

TI_GERICHTE 36.1999.119 vom 17. Juni 1999

TI Tribunale d'appello, 1999-06-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.1999.119

FR: TI_GERICHTE 36.1999.119 du 17 juin 1999

IT: TI_GERICHTE 36.1999.119 del 17 giugno 1999

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 47

cpv. 1 LAVS. È stata infatti riconosciuta l'esistenza di una lacuna impropria (cfr. Eugster, p. 185 N 340 e DTF 119 V 301; cfr. nel caso di premi pagati a torto, per annullamento ex nunc dell'affiliazione, DTF 101 V 225; DTF 102 V 99; DTF 115 V 118; consid. 3b; DTF 112 V 194; Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Basilea 1996 p. 146). Secondo la giurisprudenza relativa all'art 47 LAVS, la restituzione è subordinata ai presupposti della revisione processuale o del riesame (DTF 107 V 181; SVR 1995 ALV n° 53 pag. 162; U. Meyer-Blaser, *Die Rückerstattung von Sozialversicherungsleistungen*, in RSJB 1995 pag. 473 e seg). L'amministrazione può riesaminare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui la stessa sia senza dubbio errata e la correzione abbia un'importanza rilevante oppure se si manifestano nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti a indurre ad una conclusione giuridica differente. Solo in tali casi si può procedere ad una restituzione (RCC 1989 p. 547; RCC 1985 p. 63; Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1994, ad art. 3 p. 68). Il TFA ha, in particolare, avuto modo di stabilire che un errore manifesto é dato anche quando delle disposizioni determinanti non sono state applicate o lo sono state in modo errato (SVR 1995 ALV n° 53). Per quel che concerne l'importanza della correzione non è possibile fissare un ammontare limite generalmente valido. E' infatti determinante l'insieme delle circostanze del singolo caso (RCC 1989 p. 547). E' tenuto alla restituzione ogni assicurato che ha beneficiato di una prestazione, alla quale, da un profilo oggettivo, non aveva diritto. La prestazione è quindi stata erogata in contrasto con la legge. A questo stadio non è determinante sapere se l'assicurato era in buona fede oppure no quando ha ricevuto l'indebita prestazione. Il problema della buona fede è infatti oggetto di esame nell'ambito della procedura successiva di condono (Widmer, *Die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen in den Sozialversicherungen*, Tesi, Basilea 1984, pag. 125 a 127; FF 1946 II p. 527-528, edizione francese). Il principio della restituzione sancito all'art. 47 cpv. 1 LAVS è analogo a quanto stabilito nel diritto civile (disposizioni miranti ad evitare l'arricchimento indebito, cfr. art. 62ss CO). 2.5 Per quanto riguarda la perenzione della pretesa di restituzione il TFA ha pure già decretato che si applica per analogia l'art. 16 cpv. 3 prima frase LAVS. In effetti la LAMI non prevede alcuna disposizione in proposito (DTF 119 V 299 consid. 2; 301; DTF 115 V 118; consid. 3b; DTF 112 V 194). Il TFA ha quindi armonizzato gli ordinamenti relativi alla restituzione in ambito di prestazioni e contributi. Le pretese di restituzione delle Casse malati e degli assicurati, sottostanno, quindi, alle medesime disposizioni (DTF 119 V 301). Per l'art. 16

cpv. 3 prima frase LAVS " Il diritto alla restituzione dei contributi indebitamente pagati si prescrive in un anno a contare dal momento in cui la persona tenuta a pagare i contributi ha avuto conoscenza dell'indebito pagamento e in ogni caso in cinque anni a contare dalla fine dell'anno civile in cui ha avuto luogo il pagamento indebito." La disposizione prevede un termine di prescrizione relativo di un anno e uno assoluto di cinque (DTF 119 V 300; DTF 111 V 137). Il TFA ha statuito nello stesso senso per quanto riguarda la restituzione di premi pagati a torto, cioè nel caso di affiliazione ingiustificata presso la Cassa (cfr. DTF 119 V consid. 3 e DTF 101 V 225). In quel caso l'affiliazione è stata considerata annullata ex tunc e le parti obbligate a restituire quanto versato a torto (DTF 101 V 125). Il termine di prescrizione applicabile dovrebbe quindi essere di cinque anni sia per contributi pagati in più, quando cioè la persona è assicurata, rispettivamente per il caso in cui la persona è stata considerata a torto assicurata. Tuttavia in materia AVS il TFA ha sancito quanto segue " Beiträge, die von nicht beitragspflichtigen Personen zu Unrecht bezahlt worden sind, müssen zurückerstattet werden. Weil Art. 16 Abs. 3 AHVG nur die versicherten Personen betrifft, beträgt die absolute Verjährungsfrist grundsätzlich zehn und nicht fünf Jahre (Bestätigung der Rechtsprechung; DTF 110 V 155 Consid. 4a). precisando che ci si trova confrontati con una lacuna legislativa. La questione di sapere qual è il termine di prescrizione applicabile al caso di specie può tuttavia restare indecisa. Alla luce della documentazione assunta agli atti l'assicurato va infatti considerato affiliato a titolo facoltativo alla Cassa a partire dal 1 marzo 1983 (cfr. consid. 2.8-2.10).

