Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

8C 240/2014

Sentenza del 12 maggio 2014

I Corte di diritto sociale

Composizione
Giudici federali Leuzinger, Presidente,
Ursprung, Heine,
cancelliere Grisanti.

Partecipanti al procedimento
A._____,
patrocinato dall'avv. Ezio Tranini,
ricorrente,

contro

Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni, Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerna,
opponente.

Oggetto
Assicurazione contro gli infortuni,

ricorso contro il giudizio del Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino del 19 febbraio 2014.

Fatti:

A.
In data 27 aprile 2007 A._____, all'epoca alle dipendenze della B._____ SA - nel frattempo fallita - in qualità di carpentiere e in quanto tale assicurato d'obbligo contro gli infortuni presso l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI), è rimasto vittima di un infortunio sul lavoro che gli ha causato la frattura del calcagno destro. L'INSAI ha assunto il caso e ha corrisposto le prestazioni di legge, versando in particolare indennità giornaliere di fr. 158.25 dal 30 aprile 2007 all'11 aprile 2010.

In seguito a un nuovo infortunio occorso nel mese di agosto 2012 e assunto dalla C._____ Assicurazioni, l'INSAI ha chiesto il 7 marzo 2013 all'Ufficio AI del Cantone Ticino la trasmissione del relativo incarto per i propri incombenti, e più precisamente per sapere a che punto fosse giunta una riqualifica professionale. Dal fascicolo dell'AI è poi emerso che l'interessato aveva svolto per la B._____ SA un'attività con un orario irregolare e una retribuzione di fr. 25.- all'ora più indennità. L'annuncio di infortunio del 30 aprile 2007 indicava invece un orario settimanale di 45 ore per una retribuzione di fr. 28.48 all'ora più idennità. Dopo avere confermato il diritto a una indennità per menomazione dell'integrità (IMI) di fr. 21'360.- (già versata il 20 dicembre 2011) per una diminuzione dell'integrità del 20%, l'INSAI ha ridefinito in fr. 83.10 l'importo dell'indennità giornaliera dovuta a dipendenza dell'infortunio del 27 aprile 2007 e ha chiesto di conseguenza, retroattivamente dal 1° maggio 2008, la rifusione delle indennità versate in eccesso per fr. 44'383.05 (decisione del 6 maggio 2013, sostanzialmente confermata il 27 agosto seguente anche dopo l'opposizione dell'assicurato).

B.
Ritenendo ingiustificata e comunque perenta la richiesta di restituzione dell'INSAI, A._____ si è aggravato al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino al quale ha chiesto di annullare su questo punto la decisione su opposizione.

La Corte cantonale ha respinto il ricorso per pronuncia del 19 febbraio 2014. Accertata la possibilità

di riconsiderare l'erogazione delle indennità giornaliere, il giudice di prime cure ha concluso che l'ordine di restituzione, oltre che fondato, era stato emesso tempestivamente (il 6 maggio 2013) poiché l'assicuratore infortuni aveva preso conoscenza solo nel mese di marzo 2013, a seguito della trasmissione dell'incarto AI, dell'errore commesso.

C.
L'assicurato ha presentato ricorso al Tribunale federale al quale in via principale ripropone la richiesta di primo grado e in via subordinata chiede che l'indennità giornaliera sia stabilita per il periodo in questione almeno in fr. 141.30.

Non sono state chieste osservazioni al gravame.

