

TI_GERICHTE 30.2015.2 vom 4. Mai 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-05-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_30.2015.2

FR: TI_GERICHTE 30.2015.2 du 4 mai 2015

IT: TI_GERICHTE 30.2015.2 del 4 maggio 2015

Regeste

Cittadino UE domiciliato in CH chiede rendita AVS. Titolarità del D alla rendita AVS lo obbliga ad affiliarsi alla Cassa malati CH (art. 27 R 1408/71). Rinuncia successiva all'AVS. NON può, perché così sfugge all'obbligo assicurativo LAMal e pregiudica gli interessi (danno) dell'ente assicurativo UE

Erwägungen

E. 3

Das Bundesverwaltungsgericht hat die gesetzlichen Bestimmungen und von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze, namentlich diejenigen über den Verzicht auf Versicherungsleistungen (Art. 23 ATSG; BGE 129 V 1; SVR 2006 AHV Nr. 2 S. 4 E. 6.2.1 [H 234/04]; AHI 2000 S. 181 oben [I 105/99]), richtig wiedergegeben. Darauf wird verwiesen.

E. 4

Die Vorinstanz gelangte gestützt auf die gesamte Aktenlage, namentlich den ärztlichen Bericht des Krankenhauses A. _____ vom 19. Juli 2004, zur Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres psychischen Leidens keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen kann. Diese Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts ist für das Bundesgericht verbindlich, zumal von einer Rechtsfehlerhaftigkeit der Tatsachenermittlung im Sinne von E. 2 hievor nicht die Rede sein kann. Mit Blick auf die vollständige Erwerbseinbusse sprach die IV-Stelle, bestätigt durch das Bundesverwaltungsgericht, der Versicherten zu Recht eine ganze Invalidenrente zu. Schliesslich haben Verwaltung und Vorinstanz die Voraussetzungen für einen beachtlichen Verzicht auf diese Rentenleistung richtigerweise verneint. Die seit vielen Jahren erwerbslose Beschwerdeführerin, deren Gesuch um eine deutsche Erwerbsminderungsrente rechtskräftig abgewiesen wurde, bezieht von der ARGE für Beschäftigung in X. _____ monatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Unter diesen Umständen ist die Versicherte auf die ihr zustehende schweizerische Invalidenrente angewiesen. Ein Verzicht darauf würde die schutzwürdigen Interessen von Versicherungsträgern und Fürsorgestellten beeinträchtigen und fällt somit ausser Betracht (Art. 23 Abs. 2 ATSG). (...) 2.6. Nel caso concreto la ricorrente, cittadina italiana, risiede in Svizzera dal settembre 2010 e da quel momento è affiliata all'AVS/AI/IPG quale persona senza attività lucrativa. Giusta l'art. 29 cpv. 1 LPGa, nel giugno 2013 l'assicurata si è annunciata tempestivamente alla Cassa di compensazione competente per rivendicare il versamento della sua rendita AVS, il cui diritto è sorto il 1° novembre 2013 (art. 21 LAVS). Visto che la percezione della rendita AVS avrebbe comportato la sua affiliazione (anche) all'assicurazione malattia obbligatoria in Svizzera, quindi con obbligo di pagare i relativi premi assicurativi certamente più elevati rispetto all'importo della rendita, l'assicurata ha chiesto di annullare la rendita di vecchiaia. Scopo

