

TI_GERICHTE 38.2015.68 vom 29. Februar 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-02-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_38.2015.68

FR: TI_GERICHTE 38.2015.68 du 29 février 2016

IT: TI_GERICHTE 38.2015.68 del 29 febbraio 2016

Regeste

Amministrazione ha correttamente negato all'assicurato il diritto al condono dell'obbligo di restituzione delle prestazioni indebitamente percepite, ritenendo non essere dato il requisito della buona fede, avendo quest'ultimo più volte violato il proprio obbligo di informare

Erwägungen

E. 1

La grave difficoltà ai sensi dell'articolo 25 capoverso 1 LPGA è data quando le spese riconosciute a norma della legge federale del 19 marzo 1965 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC) e le spese supplementari di cui al capoverso 4 superano i redditi determinanti secondo la LPC.

E. 2

Per il calcolo delle spese riconosciute ai sensi del capoverso 1 sono computati: a. quale importo destinato alla copertura del fabbisogno vitale: il rispettivo importo massimo di cui all'articolo 3 b capoverso 1 lettera a LPC; b. quale pigione di un appartamento: il rispettivo importo massimo di cui all'articolo 5 capoverso 1 lettera b LPC; c. quale importo per le spese personali: 4800 franchi l'anno; d. quale importo forfetario per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: il premio massimo per la rispettiva categoria di persone secondo la versione vigente dell'ordinanza sui premi medi cantonali dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie per il calcolo delle prestazioni complementari.

E. 3

La franchigia per gli immobili conformemente all'articolo 3c capoverso 1 lettera c LPC ammonta a 75 000 franchi. Il computo della sostanza nel caso di beneficiari di una rendita di vecchiaia che vivono in un istituto o un ospedale (art. 3 c cpv. 1 lett. c LPC) ammonta a un decimo. Nel caso di persone parzialmente invalide è computato solo il reddito effettivo ottenuto dall'attività lucrativa. Non è tenuto conto di un'eventuale limitazione cantonale delle spese per il soggiorno in un istituto.

E. 4

Sono computati come spese supplementari: a. per le persone sole, 8000 franchi; b. per i coniugi, 12 000 franchi; c. per gli orfani e per i figli che danno diritto a una rendita per figli dell'AVS o dell'AI, 4000 franchi per figlio." Secondo la legge, dunque, perché sia concesso il condono dall'obbligo di restituzione è necessario che siano adempiuti cumulativamente i seguenti presupposti: - l'interessato ha percepito la prestazione indebita in buona fede; - la restituzione gli imporrebbe una grave difficoltà. Quindi, anche se manca una sola delle due condizioni suelencate il condono non può essere