Diritto:

1.
Il ricorso in materia di diritto pubblico può essere presentato per violazione del diritto, così come stabilito dagli art. 95 e 96 LTF. Per contro, in linea di principio, il Tribunale federale fonda il suo ragionamento giuridico sull'accertamento dei fatti svolto dall'autorità inferiore (art. 105 cpv. 1 LTF); può scostarsene solo se è stato svolto in violazione del diritto ai sensi dell'art. 95 LTF o in modo manifestamente inesatto, ovvero arbitrario (art. 105 cpv. 2 LTF; DTF 134 V 53 consid. 4.3 pag. 62), e a condizione che l'eliminazione dell'asserito vizio possa influire in maniera determinante sull'esito della causa (art. 97 cpv. 1 LTF). Se però il ricorso è diretto contro una decisione d'assegnazione o rifiuto di prestazioni pecuniarie dell'assicurazione militare o dell'assicurazione contro gli infortuni - ad essa essendo parificata, come in concreto, una decisione di restituzione (cfr. SVR 2009 UV n. 21 pag. 78, 8C 99/2008, consid. 1.2) - può essere censurato qualsiasi accertamento inesatto o incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti (art. 97 cpv. 2 LTF); il Tribunale federale in tal caso non è vincolato dall'accertamento dei fatti operato dall'autorità inferiore (art. 105 cpv. 3 LTF).

2.
Nel contestare la valutazione dell'istanza precedente, il ricorrente riprende in gran parte testualmente le considerazioni espresse in sede cantonale e non si confronta di riflesso, come dovrebbe, con le argomentazioni sviluppate dal Tribunale cantonale. In questa misura il ricorso pone evidenti problemi di ammissibilità (art. 42 cpv. 2 LTF; DTF 134 II 244). Ma anche laddove non si esaurisce in una ripresa bella e semplice - e pertanto inammissibile - del gravame cantonale, l'atto ricorsuale è infondato.

3.

3.1. Giusta l'art. 25 cpv. 1 LPGA, 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. La restituzione e il suo eventuale condono vengono normalmente decisi in due fasi separate (art. 3 e 4 OPGA). Nella fattispecie, l'oggetto della lite riguarda unicamente il tema della restituzione.

3.2. L'obbligo di restituzione è subordinato all'adempimento dei presupposti per la riconsiderazione (erroneità manifesta della decisione e importanza notevole della rettifica: art. 53 cpv. 2 LPGA) o per la revisione processuale della decisione all'origine delle prestazioni in causa (DTF 130 V 318 consid. 5.2 pag. 319 con riferimenti).

3.3. Le indennità giornaliere dell'assicurazione contro gli infortuni (art. 16 seg. LAINF) possono essere assegnate nell'ambito di una procedura informale (art. 124 OAINF a contrario in relazione con l'art. 51 cpv. 1 LPGA). Il provvedimento adottato con la procedura semplificata dell'art. 51 cpv. 1 LPGA si caratterizza per il fatto che cresce in giudicato - se del caso dopo un determinato termine - e non è più impugnabile. Anche l'assicuratore non può incondizionatamente ritornare sulla sua decisione informale. Per potere modificare un simile provvedimento devono essere adempiute le condizioni previste dall'art. 53 LPGA.

3.4. Vanamente il ricorrente contesta l'adempimento, nella fattispecie, delle condizioni per riconsiderare l'assegnazione iniziale dell'indennità giornaliera di fr. 158.25.

3.4.1. Come ha giustamente rilevato il giudice di prime cure è evidente che l'INSAI ha calcolato in maniera manifestamente inesatta tale importo perché così indotto dalla indicazione non corretta del datore di lavoro; il quale nella notifica d'infortunio del 30 aprile 2007 aveva quantificato il salario del

ricorrente in fr. 28.48 all'ora (più le indennità) per un orario settimanale di lavoro di 45 ore. L'errore appare manifesto già alla lettura della conferma di impiego 7 febbraio 2006 dell'ex datore di lavoro - prodotta agli atti dall'assicurato in sede di opposizione - oltre che delle schede salariali contenute nel fascicolo dell'AI trasmesso all'assicuratore infortuni il 12 marzo 2013. Da tali schede emerge chiaramente non solo l'importo del salario base di fr. 25.- ma anche l'irregolarità dell'orario svolto dall'assicurato che mai nel corso della sua attività per la B._____ SA, iniziata il 1° giugno 2006, ha minimamente avvicinato quello indicato nella notifica d'infortunio. La rettifica, in fr. 83.10, dell'indennità giornaliera si basa sui dati contabili. Le improbabili ipotesi avanzate dall'interessato per spiegare la discrepanza tra l'orario di cui alla notifica di infortunio e quello risultante dalle schede contabili
non trovano per contro il benché minimo riscontro nelle carte processuali. Anche per questo motivo, la richiesta (subordinata) di riconoscere almeno una indennità giornaliera di fr. 141.30 sulla base di un'attività a tempo pieno ("regolare") risulta ugualmente infondata.

