

## **TI\_GERICHTE 39.2012.10 vom 14. März 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-03-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_39.2012.10\\_d20120314](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_39.2012.10_d20120314)

FR: TI\_GERICHTE 39.2012.10 du 14 mars 2012

IT: TI\_GERICHTE 39.2012.10 del 14 marzo 2012

### **Regeste**

Negato condono restit.AF4/10-12/11(se impedim.al lavoro x malattia dt a AFx il mese iniziato imped.+3 mesi).Negato BF.14.4.10 informato ILx malattia serv.resp.x AFI.Info suff.?C.que neglig.lieve.Dec.AF però di 11/09:comprens.non gravem.compromessa.Da metà4/11 sorgerere dubbi versam.AF ancora corretto

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

cpv. 1 LAFam gli assegni familiari ai sensi della LAFam comprendono: a. l'assegno per i figli, versato dal mese in cui il figlio nasce sino alla fine del mese in cui il figlio compie il 16° anno d'età; se il figlio presenta un'incapacità al guadagno (art. 7 LPGA

#### **E. 7**

), l'assegno è versato fino al compimento del 20° anno d'età; b. l'assegno di formazione, versato dalla fine del mese in cui il figlio compie il 16° anno d'età fino alla conclusione della formazione, ma al più tardi sino alla fine del mese in cui il figlio compie il 25° anno d'età. L'art. 5 LAFam prevede che l'assegno per i figli ammonta ad almeno 200 franchi mensili (cpv. 1), l'assegno di formazione ammonta ad almeno 250 franchi mensili (cpv. 2). Il Consiglio federale adegua al rincaro gli importi minimi degli assegni allorché procede all'adeguamento delle rendite dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS), sempre che l'indice nazionale dei prezzi al consumo sia aumentato almeno di 5 punti dopo l'ultima determinazione (cpv. 3). L'art. 13 LAFam enuncia che hanno diritto agli assegni familiari, tra l'altro, i salariati assicurati obbligatoriamente all'AVS e dipendenti da un datore di lavoro assoggettato alla presente legge. Le prestazioni sono disciplinate dall'ordinamento sugli assegni familiari del Cantone di cui all'articolo 12 capoverso 2. Il diritto agli assegni nasce e si estingue con il diritto allo stipendio. Per il periodo successivo all'estinzione del diritto allo stipendio, il diritto agli assegni è disciplinato dal Consiglio federale (cpv. 1). Inoltre secondo il cpv. 4 lett. a di tale disposto il Consiglio federale disciplina il diritto agli assegni e il coordinamento con altre prestazioni in caso di incapacità o impedimento al lavoro. Ai sensi dell'art. 10 dell'Ordinanza sugli assegni familiari OAFami, concernente la durata del diritto agli assegni familiari per il periodo successivo all'estinzione del diritto allo stipendio: " 1 Se il salariato è impossibilitato a lavorare per uno dei motivi elencati all'articolo 324a capoversi 1 e 3 del Codice delle obbligazioni (CO), gli assegni familiari sono versati ancora per il mese in cui è iniziato l'impedimento al lavoro e per i tre mesi seguenti, anche se il diritto legale al salario è estinto. 1bis Se il salariato prende un congedo non pagato, gli assegni familiari sono versati ancora per il mese in cui è iniziato il congedo e per i tre mesi successivi. 1ter Dopo un'interruzione giusta il capoverso 1 o 1 bis il diritto agli assegni familiari sussiste dal primo giorno del mese in cui il salariato riprende il lavoro. 2 Il diritto agli assegni familiari continua a sussistere anche senza diritto legale allo

stipendio durante: a. un congedo di maternità di al massimo 16 settimane; b. un congedo giovanile secondo l'articolo 329e capoverso 1 CO. 3 Se il salariato decede, gli assegni familiari sono versati ancora per il mese corrente e per i tre mesi successivi." 2.3. La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale, nel suo Rapporto complementare dell'8 settembre 2004 sull' "Iniziativa parlamentare / Prestazioni familiari" (cfr. FF 2004 pag. 6103 segg.) a proposito dell'art. 13 LAFam (cfr. consid. 2.3.) ha indicato che: " (...) Il Consiglio federale determina il periodo durante il quale sussiste il diritto agli assegni familiari, dopo l'estinzione del diritto al salario. Attualmente vigono normative cantonali diverse per quanto concerne il diritto agli assegni in caso di malattia o incidente, oppure in caso di morte. Queste diverse normative devono essere uniformate e coordinate con le altre prestazioni delle assicurazioni sociali ." (FF 2004 pag. 6124).

