 consid. 2a pag. 152) - che subisce in particolare una perdita di guadagno il dipendente, nei cui confronti non è (ancora) stato pronunciato il licenziamento ("in ungekündigter Stellung"), che diventa incapace al lavoro a causa di malattia e che non percepisce più il salario dal datore di lavoro. In questi casi, se la persona assicurata perde (in seguito) il proprio posto a causa dell'incapacità di lavoro, la perdita di guadagno consiste (anche dopo il termine di disdetta) nella perdita di salario. In simile evenienza vale infatti la presunzione che detta persona non avrebbe perso l'occupazione se non fosse diventata inabile al lavoro (Gebhard Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung nach KVG und nach VVG [in seguito: Vergleich], in: Adrian von Kaenel [ed.], Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pag. 80; inoltre Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, pag. 500).

4.2 La situazione si presenta invece diversamente se il datore di lavoro pronuncia il licenziamento prima che il lavoratore diventa inabile al lavoro per malattia. In tale evenienza la predetta presunzione non si giustifica più. Il lavoratore perderebbe in ogni caso la propria occupazione, a prescindere dalla successiva

incapacità lavorativa, la quale in questo modo non assurge più a causa primaria per la perdita di salario dopo la scadenza contrattuale. Al pari del lavoratore disoccupato avente di principio diritto a indennità di disoccupazione ma che a causa della malattia risulta temporaneamente non collocabile e che pertanto non può riscuotere tali indennità (v. DTF 102 V 83), la persona diventata inabile al lavoro dopo avere ricevuto (o espresso lei stessa) il licenziamento subisce ugualmente una perdita di guadagno a carico dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia. Tuttavia - in entrambe le situazioni - la perdita di guadagno indennizzabile corrisponde (al termine della scadenza contrattuale e sempre che la copertura assicurativa lo preveda) alla perdita dell'indennità di disoccupazione (sul coordinamento tra assicurazione malattia e assicurazione disoccupazione nello specifico contesto cfr. art. 73 LAMal e art. 28 LADI; DTF 102 V 83 segg.; RAMI 1998 no. KV 43 pag. 420 consid. 3a con riferimenti). È riservato il caso in cui la persona interessata è comunque in grado di dimostrare che senza l'inabilità al lavoro avrebbe trovato con ogni verosimiglianza un posto nuovo, concretamente definito (cfr. sentenza citata 9C_311/2010 consid. 1.2 in fine, 9C_332/2007 del 29 maggio 2008 consid. 2.2 in fine e RJAM 1983 n. K 526 pag. 81). 4.3. Dalla situazione appena descritta in cui la persona assicurata vanta di principio il diritto a indennità di disoccupazione ma a causa della malattia non è (temporaneamente) collocabile e non le può riscuotere va infine distinta quella del disoccupato che non può invece neppure rivendicare siffatto diritto, vuoi perché esso si è esaurito o perché la persona interessata non adempie le condizioni relative alla durata contributiva (RAMI 1998 no. KV 43 pag. 420 consid. 3b; cfr. pure sentenza K 121/06 del 16 agosto 2007 consid. 2). In questa ipotesi, l'interessato che diventa inabile al lavoro non può di principio neppure rivendicare, per la mancata perdita di un reddito sostitutivo, il diritto a indennità giornaliera di malattia, a meno che non fornisca la prova che senza la malattia avrebbe iniziato a lavorare in un posto ben definito (cfr. Eugster, Vergleich, pag. 80 seg. con i riferimenti alla giurisprudenza in materia). In quest'ultimo caso la perdita di guadagno consisterebbe nella perdita di salario." Va qui pure segnalata la sentenza 4A_344/2007 dell'11 marzo 2008, dove il TF, in un caso soggetto alla LCA, dopo aver stabilito l'applicabilità della sopra riportata giurisprudenza anche in ambito di diritto privato (perlomeno, nel caso allora giudicato, delle prime due ipotesi, la terza non essendo stata discussa), ed aver rilevato che il caso allora in esame rientrava nella seconda ipotesi, ha infine affermato al consid. 3.4.3: "(...) Sia come sia, tenuto conto del tenore degli argomenti della ricorrente - che in coda al gravame insiste sull'inabilità al lavoro dell'opponente a causa della malattia - può essere utile precisare che ai fini del giudizio sull'attuale vertenza non occorre tanto dimostrare l'incapacità lavorativa dell'opponente, quanto che tale incapacità gli causa una perdita economica poiché, se non fosse malato, lavorerebbe in un posto ben definito. Qualora poi, in seguito, egli dovesse essere posto al beneficio di rendite AI, si potrà - se del caso - procedere ad un adeguamento delle prestazioni fornite dalle varie assicurazioni in considerazione del principio del divieto del sovraindennizzo, così come previsto anche nell'art. 12 CGA dell'assicurazione individuale." (sottolineatura del redattore) 6. Nel caso di specie l'assicuratore, sia nello scritto del 28 ottobre 2013 (doc. 9), sia nella decisione formale del 21 novembre 2013 (doc. 12) rileva che "assume le conseguenze economiche derivanti da una malattia o infortunio (...)". La convenuta afferma tuttavia che il diritto ad ottenere prestazioni è subordinato alla comprova dell'esistenza di un danno (perdita salariale); se non è possibile dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste alcun diritto a prestazioni. Poiché dal 1° settembre 2008 l'insorgente è stato messo al beneficio di una rendita d'invalidità al 100%, rispettivamente la sua