della rinuncia al diritto alla rendita svizzera era quello di disporre unicamente della rendita percepita dallo Stato italiano, a seguito della sua carriera nell'ente pubblico, ciò che in virtù dell'art. 2 cpv. 1 lett. e OAMal le aveva permesso, visto che non esercitava un'attività lucrativa in territorio elvetico e - fino al 30 ottobre 2013 - non riceveva una rendita svizzera, di non essere assoggettata all'obbligo assicurativo in Svizzera ai sensi della LAMal. 2.7. La richiesta della ricorrente non può essere accolta. Le condizioni di forma della rinuncia della pensione sono senz'altro corrette. In concreto non sono dati però i presupposti materiali della rinuncia, come d'altra parte ha correttamente evidenziato l'UFAS nella sua presa di posizione consegnata agli atti e della quale (nelle considerazioni relative ai fatti) sono riportati ampi stralci. La condizione affinché la rinuncia e la revoca di prestazioni non pregiudichino gli interessi degni di protezione di altre persone rispettivamente di istituzioni assicurative o assistenziali o che non intendano eludere le prescrizioni legali. Nella fattispecie, è esplicita la volontà della ricorrente di rinunciare alla percezione della rendita di vecchiaia svizzera per evitare di essere obbligatoriamente affiliata all'assicurazione malattia obbligatoria svizzera e quindi di dovere fare fronte ai relativi premi di cassa malati.

2.8. Non va omissis di ricordare, come già è avvenuto per il caso giudicato il 23 novembre 2011 (STCA 30.2011.24), che per l'art. 1a cpv. 1 lett. a LAVS, sono assicurati in conformità della legge le persone fisiche domiciliate in Svizzera. Secondo l'art. 153a cpv. 1 LAVS, per le persone designate nell'articolo 2 del regolamento n. 1408/71 e in relazione con le prestazioni previste nell'articolo 4 di questo regolamento, purché siano comprese nel campo d'applicazione della legge, sono applicabili anche: a. l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, nella versione del Protocollo del 26 ottobre 2004 relativo all'estensione dell'Accordo ai nuovi Stati membri della Comunità europea, il suo allegato II e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata; b. la Convenzione del 4 gennaio 1960 istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio nella versione dell'Accordo del 21 giugno 2001 che emenda la Convenzione, il suo allegato K, l'appendice 2 dell'allegato K e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata. L'art. 153a cpv. 2 LAVS prevede che laddove le disposizioni della legge fanno uso dell'espressione "Stati membri della Comunità europea", questa espressione è riferita agli Stati cui è applicabile l'Accordo di cui al capoverso 1 lettera a. Giusta l'art. 3 LAMal, " 1 Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. 2 Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per i dipendenti di organizzazioni internazionali e di Stati esteri. 3 Può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che: a. esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPGa); b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera." L'art. 1 cpv. 1 OAMal precisa in proposito che " Le persone domiciliate in Svizzera ai sensi degli articoli 23 a 26 del Codice civile svizzero (CC) sono tenute ad assicurarsi conformemente all'articolo 3 della legge." Una persona ha il proprio domicilio civile ove dimora con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente (art. 23 CCS) e dove si trova il centro delle sue relazioni e dei suoi interessi (DTF 125 V 78 consid. 2 a e giurisprudenza citata; DTF 123 III 100). Facendo uso della delega di cui all'art. 3 cpv. 2 LAMal, il Consiglio federale ha emanato l'art. 2 OAMal, che prevede diverse ipotesi di eccezione all'obbligo di assicurazione. Tale disposto ha subito un'importante modifica con l'entrata in vigore, il 1° giugno 2002, dell' Accordo tra la Comunità europea ed i suoi Stati