L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) nelle Direttive concernenti la legge federale sugli assegni familiari (DAFam), nella versione del 1° aprile 2010, a pag. 51, marginale 517 a proposito dell'art. 10 cpv. 1 OAFami prevede che: " Se il salariato è impossibilitato a lavorare per motivi come malattia, infortunio, gravidanza o adempimento di un obbligo legale, gli assegni familiari gli sono versati ancora per il mese in cui è iniziato l'impedimento al lavoro e per i tre mesi seguenti, indipendentemente dal fatto che egli percepisca un salario o una prestazione assicurativa. Qualora al termine dei tre mesi continui ad essere versato un salario, l'erogazione degli assegni prosegue. Il diritto agli assegni si estingue invece se al termine dei tre mesi sono versate prestazioni da un'assicurazione d'indennità giornaliera secondo l'articolo 324a capoverso 4 CO. I salariati licenziati durante un periodo in cui sono impossibilitati a lavorare per i motivi succitati hanno diritto agli assegni familiari anche dopo la conclusione del rapporto di lavoro. Un lavoratore che percepisce un salario di almeno 570 franchi mensili ha diritto all'intero importo degli assegni familiari, anche qualora riceva indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni, che includono già gli assegni familiari. La possibilità di cumulare gli assegni familiari e le indennità giornaliera non è limitata nel tempo. Conformemente all'art. 10 cpv. 1 OAFami un lavoratore ha diritto agli assegni familiari ancora per tre mesi, anche qualora il diritto legale al salario sia estinto. Se allo scadere dei tre mesi il lavoratore percepisce ancora un salario gli assegni continuano a essere versati." La versione valida dal 12 maggio 2011 a pag. 52 marginale 517 enuncia che: " 1/11 a) Se il salariato è impossibilitato a lavorare per malattia, infortunio, gravidanza o adempimento di un obbligo legale, gli assegni familiari gli sono versati ancora per il mese in cui è iniziato l'impedimento al lavoro e per i tre mesi seguenti, indipendentemente dal fatto che egli percepisca un salario o una prestazione assicurativa. b) Gli assegni familiari continuano a essere versati se, scaduti i tre mesi, il lavoratore riceve ancora un salario e/o indennità giornaliera secondo la LIPG, la LAI o la LAM per un totale di almeno 580 (570) franchi mensili. Non sono invece prese in considerazione le indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni e dell'assicurazione malattie. La possibilità di cumulare gli assegni familiari e le indennità giornaliera non è limitata nel tempo. c) Se non sono versati un salario e/o indennità giornaliera secondo la LIPG, la LAI o la LAM per un totale di almeno 580 (570) franchi mensili, il diritto agli assegni familiari si estingue allo scadere dei tre mesi successivi all'inizio dell'impedimento al lavoro. d) Se il salariato è licenziato durante l'impedimento al lavoro per i motivi summenzionati, il diritto agli assegni familiari per i tre mesi successivi all'inizio dell'impedimento continua anche oltre la data di cessazione del rapporto di lavoro. Scaduto questo periodo, gli assegni familiari non vengono più versati, nemmeno se continuano a essere versate indennità giornaliera secondo la LIPG, la LAI o la

LAM per almeno 580 (570) franchi mensili.” La nota marginale 517 della versione valida dal 1° gennaio 2013 delle Direttive concernenti la legge federale sugli assegni familiari (DAFam), attualmente disponibile soltanto in lingua francese e tedesca (cfr. [www.bsv.admin.ch/vollzug](http://www.bsv.admin.ch/vollzug)), corrisponde a quella del 12 maggio 2011 salvo per l’adeguamento dell’importo di fr. 580 a fr. 585.--. Sulla portata delle direttive amministrative, cfr. DTF 132 V 121 consid. 4.4 pag. 125; STF 2C\_105/2009 del 18 settembre 2009; STF E 1/06 del 26 luglio 2007 consid. 4.3). A proposito dell’art.