capacità lavorativa è dello 0%, l'interessato non può comprovare alcun danno (doc. 12). Nella decisione su opposizione l'assicuratore ha poi evidenziato che ciò vale anche se in ambito di revisione della rendita AI la prestazione è stata ridotta al 50% ed ha aggiunto che in ragione del versamento di una rendita LAINF del 62% e di una rendita AI del 100%, poi ridotta al 50%, il ricorrente non potrebbe comunque beneficiare di ulteriori prestazioni. Il TCA evidenzia che nel caso di specie l'insorgente, indipendentemente dai motivi che hanno indotto il datore di lavoro a mantenerlo nell'organico che qui non occorre indagare, è stato licenziato per il 31 luglio 2013 a causa della cessazione del versamento delle indennità giornaliere per perdita di guadagno erogate dalla _____ in ragione dell'infortunio del 10 settembre 2007 e del riconoscimento di una rendita d'invalidità (doc. 2). Ciò significa che l'insorgente è stato licenziato poiché l'assicuratore infortuni non ha più versato le indennità giornaliere in sostituzione del salario, allorché, come risulta dal certificato del 16 luglio 2013 della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (allegato al doc. 2), il cui contenuto non è contestato dall'assicuratore, era incapace al lavoro, oltre che per l'infortunio anche a causa di una malattia psichica indipendente dal dolore causato dall'infortunio. Infatti, mentre il 4 dicembre 2012 la specialista aveva affermato di concordare con la collega dr.ssa med. _____ rispetto alla presenza di un nesso causale naturale tra il disturbo psichico e l'infortunio del 10 settembre 2007 (doc. E), nel suo referto del 16 luglio 2013 la dr.ssa med. _____ ha affermato che “ nel corso del 2013 abbiamo assistito ad una cristallizzazione del quadro psichico tale per cui i disturbi della sfera depressiva appaiono ora indipendenti da quelli legati al dolore ” ed ha attestato un'incapacità lavorativa totale (doc. allegato al doc. 3), che necessita tuttavia ulteriori approfondimenti. Determinante in concreto è comunque la circostanza che l'interessato è stato licenziato allorquando era già incapace al lavoro e che l'incapacità è perdurata anche dopo lo scioglimento del contratto. In queste circostanze infatti il ricorrente si trova nella situazione descritta nel consid. 4.1 della sentenza del 25 marzo 2013, 9C_24/2013, avendo perso il proprio posto di lavoro a causa dell'incapacità di lavoro. Il danno subito dal ricorrente consiste di conseguenza nella perdita del salario. Del resto le indennità giornaliere per perdita di salario della _____ sono state soppresse con effetto al 31 luglio 2013. La circostanza che il versamento di indennità giornaliere non è precluso dal pagamento di una rendita AI, è comprovato dal fatto che fino a quel momento l'insorgente beneficiava sia delle prestazioni dell'AI sia della indennità giornaliera della _____. Accertato che l'insorgente è incapace al lavoro, il grado della sua incapacità lavorativa va accertato dal medesimo assicuratore sulla base delle emergenze degli incarti AI e LAINF e, se necessario, di ulteriori accertamenti. Certo, come giustamente rilevato in sede di decisione su opposizione dall'assicuratore malattie, è assai probabile che, ritenuto, al 1° agosto 2013, il versamento di una rendita LAINF al 62% e di una rendita AI al 100% (che potrebbe essere ridotta al 50%, ma solo dal primo giorno del secondo mese seguente l'emissione della decisione formale dell'AI [cfr. progetto di decisione del 28 novembre 2013, doc. F]), l'interessato non avrebbe comunque diritto ad alcunché. La questione va tuttavia risolta nell'ambito delle norme sul sovraindennizzo (cfr. anche sentenza 4A_344/2007 dell'11 marzo 2008, consid. 8.3). Ora, non è sufficiente che questa ipotesi sia probabile o possibile, per poter ritenere un sovraindennizzo. E' invece necessario procedere con un calcolo dettagliato. Interpellato in merito dal TCA per esporre per esteso il calcolo del sovraindennizzo (doc. V), l'assicuratore ha affermato di non poter dar seguito alla richiesta a causa della mancanza di alcuni elementi (doc. VI). A questo proposito va rammentato che con sentenza 9C_675/2009 del 28 maggio 2010, in ambito di assicurazione

federale per la vecchiaia ed i superstiti (LAVS) il TF ha già avuto modo di affermare che: “(...) 8.3 Ad ogni modo si ricorda alla ricorrente che l' accertamento dei fatti incombeva in primo luogo a lei stessa in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGGA, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. per analogia la sentenza 8C_122/2008 del 10 marzo 2008 consid. 3). Anche per questa ragione essa non può ora rimproverare alla Corte cantonale un accertamento asseritamente lacunoso per non avere approfondito un aspetto - per altro insufficientemente sostanziato in sede cantonale come pure in sede federale, non potendosi dal solo doppio ruolo assunto da F. _____ inferire un serio indizio di manifesto abuso di diritto - che avrebbe potuto e dovuto essere da lei acclarato. Come già avuto modo di affermare in altro ambito, l'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all' accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98]).” (sottolineature del redattore) Alla luce di quanto sopra esposto, in assenza di dati circa il calcolo del sovraindennizzo, spetta all'assicuratore effettuare gli accertamenti necessari. Dopo aver stabilito il grado d'incapacità lavorativa del ricorrente (cfr. supra), la Cassa dovrà accertare l'ammontare della rendita AI, della rendita LAINF (cfr. a questo proposito il doc. D) e del salario che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute (cfr. comunque la decisione della _____, doc. D) e stabilire l'eventuale importo dell'indennità giornaliera cui ha diritto l'insorgente. In queste condizioni, l'assunzione di ulteriori prove da parte di questo Tribunale (richiamare l'incarto AI e incarto _____ come richiesto dal ricorrente o interpellare il datore di lavoro del ricorrente come richiesto dall'assicuratore) si rivela superfluo. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

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