membri, da una parte, e la Confederazione Svizzera, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone " (RS 0.142.112.681, di seguito: ALC; a proposito della conformità alla Costituzione ed all'ALC dell'art. 2 cpv. 2 e 8 OAMal: DTF 132 V 310). L'art. 2 cpv. 1 lett. e OAMal prevede che non sono soggetti all'obbligo d'assicurazione: " e. le persone che non hanno diritto a una rendita svizzera ma hanno diritto a una rendita di uno Stato membro della Comunità europea in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o a una rendita islandese o norvegese in virtù dell'Accordo AELS, del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K." Inoltre, come per la LAVS, anche la LAMal contempla delle norme specifiche di coordinamento con il diritto europeo. Secondo l'art. 95a LAMal, " 1 Per le persone designate nell'articolo 2 del regolamento n. 1408/71 e in relazione con le prestazioni previste nell'articolo 4 di questo regolamento, purché siano comprese nel campo d'applicazione della presente legge, sono applicabili anche: a. l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, nella versione dei Protocolli del 26 ottobre 2004 e del 27 maggio 2008 relativi all'estensione dell'Accordo ai nuovi Stati membri della Comunità europea, il suo allegato II e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata; b. la Convenzione del 4 gennaio 1960 istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio nella versione dell'Accordo del 21 giugno 2001 che emenda la Convenzione, il suo allegato K, l'appendice 2 dell'allegato K e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata. 2 Laddove le disposizioni della presente legge fanno uso dell'espressione «Stati membri della Comunità europea», questa espressione è riferita agli Stati cui è applicabile l'Accordo di cui al capoverso 1 lettera a." Il 1° giugno 2002 è entrato in vigore l' "Accordo tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione Svizzera, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone" (RS 0.142.112.681, di seguito: ALC), che rinvia, per quanto concerne la sicurezza sociale al Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, modificato dal regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e determina il contenuto dei relativi allegati. L'ALC è entrato in vigore il 1° giugno 2002 ed è pacificamente applicabile al caso di specie sotto il profilo temporale. 2.9. Alla luce delle norme citate la signora RI 1 è quindi astretta all'assicurazione contro le malattie divenendo beneficiaria di una rendita per vecchiaia svizzera dal 1 novembre 2013. Quando un assicurato benefici di una rendita svizzera e di una rendita straniera ma risiede in Svizzera egli deve essere assicurato contro le malattie in Svizzera. Infatti siccome l'assicurata è sottoposta alla regolamentazione europea e riceve una prestazione sociale del paese in cui risiede la competenza per ciò che concerne l'affiliazione all'assicurazione malattie è determinata dalle disposizioni comunitarie (art. 23 Reg. 883/2004). Dalla percezione della rendita elvetica la ricorrente è quindi correttamente obbligata all'assicurazione contro le malattie svizzera (così anche il doc. 12 scritto UFAS/Cassa Cantonale di Compensazione AVS AI IPG del 11 settembre 2014). Da quanto precede discende che l'assoggettamento all'assicurazione sociale malattie deve avvenire nel Paese di residenza (STCA del 4 giugno 2007, 36.2007.18; cfr. anche sito internet dell'UFAS). Quindi, visto che la ricorrente è residente in Svizzera ed è beneficiaria, dal 1° novembre 2013, di una rendita di vecchiaia svizzera (art. 21 LAVS), oltre che italiana, in virtù dell'ALC e del regolamento n. 883/2004 è tenuta ad affiliarsi nel nostro Paese (cfr. anche, a contrario, l'art. 2 cpv. 1 lett. e OAMal, che prevede che non sono soggetti all'obbligo