3.4.2. Ma anche per quanto concerne l'adempimento del secondo presupposto per procedere alla riconsiderazione, basti dire che la notevole importanza è data di tutta evidenza trattandosi della rettifica - anche superiore al 10.7% indicato dal ricorrente - di una prestazione periodica (DTF 119 V 475 consid. 1c pag. 480 con riferimenti; cfr. pure la recente sentenza 8C 586/2013 del 23 dicembre 2013, destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale, consid. 4.4).

4.

4.1. Posta l'ammissibilità di principio della restituzione di fr. 44'383.05 -nel frattempo ridotti a fr. 31'328.05 in virtù del parziale recupero ottenuto dall'AI- per la riscossione indebita delle indennità giornaliere dal 1° maggio 2008, occorre ora verificare se detta pretesa non sia eventualmente perenta come sostiene il ricorrente.

4.2. Secondo l'art. 25 cpv. 2, prima frase, LPGA, il diritto di esigere la restituzione si estingue dopo un anno a decorrere dal momento in cui l'istituto d'assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione.

4.3. Il termine annuo di perenzione comincia normalmente a decorrere nel momento in cui l'amministrazione, usando l'attenzione da essa ragionevolmente esigibile avuto riguardo alle circostanze, avrebbe dovuto rendersi conto dei fatti giustificanti la restituzione (DTF 119 V 431 consid. 3a pag. 433; 110 V 304). Ciò si verifica quando l'amministrazione dispone di tutti gli elementi decisivi nel caso concreto dalla cui conoscenza risulti di principio e nel suo ammontare l'obbligo di restituzione di una determinata persona (DTF 111 V 14 consid. 3 pag. 17). Il termine annuo di perenzione comincia in ogni caso a decorrere non appena dagli atti emerge direttamente l'irregolarità della corresponsione delle prestazioni (consid. 5.1 non pubblicato in DTF 133 V 579, ma in SVR 2008 KV n. 4 pag. 11 [K 70/06]; cfr. pure sentenza 9C 1057/2008 del 4 maggio 2009 consid. 4.1.1). Se per l'assegnazione (e il pagamento: cfr. DTF 139 V 6 consid. 5.1 pag. 9 seg.) della prestazione o per l'esame del diritto alla restituzione è necessaria la collaborazione tra più unità amministrative incaricate dell'attuazione dell'assicurazione, la (sopra definita) conoscenza anche di una sola di esse è sufficiente a fare decorrere i termini (DTF 119 V 431 consid. 3a
pag. 433; 112 V 180 consid. 4c pag. 182 seg.; sentenza 9C 925/2012 del 19 marzo 2013 consid. 2.2).

4.4. In caso di errore dell'amministrazione (ad esempio nel calcolo di una prestazione) il termine non decorre però dal momento in cui esso è stato commesso, bensì da quello in cui l'amministrazione avrebbe dovuto in un secondo tempo (per esempio in occasione di un controllo contabile oppure nel caso in cui venga a conoscenza di fatti atti a far nascere dei dubbi sulla fondatezza della pretesa) rendersene conto in base all'attenzione ragionevolmente esigibile (DTF 124 V 380 consid. 1 e 2c pag. 383 e 385; RDAT II-2003 n. 72 pag. 306 [C 317/01] consid. 2.1). Diversamente, se si facesse risalire il momento della conoscenza del fatto determinante alla data del versamento indebito, ciò renderebbe spesso illusoria la possibilità per l'amministrazione di reclamare il rimborso di prestazioni versate a torto per colpa propria (DTF 124 V 380 consid. 1 in fine pag. 383; DTA 2006 pag. 158 [C 80/05]). Nel concretare questi principi, il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha tra l'altro stabilito che se più unità amministrative sono coinvolte nella procedura di emanazione della decisione originaria e se una di esse commette uno sbaglio, quest'ultimo va qualificato come un unico errore ai sensi della giurisprudenza suesposta. Il secondo
momento che determina la decorrenza del termine annuo di perenzione non si realizza già quando un'unità amministrativa riceve dall'altra una copia della decisione originaria ma soltanto quando in un