concesso. 2.3. La buona fede presuppone che l'assicurato ignori che una prestazione gli è versata indebitamente. Di detta ignoranza egli non si può prevalere se la stessa è stata determinata da sua negligenza. Per quel che concerne la buona fede, la giurisprudenza ha precisato che la stessa, intesa come presupposto del condono, deve essere esclusa qualora i fatti che hanno determinato l'obbligo di restituire (violazione dell'obbligo di annunciare o di informare) siano imputabili a comportamento doloso o negligenza grave. Viceversa, l'assicurato può prevalersi della buona fede quando l'atto o l'omissione colpevole siano costitutivi solo di una violazione lieve dell'obbligo di annunciare o di informare (cfr. STFA del 16 giugno 2003 nella causa C., C 130/02, consid. 2.3; DLA 2003 N. 29, consid. 1.2, pag. 260; DLA 2002 N. 38, consid. 2a, pag. 258; DLA 2001 N. 18, consid. 3a, pag. 161-162; DLA 1998 N. 14, consid. 4a, pag. 73; DLA 1992 N. 7, consid. 2b, pag. 103; DTF 112 V 97, consid. 2c, pag. 103, DTF 110 V 176, consid. 3c, pag. 180). In questo ordine di idee, occorre differenziare tra la buona fede intesa come mancata consapevolezza dell'illiceità ("Unrechtsbewusstsein") e la questione di sapere se l'interessato, facendo uso dell'attenzione che le circostanze permettevano di esigere da lui, avrebbe potuto e dovuto riconoscere il vizio giuridico esistente. 2.4. L'art. 28 LPGa regola la "Collaborazione nell'esecuzione". Gli assicurati e il loro datore di lavoro devono collaborare gratuitamente all'esecuzione delle varie leggi d'assicurazione sociale (cfr. art. 28 cpv. 1 LPGa). Colui che rivendica prestazioni assicurative deve fornire gratuitamente tutte le informazioni necessarie per accertare i suoi diritti e per stabilire le prestazioni assicurative (cfr. art. 28 cpv. 2 LPGa). Chi pretende prestazioni assicurative deve autorizzare tutte le persone e i servizi, segnatamente il datore di lavoro, i medici, le assicurazioni e gli organi ufficiali a fornire nel singolo caso tutte le informazioni, sempre che siano necessarie per accertare il diritto a prestazioni. Queste persone e questi servizi sono tenuti a dare le informazioni (cfr. art. 28 cpv. 3 LPGa). L'art. 31 LPGa regola la "Notificazione nel caso di cambiamento delle condizioni". L'avente diritto, i suoi congiunti o i terzi ai quali è versata la prestazione sono tenuti a notificare all'assicuratore o, secondo i casi, al competente organo esecutivo qualsiasi cambiamento importante sopraggiunto nelle condizioni determinanti per l'erogazione di una prestazione (cfr. art. 31 cpv. 1 LPGa). Qualsiasi persona o servizio che partecipa all'esecuzione delle assicurazioni sociali ha l'obbligo di informare l'assicuratore se apprende che le condizioni determinanti per l'erogazione di prestazioni hanno subito modifiche (cfr. art. 31 cpv. 2 LPGa). In merito all'estensione dell'obbligo di informare e annunciare così si esprime Gerhards: " Die Auskunftspflicht ist umfassend. - Sie bezieht sich auf "alle erforderlichen Auskünfte" (96 I, III). Was dabei im einzelnen "erforderlich" ist, bestimmt dabei die anfragende Stelle bzw. richtet sich nach der Informationsbedarf dieser Stelle. Ebenso umfassend ist die Pflicht der Vorlage von Unterlagen. - Es müssen alle Unterlagen vorgelegt werden, welche die anfragende Stelle zur Erfüllung ihrer Aufgabe (im ALV-Bereich) benötigt (s. "die nötigen Unterlagen"). Andererseits dürfen von der berechtigten Stelle keine Auskünfte und Unterlagen verlangt werden, die nicht "erforderlich" oder "nötig" sind. Das Auskunftsrecht darf also nicht schikanös ausgeübt werden. (...). Die Meldepflicht des Versicherten gegenüber der Kasse (vgl. oben N. 28) ist umfassend (vgl. "alles melden"), soweit die Erfüllung der Meldepflicht wichtig ist für die: - Anspruchsberechtigung des Versicherten (s. Anspruchs- Voraussetzungen) - Leistungsbemessung (s. Höhe und Dauer)." (cfr. G. Gerhards, Kommentar zum Arbeitslosenversicherungsgesetz (AVIG), Vol. II, pag. 792-793, N. 20, 21, 22 e 30). Il dovere di informare deve dunque essere sempre rispettato da parte dei beneficiari di prestazioni. Devono essere fornite, di conseguenza, tutte le indicazioni necessarie per