assicurativo le persone che non hanno diritto a una rendita svizzera ma hanno diritto a una rendita di uno Stato membro della Comunità europea in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o a una rendita islandese o norvegese in virtù dell'Accordo AELS, del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K). 2.10. Come per il caso giudicato il 23 novembre 2011 questo Tribunale cantonale delle Assicurazioni ritiene in concreto che la rinuncia alla percezione della rendita di vecchiaia svizzera da parte della ricorrente comporterebbe l'assenza dell'obbligo d'assicurazione in Svizzera nonostante l'assicurata vi sia domiciliata ed in questo modo verrebbero eluse manifestamente le normative legali summenzionate, secondo le quali un assicurato titolare sia di una rendita svizzera sia di una rendita di uno Stato membro, è soggetto all'obbligo assicurativo nel luogo di residenza e quindi ad una cassa malati svizzera. Con la rinuncia verrebbe d'altro canto lesa la solidarietà tra assicurati imposta con la LAMal. Stanti così le cose, la dichiarazione dell'assicurata di rinuncia al diritto alla rendita AVS non può essere ammessa e come tale è nulla, essendo essa espressamente intesa ad evitare l'affiliazione all'assicurazione malattia obbligatoria svizzera e quindi di pagare i relativi premi assicurativi, a beneficio della permanenza dell'affiliazione, come in precedenza, presso l'analoga istituzione assicurativa italiana. 2.11. Non solo. Come rettamente osserva anche l'UFAS nella sua citata presa di posizione, anche se la rendita percepita in Svizzera è esigua in rapporto a quella italiana più elevata, la regola ha quale scopo di semplificare i casi d'assicurazione, da un lato, così da evitare uno scambio di formulari continuo. In più la rinuncia alla pensione per ovviare ad una copertura assicurativa obbligatoria svizzera sarebbe contrario agli impegni internazionali assunti dalla Svizzera nei confronti degli altri paesi europei con l'ALC ed imporrebbe all'assicuratore malattie estero degli oneri non previsti ed obbligatori (nonostante il dire dell'assicurata secondo cui l'ASL di _____ sarebbe disposta ad assicurarla nuovamente). L'assicuratore estero, e meglio lo Stato estero nel regime universalistico italiano, potrebbe infatti opporre alla Svizzera una lesione dei suoi interessi poiché il nostro Paese ripercuoterebbe i costi sanitari della qui ricorrente sul suo Stato di origine mentre tale obbligo incombe alla Svizzera. La richiesta dell'insorgente viola pertanto l'art. 23 cpv. 2 LPGA, sia perché intende sfuggire all'obbligo di affiliazione LAMal in Svizzera, sia perché pregiudicherebbe gli interessi dell'ente assicurativo estero. Come indicato l'esenzione dall'obbligo d'assicurazione al sistema sanitario svizzero comporterebbe che l'istituzione assicurativa italiana - siccome la ricorrente beneficia di una pensione italiana ed è stata lavoratrice soggetta alla legislazione di questo paese membro della Comunità Europea - continui a rispondere per il rischio della malattia dell'assicurata, ciò che non le spetta più. In questa costellazione, come visto, l'insorgente causerebbe un indebito rischio assicurativo per l'istituzione assicurativa estera non più obbligata, dal 1° novembre 2013, ad assicurare l'interessata, ciò che sicuramente non era negli intenti degli Stati firmatari degli Accordi bilaterali. 2.12. RI 1 ritiene che sussista una convenzione tra Svizzera ed Italia, come ha riferito negli scritti agli atti ed ancora in sede di udienza, per cui non sarebbe possibile all'autorità amministrativa pensionistica italiana (INPS) dedurre dall'importo della sua rendita italiana i contributi prelevati a titolo di copertura delle prestazioni assicurative contro le malattie. In altri termini la ricorrente percepisce una pensione dallo Stato italiano, al netto delle deduzioni di natura fiscali complete, comprensive anche dei contributi riferibili alla copertura statale italiana contro le malattie. RI 1 sembra ritenere che l'obbligo di copertura assicurativa svizzera ai sensi della LAMal costituisca per lei un danno, siccome astretta al pagamento dei premi parallelamente al pagamento delle coperture statali italiane attraverso le deduzioni operate dall'INPS dalla