## **E. 10**

OAFami cfr. pure U. Kieser e M. Reichmuth, "Bundesgesetz über die Familienlagen". Ed. Dike Verlag AG, Zurigo-San Gallo 2010, ad art. 13 n. 53 segg., pag. 208 segg. (in particolare pag. 211-214). 2.4. L’art. 8 della legge cantonale sugli assegni di famiglia dell’11 giugno 1996 (LAF), in vigore fino al 31 dicembre 2008, prevedeva che in caso di malattia o infortunio, cessato il diritto al salario, l’assegno di base era corrisposto per ulteriori dodici mesi. Il tenore dell’art. 8 vLAF era il seguente: " 1 In caso di malattia o infortunio, cessato il diritto al salario, l’assegno è corrisposto per ulteriori dodici mesi consecutivi di incapacità al lavoro; dall’importo dell’assegno è dedotta la quota-parte corrisposta allo stesso titolo dall’ente assicuratore. 2 Il diritto all’assegno si estingue con l’inizio del diritto ad una rendita intera dell’assicurazione invalidità; l’assegno viene proporzionalmente ridotto con l’inizio al diritto ad una rendita parziale dell’assicurazione invalidità. 3 Il capoverso 1 è applicabile, per analogia, quando per malattia o infortunio vengono a cessare le indennità dell’assicurazione contro la disoccupazione." La nuova legge cantonale sugli assegni di famiglia (Laf) del 18 dicembre 2008, entrata in vigore il 1° gennaio 2009, originariamente all’art. 5 cpv. 2 prevedeva, analogamente all’art. 8 vLAF, che "richiamato l’art. 10 OAFami, gli assegni familiari sono versati ancora per il mese in cui è iniziato l’impedimento al lavoro e per i dodici mesi seguenti, in caso di malattia o infortunio. Dall’importo dell’assegno è dedotta la quota-parte corrisposta allo stesso titolo dall’ente assicuratore." (cfr. BU 7/2009 del 10 febbraio 2009 pag. 60). Il Consiglio di Stato con il Messaggio del 17 marzo 2009 relativo alla modifica della Legge sugli assegni di famiglia (n. 6186) ha, però, formalmente proposto al Gran Consiglio di abrogare l’art. 5 cpv. 2 Laf, poiché tale disposto risultava contrario al diritto federale che agli art. 13 cpv. 4 LAFam e 10 OAFami disciplina in via esaustiva il diritto agli assegni familiari in caso di impedimento al lavoro per malattia o infortunio. Nella seduta del 17 dicembre 2009 il Gran Consiglio ha approvato la proposta del Consiglio di Stato. L’art. 5 cpv. 2 Laf è stato abrogato con effetto retroattivo al 1° gennaio 2009. Con Messaggio del 1° giugno 2010 concernente la modifica della legge sugli assegni di famiglia (n. 6364) è stato, poi, proposto il riconoscimento del diritto ad assegni familiari per 12 mesi in caso di incapacità al lavoro per malattia dei salariati non a carico delle casse per gli assegni familiari, bensì a carico del Cantone. Con questo Messaggio il Consiglio di Stato ha risposto all’invito espresso dalla Commissione della gestione e delle finanze e ribadito dal Parlamento il 17 dicembre 2009, e meglio di "... voler inserire nella Legge sugli assegni di famiglia del 18.12.2008 una normativa che preveda una clausola di sussidiarietà, garantendo le prestazioni famigliari facoltative" nel senso degli "assegni di famiglia in caso di malattia a partire dal quarto mese di impedimento al lavoro fino al dodicesimo mese, con effetto 1° gennaio 2009". Il Messaggio n. 6364 è stato approvato dal Parlamento cantonale e il 1° gennaio 2011 sono entrati in vigore i nuovi art. 45a-45g Laf, relativi alle prestazioni familiari in caso di malattia (cfr. BU 57/2010 del 10 novembre 2010 pag. 435-436). In particolare l’art. 45a Laf ha il seguente tenore: " 1 Se il salariato è impossibilitato a lavorare a causa di malattia e il

suo diritto agli assegni familiari è estinto in applicazione dell'art. 10 cpv. 1 OAFami, egli ha ancora diritto a prestazioni familiari per il periodo successivo fino al dodicesimo mese dall'inizio dell'impedimento, anche se il diritto legale al salario è estinto. 2 Dall'importo dell'assegno è dedotta la quota-parte corrisposta allo stesso titolo dall'ente assicuratore." Il 26 settembre 2011 Il Granconsigliere Gianni Guidicelli ha presentato un'iniziativa parlamentare elaborata per la modifica dell'art. 45a Laf (diritto agli assegni per i disoccupati in malattia). Egli ha chiesto che il cpv. 2 dell'art. 45a Laf abbia la seguente formulazione: " 2 Il medesimo diritto è riconosciuto ai disoccupati che beneficiavano del supplemento di cui all'art. 22 cpv. 1 LADI, esaurito il diritto alle indennità di disoccupazione in caso di malattia ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 LADI." e che l'attuale cpv. 2 diventi il cpv. 3 (cfr.

[www.ti.ch/CAN/SegGC/comunicazioni/GC/inizielaborate/pdf/IE364.pdf](http://www.ti.ch/CAN/SegGC/comunicazioni/GC/inizielaborate/pdf/IE364.pdf)). Al riguardo è utile evidenziare che nel presente caso gli art. 45a Laf segg. non tornano applicabili all'assicurata che ha percepito a torto gli assegni familiari dall'aprile 2010 al dicembre 2011 poi chiestile in restituzione dalla Cassa. Da una parte, infatti, la modifica della Laf in questione, come visto, è valida dal 1° gennaio 2011. Dall'altra, a quel momento (1.1.2011) dall'inizio dell'impedimento a lavorare a causa della malattia che ha colpito l'insorgente nel dicembre 2009 erano già trascorsi più di 12 mesi. La ricorrente, pertanto, dal 1° gennaio 2011 non poteva vantare alcuna pretesa di assegni familiari sulla base della Laf. 2.5. L'art. 25 LPGa, concernente la restituzione e applicabile agli assegni familiari in virtù del rinvio di cui all'art. 1 LAFam, stabilisce che le prestazioni indebitamente riscosse devono essere restituite. La restituzione non deve essere chiesta se l'interessato era in buona fede e verrebbe a trovarsi in gravi difficoltà. I principi giurisprudenziali attinenti alla restituzione di prestazioni elaborati dal TFA anteriormente alla LPGa conservano tutta la loro validità anche sotto l'egida di questa legge (cfr. STF 8C\_938/2008 del 22 settembre 2009 consid. 3.1.; DTF 130 V 318 consid. 5). L'obbligo di restituzione presuppone che siano adempiute le condizioni di una riconsiderazione o di una revisione della decisione con la quale sono state attribuite le prestazioni (cfr. sentenza C 128/06 del 10 maggio 2007; DTF 129 V 110 consid. 1.1; DLA 2006 p. 218 et DLA 2006 pag. 158). La riconsiderazione e la revisione sono ormai esplicitamente regolate all'art. 53 LPGa, che ha codificato la giurisprudenza anteriore alla sua entrata in vigore (cfr. STF U 408/06 del 25 giugno 2007; STF C 128/06 del 10 maggio 2007; STFA K 147/03 del 12 marzo 2004; STFA U 149/03 del 22 marzo 2004; STFA I 133/04 dell'8 febbraio 2005). Analogamente alla revisione delle sentenze delle autorità giudiziarie, l'amministrazione deve procedere alla revisione processuale di una decisione cresciuta in giudicato quando sono scoperti nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (cfr. art. 53 cpv. 1 LPGa, STF U 409/06 del 25 giugno 2007; STF C 128/06 del 10 maggio 2007; SVR 2004 ALV N° 14; DTF 127 V 466 consid. 2 a pag. 469). Più precisamente le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza (cfr. STF 8C\_257/2011 del 14 giugno 2011 consid. 4). Inoltre, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, se essa è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (cfr. art. 53 cpv. 2 LPGa, STF U 408/06 del 25 giugno 2007). Questi principi si applicano anche quando delle prestazioni sono state accordate senza una decisione formale e che il loro versamento ha comunque acquisito forza di cosa giudicata (cfr. STF C 128/06 del 10 maggio 2007, DTF 129 V 110 consid.