momento successivo subentra un motivo per riesaminare il fascicolo (sentenza I 308/03 del 22 settembre 2003 consid. 3.2.2).

4.5. Il richiamo del ricorrente alla suddetta giurisprudenza per sostenere che l'amministrazione avrebbe disposto degli elementi necessari per rendersi conto dell'errore relativo al calcolo dell'indennità giornaliera già nel corso del mese di aprile 2008, allorquando la B._____ SA aveva indicato nel questionario del datore di lavoro all'indirizzo dell'AI che l'orario di lavoro era irregolare, non è pertinente. È infatti sufficiente il rilievo che l'INSAI e l'Ufficio AI non sono due organi soltanto organizzativamente separati del medesimo assicuratore - come possono essere invece considerati gli uffici AI e le casse di compensazione chiamati per legge a collaborare all'assegnazione e al pagamento di una rendita dell'AI (cfr. art. 57 e 60 LAI; cfr. sentenza citata 9C 925/2012 consid. 2.2) -, bensì sono due assicuratori chiaramente autonomi (cfr. pure sentenza 9C 399/2013 del 30 novembre 2013 consid. 3.1.2, riassunta in RSAS 2014 pag. 153). L'attuazione dell'assicurazione contro gli infortuni, e in particolare la decisione e il pagamento delle indennità giornaliere LAINF, non compete di certo all'Ufficio AI. Di conseguenza, la conoscenza che aveva acquisito quest'ultimo in merito all'irregolarità dell'orario di lavoro e
all'importo (fr. 25.-) del salario base non può essere imputata all'INSAI che ha invece appreso questi fatti - come ha pertinentemente rilevato la Corte cantonale - solo in seguito alla trasmissione del fascicolo AI nel mese di marzo 2013. In tal modo, la richiesta di restituzione formulata nel mese di maggio 2013 (per i cinque anni precedenti) non era perenta.

4.6. Per le stesse ragioni, neppure la circostanza che l'INSAI avesse già preannunciato e poi (il 20 dicembre 2011) pagato l'IMI modifica questa valutazione perché non è suscettibile di anticipare la decorrenza del termine annuo di perenzione. D'altronde le stesse decisioni sulle indennità giornaliere dell'AI, notificate in copia all'INSAI, si basavano in sostanza (ancora nel gennaio 2012) sugli importi (erronei) inizialmente segnalati all'assicuratore infortuni. Per il resto è sufficiente il rinvio agli argomenti del giudizio impugnato (pag. 11) con i quali il ricorrente oltretutto nemmeno si confronta debitamente.

5.
Ne segue che, nella (limitata) misura della sua ammissibilità, il ricorso dev'essere respinto siccome infondato. Le spese seguono la soccombenza (art. 66 cpv. 1 LTF).

Per questi motivi, il Tribunale federale pronuncia:

1.
Nella misura in cui è ammissibile, il ricorso è respinto.

2.
Le spese giudiziarie di fr. 800.- sono poste a carico del ricorrente.

3.
Comunicazione alle parti, al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino e all'Ufficio federale della sanità pubblica.

Lucerna, 12 maggio 2014

In nome della I Corte di diritto sociale
del Tribunale federale svizzero

La Presidente: Leuzinger

Il Cancelliere: Grisanti