sua rendita pensionistica. In realtà così non è. Va certamente evidenziato che secondo l'art. 19 della Convenzione tra la Confederazione Svizzera e la Repubblica Italiana per evitare le doppie imposizioni e per regolare talune altre questioni in materia di imposte sul reddito e sul patrimonio RS 0.672.945.41, " le remunerazioni, comprese le pensioni, pagate da uno Stato contraente o da una sua suddivisione politica o amministrativa o da un suo ente locale, oppure ancora da una persona giuridica o da un ente autonomo di diritto pubblico di detto Stato, sia direttamente sia mediante prelevamento da un fondo speciale, a una persona fisica che ha la nazionalità di detto Stato a titolo di servizi resi presentemente o precedentemente, sono imponibili soltanto nello Stato contraente da dove provengono dette remunerazioni ". La ricorrente fa valere questo aspetto, e lo ha ribadito in sede di udienza, per giustificare la rinuncia alla pensione svizzera. Il ragionamento non può essere seguito. La Convenzione sulla doppia imposizione conclusa tra Svizzera ed Italia determina semplicemente quale autorità sia preposta alla percezione delle imposte relative ai pensionati del servizio pubblico di uno degli Stati contraenti, residenti nell'altro, e ciò chiaramente al fine di escludere la doppia imposizione delle stesse. Come ha riferito al ricorrente i suoi contatti con l'INPS non le hanno permesso però di ottenere lo scorporo delle quote riferite all'assicurazione contro le malattie dai prelievi fiscali complessivi imputati dallo Stato Italiano sulla sua pensione. Il problema consiste verosimilmente nel fatto che il sistema sanitario italiano, fondato sull'art. 32 Cost. It. e sulla legge della Repubblica Italiana 883/1978 concernente l'istituzione del sistema sanitario nazionale (legge del 23 dicembre 1978), è universalistico ed è di per se gratuito per la popolazione, di principio. Lo stesso è finanziato mediante le imposte ordinarie (su questi aspetti si veda il contributo di Marco Olivetti : Appunti per una mappa concettuale sul diritto alla salute nel sistema costituzionale italiano in Metodologia Didattica e Innovazione Clinica, Nuova Serie, 2004, n. 3, 60-67). A prescindere da ciò il problema è interno alle istituzioni italiane e va affrontato con le stesse da parte della ricorrente che non può ribaltare sulla CO 1 il fatto che l'autorità pensionistica, rispettivamente fiscale, italiana non deduca dalle trattenute fiscali operate sulla sua pensione, l'importo attribuibile ai premi per le coperture assicurative malattia, al fine di potere rinunciare alla sua rendita elvetica. L'argomento di una sostenuta apparente doppia imposizione non può essere seguito per consentire la rinuncia alla rendita e la prosecuzione della copertura assicurativa tramite l'Istituzione comune al sistema sanitario italiano. 2.13. La ricorrente lamenta la mancata informazione relativa alle conseguenze della richiesta di attribuzione di una rendita vecchiaia. In altri termini rimprovera all'amministrazione di non averla avvisata del fatto che, chiedendo e vedendosi attribuire una rendita di vecchiaia della LAVS, essa avrebbe dovuto assicurarsi obbligatoriamente alla LAMal. La ricorrente sembra aggravarsi per la violazione dell'art. 27 LPGA. In merito all'obbligo di informazione che tocca all'amministrazione questa Corte si è espressa recentemente nella STCA 36.2014.12 del 26 maggio 2014 dalla quale possono essere riprese le argomentazioni che seguono. L'art. 27 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) che regola la "Informazione e consulenza" ha il seguente tenore: " 1 Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. 2 Ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa. 3 Se un assicuratore constata