1.1). Circa l'ulteriore presupposto necessario per poter riconsiderare una decisione, ovvero quello dell'importanza particolare che deve rivestire la rettifica, vedi pure la STFA C 24/01 e C 137/01 del 28 aprile 2003; STFA C 44/02 del 6 giugno 2002 e DLA 2000 N. 40, pag. 208. 2.6. L'art. 4 OPGA regola il condono. Se il beneficiario era in buona fede e si trova in gravi difficoltà, l'assicuratore rinuncia completamente o in parte alla restituzione delle prestazioni indebitamente concesse (cfr. art. 4 cpv. 1 OPGA). Determinante per il riconoscimento di una grave difficoltà è il momento in cui la decisione di restituzione passa in giudicato (cfr. art. 4 cpv. 2 OPGA). Il condono è concesso su domanda scritta. La domanda, motivata e corredata dei necessari giustificativi, deve essere inoltrata entro 30 giorni dal momento in cui la decisione è passata in giudicato (cfr. art. 4 cpv. 4 OPGA). Sul condono è pronunciata una decisione (cfr. art. 4 cpv. 5 OPGA). L'art. 5 OPGA definisce cosa si intende con "gravi difficoltà" e recita: " 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. 2 Per il calcolo delle spese riconosciute ai sensi del capoverso 1 sono computati: a. per le persone che vivono a casa: 1. quale importo destinato alla copertura del fabbisogno vitale: l'importo massimo secondo le categorie di cui all'articolo 3 b capoverso 1 lettera a LPC, 2. quale pigione di un appartamento: l'importo massimo secondo le categorie di cui all'articolo 5 capoverso 1 lettera b LPC; b. per le persone che vivono in un istituto: quale importo per le spese personali, 4800 franchi l'anno; c. per tutti, quale importo forfetario per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: il premio massimo per la rispettiva categoria secondo la versione vigente dell'ordinanza del DFI 3 sui premi medi cantonali dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie per il calcolo delle prestazioni complementari. 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. 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, qualora difetti una delle due condizioni suelencate, il condono non può essere accordato. 2.7. 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. STF 8C\_865/2008 del 27 gennaio 2009 consid. 4; 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). 2.8. 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). Il dovere di informare deve 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 C 104/01 del 25 luglio 2001 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). 2.9. Nell'evenienza concreta la Cassa ha negato la buona fede dell'assicurata, poiché la stessa non poteva ignorare che, in quanto totalmente inabile al lavoro dal 14 dicembre 2009, il suo diritto agli assegni familiari si sarebbe estinto il 31 marzo 2010, visto che la decisione del 25 novembre 2009 con cui le è stato riconosciuto il diritto a tali assegni, oltre all'obbligo di informare, riporta l'indicazione che, in caso di impedimento al lavoro a causa di malattia, gli assegni sono versati per il mese in cui è iniziato l'impedimento e per i tre mesi successivi. L'amministrazione ha pure indicato che, anche nel caso in cui, come dalla stessa sostenuto, abbia comunicato la sua situazione alla "Cassa", seppur al Servizio centrale delle prestazioni sociali, competente in materia di assegni integrativi, anziché al Servizio assegni familiari, competente per le prestazioni in questione, non è comunque sostenibile che abbia continuato a percepire gli assegni oltre il limite temporale stabilito sulla decisione in suo possesso senza perlomeno accertarsi se ciò fosse corretto (cfr. doc. 7 2/3; A). La ricorrente sostiene, per contro, di avere, nonostante il suo stato di salute assolutamente critico a causa di un adenocarcinoma del corpo gastrico diagnosticato nel mese di dicembre 2009 che ha comportato un intervento di asportazione totale dello stomaco, anche tramite gli operatori della \_\_\_\_\_, immediatamente informato il servizio assegni familiari del cambiamento della sua situazione. La medesima, inoltre, in relazione a quanto addebitatole dalla Cassa, ossia di aver avvisato solo l'organo preposto all'erogazione dell'assegno integrativo e non anche il servizio preposto all'erogazione dell'assegno per figli, ha rilevato che il Servizio competente per erogare gli assegni familiari di base e gli assegni familiari integrativi è il medesimo, come risulterebbe dal sito online dell'istituto delle assicurazioni sociali, nonché dallo stesso numero telefonico indicato in internet per questioni sia inerenti