valutare l'adempimento delle condizioni da ossequiare per avere diritto alle indennità (cfr. STFA del 25 luglio 2001 nella causa D., C 104/01, consid. 2 in fine). Secondo la giurisprudenza federale è peraltro irrilevante se le informazioni inveritiere o incomplete sono causali per l'erogazione delle prestazioni assicurative o del relativo calcolo (cfr. DTF 123 V 151 consid. 1b; DLA 1993/1994 N. 3 pag. 21). 2.5. Nel caso di specie, la Sezione del lavoro ha rifiutato di riconoscere all'assicurato l'adempimento del requisito della buona fede, ritenuto che, al momento della compilazione della domanda di indennità per insolvenza, egli ha indicato, in maniera inveritiera, quale ultimo giorno di lavoro il 30 settembre 2012, mentre in realtà il rapporto di lavoro si è concluso solo in data 31 gennaio 2013. Di parere opposto l'assicurato, a mente del quale egli ha agito in buona fede indicando che l'attività lavorativa era terminata in data 30 settembre 2012. Tale circostanza, a suo avviso, sarebbe stata confermata dalla "sentenza del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni tra RI 1-_____ - _____", dalla quale risulterebbe che "al momento della richiesta d'indennità per insolvenza non ero più dipendente della _____ di _____" (doc. V). Chiamato a pronunciarsi, il TCA non può concordare con quanto affermato dal ricorrente. Va, innanzitutto rilevato, a tale proposito, che, contrariamente a quanto preteso da quest'ultimo, la sentenza in ambito LAINF cui ha fatto riferimento RI 1 non riguardava la questione del licenziamento e, di conseguenza, del momento a partire dal quale è terminato il rapporto di lavoro tra l'assicurato e la ditta _____, ma concerneva unicamente la sospensione decisa dall'amministrazione del riconoscimento delle prestazioni di breve durata (indennità giornaliera) a partire dal 1° agosto 2012. Nella STCA 35.2012.85 dell'11 settembre 2013, cresciuta incontestata in giudicato, infatti, questo Tribunale ha confermato la correttezza della decisione con la quale l'assicuratore infortuni ha dichiarato l'assicurato abile al lavoro in misura del 50% dal 16 luglio 2012 al 31 luglio 2012 e nella misura del 100% dal 1° agosto 2012, con estinzione del diritto all'indennità giornaliera a partire da tale data. A prescindere da queste considerazioni, il TCA condivide quanto indicato dalla Sezione del lavoro in sede di risposta di causa, laddove ha indicato che "il fatto di avere presentato ricorso contro la decisione su opposizione 24 settembre 2012 dell'assicurazione _____ rafforza la tesi dell'amministrazione secondo cui egli sapeva che non poteva venire licenziato dal datore di lavoro, ritenendosi egli in infortunio, come peraltro indicato nel ricorso 24 ottobre 2012 e dai certificati redatti dai medici della _____" (cfr. doc. III). Effettivamente, essendo la questione della fine dell'inabilità lavorativa derivante dall'infortunio controversa, l'assicurato, nel momento in cui ha proceduto, in data 18 ottobre 2012, alla compilazione della domanda di indennità per insolvenza, ottemperando al proprio obbligo di informare, non avrebbe in ogni caso dovuto, come invece accaduto, indicare di essere stato in infortunio dal 10 marzo 2012 fino al 15 luglio 2012. Egli avrebbe, infatti, quantomeno dovuto evidenziare di essere comunque ancora stato inabile al lavoro nella misura del 50% fino alla fine del mese di luglio 2012 come ritenuto dall'assicuratore infortuni e, se non altro, sottolineare come fosse pendente un contenzioso con l'assicuratore LAINF proprio per stabilire la durata della sua inabilità lavorativa (avendo il dr. _____ della _____, in data 25 luglio 2012, attestato una totale inabilità lavorativa dal 25 luglio 2012 fino al 30 settembre 2012, cfr. doc. 55). Analogamente, nel compilare la domanda di indennità per insolvenza, l'assicurato non avrebbe dovuto e potuto indicare che l'ultimo giorno di lavoro effettuato è stato il 30 settembre 2012 (doc. 46). Neppure questa indicazione fornita da RI 1, come visto, corrisponde al vero. È, infatti, già stato appurato con la STCA 38.2013.31 del 18 settembre 2013, cresciuta in giudicato, che il rapporto

lavorativo presso la _____ è perdurato fino al 31 gennaio 2013 (data dell'ultimo giorno di lavoro effettuato), così come risulta dall'attestato del datore di lavoro del 1° febbraio 2013 (doc. 41), dalla lettera datata 31 dicembre 2012 di disdetta del rapporto di lavoro con effetto dal 31 gennaio 2013, consegnata brevi manu all'assicurato (doc. 43) e come, del resto, comprovato dalle distinte salario concernenti i mesi da ottobre 2012 a gennaio 2013 (doc. 37-40). L'assicurato, al momento di compilazione della domanda di indennità per insolvenza, non poteva nutrire alcun dubbio in merito al fatto che egli continuasse ad essere alle dipendenze della _____, ben sapendo di non potere venire licenziato dal datore di lavoro, essendo egli in infortunio. Ciò, del resto, come correttamente evidenziato dalla Sezione del lavoro nella risposta di causa (cfr. doc. III), è quanto l'interessato stesso ha indicato nell'opposizione del 14 marzo 2013 contro la decisione di restituzione del 13 marzo 2013 della Cassa, nella quale ha espressamente rilevato che "il datore di lavoro non poteva effettuare il licenziamento perché il dipendente era coperto dal divieto di licenziamento in caso di infortunio o malattia, in questo caso d'infortunio" (doc. 48). In simili condizioni, conformemente alla giurisprudenza federale citata in precedenza (cfr. consid. 2.4.), la buona fede dell'assicurato deve essere negata, visto che egli ha più volte violato il proprio obbligo di informare (cfr. la STFA C 42/06 del 2 ottobre 2006, consid. 3.3.2.). 2.6. In esito alle considerazioni di cui sopra, venendo a mancare il primo presupposto necessario al fine di poter ottenere il condono delle prestazioni, ovvero la buona fede, è, quindi, a ragione che la Sezione del lavoro ha respinto la relativa istanza. La decisione su opposizione del 9 settembre 2015 emessa dalla Sezione del lavoro deve, conseguentemente, essere confermata.

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