che un assicurato o i suoi congiunti possono rivendicare prestazioni di altre assicurazioni sociali, li informa immediatamente." La norma sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere collettivo, generale e permanente di fornire informazioni (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2) (Su questi aspetti cfr. in particolare STFA C 192/04 del 14 settembre 2005 consid. 4.1., pubblicata in DTF 131 V 472 e in SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; STFA C 157/05 del 28 ottobre 2005 consid. 4.2.; E. Imhof - CH Zünd, "ATSG und Arbeitslosenversicherung" in SZS 2003 pag. 291 seg. (306); E. Imhof, "Anhang zur Vertiefung von art. 27 ATSG über Aufklärung, Beratung und Kenntnissgabe" in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira, "Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 LPGA" in SZS 2001 pag. 524 seg. (527); U. Kieser, "ATSG - Kommentar", 2.a ed., Zurigo-Basilea-Ginevra 2009, ad art. 27 pag. 400 e pag. 402-407). Il capoverso 1 dell'art. 27 LPGA prevede un obbligo di informazione generale e permanente nei confronti di una cerchia indeterminata di persone, che non deve avvenire unicamente su richiesta degli interessati, bensì regolarmente e d'ufficio, e a cui viene fatto fronte ad esempio tramite la consegna di opuscoli informativi, direttive, inserzioni, internet, ecc. (cfr. STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; DTF 131 V 476 consid. 4.1.= SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; DLA 2002 pag. 194). Per quanto attiene al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPGA, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca, gratuitamente, consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi (cfr. DLA 2007 pag. 193 segg.). Quest'obbligo concerne soltanto l'ambito di competenza dell'assicuratore in questione e le informazioni possono essere fornite anche da non giuristi, come del resto prima dell'entrata in vigore della LPGA. Contrariamente alle informazioni di carattere generale, la consulenza deve riferirsi al caso specifico (cfr. FF 1999 IV 3953). Inoltre tale diritto non è limitato alle persone assicurate, tuttavia deve esistere uno stretto rapporto con l'assicurazione interpellata, nel senso che la consulenza deve riferirsi a diritti e doveri che già esistono o che possono sorgere tra la persona che ha richiesto le informazioni e l'assicurazione interessata (cfr. U. Kieser, op. cit., ad art. 27 n. 29 pag. 405). Riguardo, più specificatamente, all'art. 27 cpv. 2 LPGA, il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) in una sentenza del 14 settembre 2005 nella causa C 192/04, pubblicata in DTF 131 V 472, nel caso di un assicurato ritenuto inidoneo al collocamento, in quanto il lasso di tempo fra la presentazione della domanda e l'inizio del soggiorno linguistico che avrebbe effettuato all'estero - di cui aveva peraltro informato i funzionari dell'ufficio regionale di collocamento durante il primo colloquio - era troppo breve per poterlo collocare, ha stabilito che ai sensi dell'art. 27 cpv. 2 LPGA, gli assicurati devono essere resi attenti che il loro comportamento può pregiudicare il diritto alle prestazioni. Nella fattispecie l'ufficio regionale di collocamento avrebbe dovuto avvertire l'assicurato che la prevista partenza a breve scadenza non permetteva di collocarlo. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha, tuttavia, accolto il ricorso dell'ufficio regionale di collocamento e rinviato gli atti al Tribunale cantonale, al fine di appurare se il soggiorno avrebbe potuto essere rinviato e se l'assicurato secondo la verosimiglianza preponderante era disposto a posticiparlo. In caso affermativo, l'amministrazione deve rispondere della sua omissione - che implica la tutela della buona fede dell'assicurato - ed erogare, quindi, a quest'ultimo le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione. Con sentenza C 36/06 del 16 aprile 2007, pubblicata in DTF 133 V 249, l'Alta Corte ha stabilito che