agli assegni familiari che agli assegni familiari integrativi. L'assicurato ha, pure, asserito di aver ritenuto in buona fede, siccome aveva immediatamente informato il servizio competente in materia di assegni familiari e non aveva mai nascosto nulla alle autorità, di avere diritto agli assegni familiari che continuava a percepire (cfr. doc. I). 2.10. Chiamata a pronunciarsi in merito alla fattispecie, questa Corte rileva innanzitutto che competente per gli assegni familiari dei salariati ai sensi della LAFam sono le Casse di compensazione per gli assegni familiari, ossia la Cassa cantonale di compensazione per gli assegni familiari e le Casse professionali e interprofessionali di compensazione per gli assegni familiari (cfr. art. 6, 7, 8 Laf). Inoltre competente per le prestazioni familiari cantonali, ovvero per gli assegni integrativi e di prima infanzia, è la Cassa cantonale di compensazione per gli assegni familiari (cfr. art. 72 Laf). Dal sito internet \_\_\_\_\_ emerge, poi, che tale Istituto riunisce diversi enti autonomi con personalità giuridica propria, tra i quali la CO 1 (cfr. \_\_\_\_\_). La CO 1, per quanto riguarda le prestazioni, fa capo all'Ufficio prestazioni dell'\_\_\_\_\_ che risulta suddiviso in diversi servizi, fra cui il Servizio assegni familiari che si occupa dell'applicazione delle legislazioni federali sugli assegni familiari e della legge cantonale di applicazione e complemento alla LAFam (Laf) e il Servizio centrale delle prestazioni sociali che si occupa in particolare dell'applicazione della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali cantonali, per cui anche degli assegni integrativi e di prima infanzia (cfr. art. 2 Laps; \_\_\_\_\_). Nel sito internet dell'\_\_\_\_\_ quali recapiti viene indicato un solo numero telefonico per l'intero \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_). 2.11. In concreto la Cassa ha riconosciuto che l'assicurato il 14 aprile 2010 ha informato telefonicamente della sua situazione di inabilità lavorativa per malattia il Servizio responsabile dell'assegno integrativo (cfr. doc. A p.to 4). La questione di sapere se al fine dell'adempimento dell'obbligo di informare (cfr. consid. 2.8.) è sufficiente aver avvisato il Servizio che si occupa degli assegni integrativi (Servizio centrale delle prestazioni sociali), ad esclusione del Servizio assegni familiari, può, nel caso di specie, restare aperta. In effetti va considerato, da un lato, che entrambi i Servizi fanno parte dell'Ufficio delle prestazioni dell'\_\_\_\_\_ che si occupa delle prestazioni di tutte le assicurazioni sociali, segnatamente degli assegni familiari federali, come pure degli assegni integrativi e di prima infanzia (\_\_\_\_\_ ) e che, come esposto sopra, l'\_\_\_\_\_ riunisce diversi enti, fra i quali la CO 1 (cfr. \_\_\_\_\_). Dall'altro, che la decisione del 25 novembre 2009 con cui all'assicurato è stato riconosciuto il diritto agli assegni familiari ai sensi della LAFam (cfr. consid. 2.2.) in favore delle sue due figlie dal luglio 2009 è stata emessa \_\_\_\_\_ – CO 1 (cfr. doc. VIBis). Tale decisione al p.to 4 prevede, inoltre, in modo generico che i cambiamenti dovevano essere comunicati immediatamente alla Cassa per gli assegni familiari (cfr. doc. VIBis). Nel provvedimento del 25 novembre 2009 non vi è accenno alcuno al Servizio assegni familiari competente per gli assegni di cui alla LAFam. Pertanto secondo questo Tribunale all'assicurato può esser imputata tutt'al più una negligenza lieve (non sufficiente per negare loro la buona fede, cfr. consid. 2.7.), per non avere informato espressamente il Servizio assegni familiari circa le sue condizioni di salute e la sua inabilità al lavoro. La decisione su opposizione contestata deve, tuttavia, essere confermata per un altro motivo. 2.12. Il Tribunale federale, con sentenza 9C\_951/2011 del 26 aprile 2012, pubblicata in DTF 138 V 218 e in SVR 2012 AHV Nr. 12 pag. 46, ha stabilito che nel caso di una domanda di condono dell'obbligo di restituire delle rendite per vedovo percepite indebitamente a seguito di un secondo matrimonio, la buona fede doveva essere negata, anche qualora il dovere di informare in merito alla modificazione dello stato civile fosse stato adempiuto da parte dell'assicurato.

Colui che si risposa non può in buona fede continuare a percepire per anni una rendita per vedovo, senza mai essersi informato presso la cassa di compensazione se l'annuncio del passaggio a nuove nozze sia pervenuto e se l'ulteriore pagamento della rendita sia effettivamente corretto. Ognuno comprende infatti che il nuovo stato civile sostituisce quello vecchio, al quale l'ottenimento della rendita per vedovo, già solo a causa del nome, era legato. L'Alta Corte, con giudizio 9C\_453/2011 del 15 settembre 2011, ha, inoltre, confermato il diniego del condono della restituzione di prestazioni complementari, rilevando che l'assicurato, benché avesse avvisato la Cassa dell'avvenuto matrimonio, non aveva poi prestato la necessaria attenzione al conteggio delle PC, il cui esame avrebbe permesso, anche a una persona senza conoscenze specifiche del settore, di constatare che nonostante il matrimonio nel calcolo non era intervenuta alcuna modifica. All'assicurato è stato contestato il fatto di non avere chiesto delucidazioni in merito all'autorità competente. In un'altra sentenza P 32/04 del 4 ottobre 2004, la nostra Massima Istanza ha confermato il rifiuto del condono della restituzione di PC percepite a torto, in quanto non poteva essere ammessa la buona fede dell'assicurato. Anche nel caso, infatti, in cui questi avesse effettivamente avvisato tempestivamente l'autorità competente della morte della madre - beneficiaria delle PC -, egli avrebbe dovuto riconoscere che le PC continuavano a essere versate, senza titolo giuridico, sul conto postale della madre, di cui poteva disporre. In una sentenza C 70/03 del 2 luglio 2003, pubblicata in DLA 2005 N. 7 pag. 70, relativa a un assicurato al quale la cassa di disoccupazione aveva versato inavvertitamente un numero eccessivo di indennità di disoccupazione, il TFA ha stabilito che egli non poteva invocare la sua buona fede, a causa dell'assenza di qualsiasi collaborazione da parte sua e di un minimo di attenzione per lo sviluppo del caso assicurativo. Infatti l'assicurato aveva incassato le prestazioni senza segnalare l'errore all'amministrazione e senza informarsi sui motivi del conteggio manifestamente troppo elevato. L'Alta Corte, visto l'evidente divario fra il probabile guadagno perso dall'assicurato a seguito della disoccupazione e le prestazioni dell'assicurazione disoccupazione invece percepite, ha pure escluso che in concreto si trattava di un caso di negligenza lieve. Al riguardo cfr. pure STF C 264/05 del 25 gennaio 2006. 2.13. L'insorgente, nel dicembre 2009 quando è intervenuta l'inabilità lavorativa per malattia, era alle dipendenze al 50% della \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 1 1/15). Il salario ammontava a circa fr. 1'600.-- al mese (cfr. doc. 1/5, 2 1/16). A seguito dell'incapacità al lavoro contestualmente a un'assicurazione per perdita di guadagno a causa di malattia l'assicurata ha percepito delle indennità giornaliere, pari all'80% dello stipendio, per un importo mensile variante tra circa fr. 1'304 e circa fr. 1'260 (cfr. doc. 2 9/16; 2 11/16). La datrice di lavoro, nel periodo da aprile 2010 a dicembre 2011, le ha, inoltre, versato mensilmente gli assegni familiari in favore delle due figlie per una somma complessiva di fr. 400.-- (fr. 200.-- per figlia, cfr. art. 5 LAFam; consid. 2.2.; doc. 3.1 5/5). Al riguardo la ricorrente mai ha indicato di non aver realizzato che gli assegni familiari continuavano a esserle versati. Al contrario nel ricorso ha precisato che "avendo immediatamente informato il servizio competente in materia di assegni familiari e non avendo mai nascosto nulla alle autorità, dal momento che continuavo a percepire gli assegni familiari di base ho ritenuto, in buona fede, di averne diritto" (cfr. doc. I). La decisione 25 novembre 2009 con cui la Cassa le ha riconosciuto il diritto agli assegni familiari dal luglio 2009, però, al p.to 4 concernente la durata del diritto agli assegni indica però esplicitamente che, in caso di impedimento al lavoro del salariato per malattia o infortunio, gli assegni sono versati per il mese in cui è iniziato l'impedimento e per i tre mesi successivi (cfr. doc. VIBis, art. 10 OAFami). 2.14. L'insorgente, alla fine del 2009, è stata colpita da una grave malattia tumorale (cfr. doc. I).