fintanto che, nel prestare l'usuale attenzione, non può riconoscere che la situazione in cui si trova la persona assicurata è tale da pregiudicarne il diritto alle prestazioni, l'assicuratore non ha un obbligo di informazione e di consulenza ai sensi dell' art. 27 LPGA. L'assenza di informazioni in una situazione concreta laddove l'obbligo di informare è previsto dalla legge o quando le circostanze particolari del caso avrebbero presupposto un'informazione da parte dell'assicuratore è assimilato ad una dichiarazione erronea e può, a certe condizioni, obbligare l'autorità (in concreto l'assicuratore) a consentire ad una persona assicurata un vantaggio al quale non avrebbe potuto pretendere in virtù del principio della buona fede derivante dall'art. 9 Cost. fed. (DTF 131 V 472 consid. 5). Secondo la giurisprudenza un'informazione sbagliata o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se (a) l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone, (b) l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti, (c) l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta, (d) facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio, (e) da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). Questi principi si applicano per analogia in caso di mancanza di informazione, la condizione c) dovendo tuttavia essere formulata nel seguente modo: che l'amministrato non ha avuto conoscenza del contenuto dell'informazione omessa o che il contenuto era talmente evidente che non doveva attendersi un'altra informazione (sentenza 8C_320/2010 del 14 dicembre 2010, DTF 131 V 472 consid. 5, sentenza 8C_66/2009 consid. 8.4 non pubblicato in DTF 135 V 399). In una sentenza 9C_97/2009 del 14 ottobre 2009 il TF ha ammesso la buona fede di un assicurato che non era stato informato correttamente dal proprio assicuratore circa cure dentarie effettuate all'estero. L'Alta Corte ha evidenziato che dalla documentazione trasmessa dall'insorgente alla Cassa, emergeva che l'interessato intendeva sottoporsi ad interventi dentari a carico di uno specialista esercitante in Francia e che il trattamento sarebbe stato eseguito un mese dopo. Per il TF l'assicuratore avrebbe dovuto rendersi conto che secondo quanto indicato, il ricorrente avrebbe potuto perdere il suo diritto al rimborso delle prestazioni. La cassa avrebbe pertanto dovuto reagire ed informare l'insorgente circa le norme applicabili in un caso simile. Non essendo intervenuto, l'assicuratore ha violato l'art. 27 cpv. 2 LPGA (consid. 3.2). L'Alta Corte ha rammentato che il riconoscimento di un dovere d'informazione ai sensi dell'art. 27 LPGA dipende dalla circostanza di sapere se l'assicuratore sociale disponeva, nella situazione concreta che si presentava, di indizi sufficienti che gli avrebbero imposto, secondo il principio della buona fede, di informare l'assicurato. Non si può tuttavia pretendere dall'assicuratore che fornisca informazioni che si può ammettere che siano conosciute in maniera generale, altrimenti l'amministrazione rischierebbe di sommergere a titolo preventivo l'assicurato di informazioni che non gli sono necessarie o che neppure pretende (" La reconnaissance d'un devoir de conseils au sens de cette disposition dépend bien plutôt du point de savoir si l'assureur social disposait, selon la situation concrète telle qu'elle se présentait à lui, d'indices suffisants qui lui imposaient au regard du principe de la bonne foi de renseigner l'intéressé. On ne saurait cependant attendre de l'assureur social qu'il donne des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait à titre préventif de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas (arrêt 9C_894/2008 du 18 décembre 2008 consid. 3.2, in RSAS 2009 p. 132). "). Il TF ha