Il TCA comprende la sofferenza e i seri disagi connessi a tale affezione vissuti dall'assicurata e dalle sue bambine che, all'epoca, avevano quattro e sei anni. Ai fini della risoluzione della presente vertenza va, tuttavia, evidenziato che la decisione della Cassa con cui è stato riconosciuto alla ricorrente il diritto ad assegni familiari dal mese di luglio 2009 e che riporta il suo nome quale destinataria della stessa è stata emanata il 25 novembre 2009 (cfr. doc. VIBis), per cui in un periodo che, seppur prossimo alla diagnosi della sua grave malattia, era comunque precedente alla diagnosi stessa, al peggioramento del suo stato di salute e all'inizio dell'inabilità al lavoro totale. In effetti nel ricorso è stato affermato che durante il mese di dicembre 2009 l'assicurata ha iniziato a provare stanchezza perdurante unita a dolori al basso ventre e nausea e che per comprenderne le cause si è sottoposta a continui controlli medici che hanno condotto alla diagnosi di un tumore gastrico (cfr. doc. I p.to C). Inoltre nella domanda di condono del 23 marzo 2012 la \_\_\_\_\_, a nome e per conto dell'insorgente, ha indicato che "...in una prima comunicazione telefonica all'Ufficio che eroga l'assegno familiare integrativo (AFI), in data 15 dicembre 2009, è stato annunciato il peggioramento delle condizioni." (cfr. doc. 4 2/7). L'inabilità lavorativa totale ha avuto inizio il 14 dicembre 2009 (cfr. doc. 2 3/16; 2 2/16; 2 1/16; 2 4/16; I p.to C). Ne discende che, quando l'assicurata ha ricevuto la decisione del 25 novembre 2009 della Cassa, la sua capacità generale di comprensione di decisioni e dei suoi obblighi non poteva (ancora) essere considerata gravemente compromessa. Del resto agli atti non risulta alcun certificato medico che attesti, ad esempio, che a quel momento la stessa soffriva, a seguito delle sue condizioni di salute dal profilo organico, di una qualche forma depressiva. Al riguardo va osservato che per costante giurisprudenza, eventuali problemi di salute devono essere comprovati da adeguati attestati medici (cfr. STFA I 550/00 del 18 aprile 2002; STFA I 11/01 del 28 giugno 2001; STFA C 12/96 del 10 settembre 1996; DLA 2000 pag. 38, consid. 2a, pag. 40; DTF 125 V 351, consid. 3a pag. 352; DTF 124 V 234, consid. 4b/bb/ e riferimenti pag. 238; STCA 42.2011.7 del 22 settembre 2011 consid. 2.6.; STCA 38.01.126 del 6 novembre 2001). La ricorrente avrebbe, dunque, dovuto leggere con la massima attenzione non soltanto la prima pagina di tale decisione relativa alla concessione degli assegni familiari, bensì anche le informazioni generali che specificano la durata del diritto agli assegni in caso impedimento al lavoro per malattia. Un'attenta lettura del provvedimento le avrebbe così permesso di apprendere che il diritto agli assegni familiari in caso di incapacità lavorativa totale per malattia era limitato al mese di inizio dell'impedimento al lavoro e ai tre mesi successivi. E' vero che in seguito, a decorrere dalla metà del mese di dicembre 2009, dopo la diagnosi della grave malattia e l'intervento particolarmente invasivo a cui ha dovuto sottoporsi, è seguito un periodo - di alcuni mesi - alquanto difficile per RI 1 e le sue figlie che ha molto verosimilmente impedito dal lato sia oggettivo che soggettivo all'assicurata in modo del tutto giustificato di poter gestire le questioni amministrative riguardanti la sua famiglia. E' altrettanto vero, però, che, come già visto sopra (cfr. consid. 2.11.), la Cassa ha indicato che il 14 aprile 2010 l'assicurata ha informato telefonicamente il Servizio responsabile degli assegni integrativi della sua situazione (cfr. doc. A) - asserzione peraltro non contestata dalla ricorrente (cfr. doc. I p.to 2). Pertanto, ritenuto che alla fine del mese di novembre 2009 le era stata intimata la decisione di assegni familiari indicante espressamente che la durata del diritto agli assegni in caso di impedimento al lavoro per malattia si estende soltanto al mese in cui è iniziata l'incapacità al lavoro e ai tre mesi successivi che, come visto sopra, avrebbe dovuto ben comprendere, alla ricorrente, dal mese di aprile 2010, avrebbe dovuto, perlomeno, sorgere il dubbio della correttezza della continuazione del versamento degli assegni familiari dopo la