stabilito che la presa a carico di un trattamento dentario ai sensi della LAMal è una questione relativamente complessa poiché dipende da differenti condizioni (art. 31 LAMal), il cui apprezzamento non è evidente alla sola lettura della legge. Le norme non sono formulate in maniera tale che il rimborso appaia eccezionale, di modo che non è possibile ritenere un dovere dell'assicurato di conoscere la situazione legale. L'Alta Corte ha inoltre evidenziato che lo stesso funzionario della Cassa che si era occupato della fattispecie non si era probabilmente reso conto che vi era un ostacolo al rimborso delle prestazioni, per cui l'assicuratore non può rimproverare al proprio assicurato una situazione giuridica che era apparentemente sfuggita anche ad un proprio collaboratore (“ En l'occurrence, la prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie obligatoire est une question de droit relativement complexe, puisqu'elle dépend de différentes conditions (art. 31 LAMal) dont l'appréciation n'est pas évidente à la seule lecture de la loi. Celle-ci n'est pas formulée de telle manière que le remboursement des frais relatifs aux soins dentaires apparaisse exceptionnel, de sorte qu'on ne saurait parler d'un "devoir" de l'intimé - lequel se savait atteint d'une maladie dont le traitement médicamenteux entraînait des effets au niveau dentaire - de connaître la situation légale. On ajoutera que les "Conditions particulières de l'assurance des soins selon LAMal (catégorie AH)" de la recourante renvoient aux art. 17 à 19a OPAS, ce qui ne permet pas à l'assuré de se rendre compte d'emblée du caractère exceptionnel du remboursement en question. Quant à l'allégation sur la notoriété du caractère exceptionnel du remboursement des soins prodigués à l'étranger, elle apparaît d'autant moins fondée que la recourante a justifié le délai avec lequel elle a informé l'assuré par le fait que le gestionnaire du dossier ne s'était probablement pas rendu compte qu'il y avait un obstacle juridique à la prise en charge (procès-verbal de comparution des parties du 16 janvier 2008). On comprend mal comment la recourante peut reprocher à son assuré d'ignorer une situation juridique dont l'évidence avait apparemment échappé à son propre collaborateur .”). Per un'ulteriore applicazione dell'art. 27 LPGa in ambito di cure all'estero cfr. anche la sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010, consid. 6.2 e seguenti dove l'Alta Corte ha riconosciuto, in parte, la buona fede dell'assicurato. 2.14. Nel caso concreto, in ambito delle precise loro competenze, i funzionari preposti all'applicazione della LAVS, per quanto attiene agli aspetti relativi alla rendita, hanno certamente fornito la consulenza che poteva da loro essere esatta. Da loro però non poteva essere pretesa una consulenza che travalicasse i limiti della LAVS e che penetrasse in quelli della LAMal e, soprattutto, nelle sue implicazioni internazionali relative all'applicazione dell'ALC ed aventi effetto su aspetti fiscali italiani particolari e settoriali. Non solo però. Dagli atti non risulta che al momento della domanda di rendita svizzera, ossia nel giugno 2013, la signora RI 1 abbia chiesto una specifica consulenza ai funzionari della Cassa relativa alle conseguenze che la percezione della rendita potesse avere in ottica di copertura dell'assicurazione malattia. Non emerge neppure che un'informazione errata le sia stata data da parte dei funzionari interessati. Come osservato nel precedente considerando ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca, gratuitamente, consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi (cfr. DLA 2007 pag. 193 segg.). La pretesa, come indicato, è riferita alla materia di competenza del funzionario interessato, spesso non giurista. L'assicuratore sociale deve poi disporre, nella situazione concreta che gli si presenta, di indizi sufficienti che gli debbono imporre, secondo il principio della buona fede, di informare l'assicurato. Orbene l'esistenza e la necessità di una copertura contro il rischio di malattia è notoria senza necessità, in un contesto come quello in discussione, di una specifica consulenza. La percezione di una rendita svizzera da parte di una persona che ha

abitato in Italia e che ha pagato solo in parte i suoi contributi (quale PSAL) in Svizzera non poteva certamente indurre i funzionari della CO 1 ad informare, o meglio a rendere attenta la ricorrente non tanto dell'obbligo assicurativo contro il rischio di malattie, ma che un tale obbligo, che essi potevano pacificamente ritenere già assolto per la residenza in Svizzera della ricorrente, potesse avere un'incidenza di natura economica per la signora RI 1 siccome al beneficio di rendita italiana derivata da anni di servizio pubblico oggetto dell'art. 19 della Convenzione italo svizzera citata, e che la stessa non potesse vedersi sgravare l'addebito degli oneri fiscali percepiti dalla Repubblica Italiana sulla sua rendita italiana e comprensivi di partecipazioni del sistema sanitario italiano. Non può essere quindi ritenuta una violazione dell'art. 27 cpv. 2 LPGA da parte dei preposti funzionari della CO 1 rispettivamente dei funzionari che si sono occupati della richiesta di rendita dell'assicurata ricorrente. 2.15. Alla luce delle considerazioni espone, la ricorrente non può rinunciare al suo diritto alla rendita di vecchiaia sorto il 1° novembre 2013, altrimenti violerebbe l'art. 23 cpv. 2 LPGA. Il ricorso deve conseguentemente essere respinto e la decisione impugnata confermata.

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