fine di marzo 2010. Conseguentemente l'insorgente avrebbe dovuto verificare nuovamente, se del caso con l'aiuto della \_\_\_\_\_ che a più riprese l'ha assistita (cfr. doc. 4 1/7; I p.to.2), quanto previsto riguardo alla durata del diritto agli assegni familiari in caso di impedimento al lavoro per malattia nella decisione del 25 novembre 2009 e interpellare l'amministrazione al riguardo. Non avendolo fatto e avendo al contrario continuato a percepire a torto gli assegni familiari per più di un anno e mezzo (da aprile 2010 a dicembre 2011), occorre ritenere che l'assicurata, dal mese di aprile 2010, non ha prestato alla fattispecie tutta l'attenzione da lei ragionevolmente esigibile. Si ricorda peraltro che, per costante giurisprudenza, gli assicurati devono sopportare le conseguenze delle azioni od omissioni delle persone alle quali hanno affidato il compito di rappresentarle al fine di fare valere i propri diritti (cfr. STF 8C\_563/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2.2.; STF 8C\_984/2008 dell'11 maggio 2009; DLA 2002 pag. 259; SVR 2001 KV Nr. 3; DTF 111 1b 222; STCA 38.2010.68 del 10 febbraio 2011 consid. 2.7.; STCA 38.2008.1 dell'8 maggio 2008 confermata dal TF con sentenza 8C\_466/2008 del 1° aprile 2009; STCA 39.2002.67 del 20 febbraio 2003; STCA 35.2006.39 del 7 settembre 2006). Pertanto non può essere riconosciuta la sua buona fede. Per un caso analogo cfr. STCA 38.2011.14 del 15 febbraio 2012, con cui il TCA ha confermato il diniego del condono dell'obbligo di restituire degli assegni integrativi percepiti indebitamente da un'assicurata a causa dell'estensione dell'attività lavorativa. Questa Corte, da un lato, ha rilevato che all'assicurata, la quale in una lettera alla Cassa, in cui si faceva principalmente accenno alla modifica della composizione del nucleo familiare, aveva indicato che entrambi i coniugi lavoravano e aveva allegato l'istanza di misura di protezione dell'unione coniugale in cui figurava esplicitamente l'importo del suo salario mensile lordo, poteva essere imputata al massimo una negligenza lieve per non avere attirato esplicitamente l'attenzione dell'amministrazione anche sull'aspetto del reddito da lei conseguito. Dall'altro, ha, però, stabilito che la buona fede dell'assicurata andava negata, visto che non aveva informato la Cassa dell'errore circa il computo del reddito. In effetti, visto che un'attenta lettura della Tabella di calcolo AFI le avrebbe permesso di immediatamente constatare che il reddito computato dalla Cassa era nettamente inferiore (della metà) rispetto a quello conseguito e che quindi l'assegno di cui beneficiava era superiore a quello di diritto, avrebbe dovuto segnalare l'errore all'amministrazione. Cfr. pure STCA 39.2012.14 del 20 febbraio 2013. 2.15. Ininfluyente è, del resto, la circostanza fatta valere dalla ricorrente secondo cui nel periodo in questione era al beneficio di un assegno integrativo nel cui calcolo sono stati computati gli assegni familiari versatile per le due figlie senza nulla obiettare circa il suo diritto agli stessi (cfr. doc. 4 2/7). Infatti secondo la giurisprudenza federale l'errore dell'amministrazione non rimedia alla mancanza di buona fede del ricorrente (cfr. DLA 2006 N. 29 pag. 312). Lo stesso vale nel caso in cui il datore di lavoro, quale persona o servizio che partecipa all'esecuzione delle assicurazioni sociali (cfr. art. 31 cpv. 2 LPGA; U. Kieser e M. Reichmuth, op. cit. , ad art. 1 n. 76, pag. 52), ha concorso colpevolmente (violando intenzionalmente o per negligenza grave i suoi doveri) alla corresponsione a torto di assegni familiari a un assicurato. In tale caso non è esclusa una pretesa di risarcimento danni nei confronti del datore di lavoro in applicazione dell'art. 25 lett. c LAFam combinato con l'art. 52 LAVS (cfr. U. Kieser e M. Reichmuth, op. cit. , ad art. 25 n. 29, pag. 355). Va, altresì, ricordato che per negare la buona fede di un assicurato non è necessario un comportamento doloso, né fraudolento (cfr. STFA C 103/06 del 2 ottobre 2006). Infine l'asserzione ricorsuale dell'assicurata secondo cui è straniera e la sua padronanza della lingua italiana è piuttosto limitata (cfr. doc. I) non le è di ausilio. Come già evidenziato, nel caso in cui non

le fosse stato chiaro quanto contemplato nella decisione del 25 novembre 2009, avrebbe dovuto chiedere raggugli alla Cassa stessa o, eventualmente, alla \_\_\_\_\_. 2.16. Alla luce di quanto sopra esposto, il TCA, non potendo riconoscere la buona fede della ricorrente, primo presupposto per ottenere un eventuale condono, deve confermare la decisione su opposizione del 11 settembre 2012 della Cassa. A titolo abbondanziale, in primo luogo, giova ribadire che un'eventuale soluzione confacente alle esigenze dell'assicurata deve essere concordata con la Cassa, come del resto evidenziato da quest'ultima nella decisione del 30 maggio 2012, menzionando proprio la possibilità di un pagamento rateale (cfr. doc. 7 1/3). Questo tema non è, comunque, oggetto della presente vertenza e pertanto il TCA non è tenuto ad occuparsene (cfr. DTF 123 V 230 consid. 3e; STCA 39.2012.14 del 20 febbraio 2013 consid. 2.16.; STCA 39.2009.1 del 10 settembre 2009 consid. 2.13.; STCA 39.2005.10 del 22 marzo 2006 consid. 2.21.).

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