2.6 Secondo l'art. 5 cpv. 1 LAMI, ogni cittadino svizzero ha il diritto di far parte di una cassa quando soddisfi le condizioni richieste dallo statuto per l'ammissione. I Cantoni hanno facoltà di dichiarare obbligatoria l'assicurazione contro le malattie, in generale o per certe classi di assicurazione (art. 1 cpv. 1 lett. a LAMI). Dal 1 gennaio 1987 l'assicurazione malattia è stata dichiarata obbligatoria nel Canton Ticino per le persone sole e le famiglie domiciliate o dimoranti nel Cantone ed i lavoratori stagionali residenti nel Cantone (art. 2 e 51 della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 28 maggio 1986, RU 341). La normativa ha abrogato la legge cantonale sull'assicurazione obbligatoria e facoltativa del 7 novembre 1962 (art. 50 della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 28 maggio 1986). Secondo l'art. 1 della legge, nel tenore in vigore dal 1979, " L'assicurazione contro le malattie è dichiarata obbligatoria in conformità della presente legge per le famiglie domiciliate o residenti con permesso di dimora annuale nel Cantone il cui reddito complessivo non supera 18000 franchi (lett. a) e per le persone sole domiciliate nel Cantone il cui reddito annuo non supera fr. 18000 (lett. b)." I limiti di reddito vengono adeguati all'indice nazionale dei prezzi al consumo dal Consiglio di Stato (cpv. 2). L'applicabilità di questa norma è stata sospesa nel 1984 dal decreto legislativo del 2 febbraio 1984. Risulta quindi che nel 1983 l'assicurazione malattia era obbligatoria solo per le famiglie e le persone sole con redditi particolarmente bassi.

2.7 La questione di sapere se la famiglia del ricorrente era assicurata obbligatoriamente ai sensi della citata norma a far tempo dal 1983 fino alla fine del 1986 - fatto che neppure la Cassa malati non ha mai addotto - può anch'essa rimanere indecisa. In effetti ai sensi della LAMI era possibile un'affiliazione facoltativa (consid. 2.8 ss).

2.8 Vigente la LAMI valeva il principio secondo cui le Casse malati potevano determinare nelle proprie disposizioni generali a quali condizioni le persone interessate potevano essere ammesse nell'assicurazione malattia (cfr. art. 5 LAMI succitato; cfr. art. 1 cpv. 2 in fine LAMI). Solo la legge, infatti, limitava l'autonomia delle Casse, prevedendo delle disposizioni imperative circa le condizioni di ammissione (cfr. art. 5 LAMI, A. Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, BD II, Besonderer Teil, Bern 1981, p. 293;

Borella, L'affiliation a l'assurance maladie sociale suisse, Losanna 1993, p. 115). In ogni caso, nel far uso di tale facoltà, le casse dovevano rispettare i principi generali del diritto delle assicurazioni sociali, così come quelli derivanti dal diritto amministrativo e dal diritto costituzionale (RAMI 1982, p. 155ss, consid. 1). In simili condizioni, quindi, se un cittadino svizzero (art. 5 cpv. 1 LAMI) adempiva gli ulteriori presupposti previsti negli statuti della Cassa, doveva essere ammesso nell'assicurazione malattia, lo stesso non valeva invece per cittadini stranieri se la Cassa malati non disponeva in tal senso. L'assicurazione malattia secondo la LAMI era, quindi, essenzialmente facoltativa (Borella, op. cit., Losanna 1993, p. 161). Il rapporto assicurativo nasceva in pratica a seguito della dichiarazione di affiliazione della persona interessata nei confronti della Cassa malati. Trattandosi di un'offerta essa doveva essere accettata dalla Cassa. Se l'assicurazione non intendeva, ad esempio, assicurare un richiedente quest'ultimo poteva pretendere l'emanazione di una decisione formale (art. 30 cpv. 1 LAMI; Maurer, op. cit. p. 293; Borella op. cit. p. 165,166).

2.9 Secondo la Cassa l'assicurato è affiliato dal marzo 1983. L'art. 7 cif. 1 delle condizioni generali in vigore a quella data, intitolato "conseguimento del societariato", precisa che (XXVIII). " Ne può diventare membro ogni persona che risiede o lavora nel raggio di attività della Cassa." Per l'art. 8 delle condizioni generali "1. L'ammissione è da farsi per iscritto su modulo rilasciato dalla Cassa. Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili, la domanda d'ammissione dev'essere firmata dal rappresentante legale. Il candidato o il rappresentante legale deve rispondere in modo veritiero e completo alle questioni poste; viene avvertito sulle conseguenze dell'inosservanza di queste prescrizioni (art. 15, cifra 4 e art. 28, cifra 1). 2. Con la firma della domanda d'ammissione, il candidato riconosce gli statuti e i regolamenti della Cassa e accetta gli obblighi che ne derivano per tutta la durata del suo societariato. La domanda d'ammissione firmata equivale dunque a un riconoscimento di debito in conformità dell'art. 82 della legge federale sull'esecuzione e sul fallimento." Secondo l'art. 10 " L'ammissione è sancita dall'amministrazione centrale su proposta della sezione oppure dalla sezione, con l'autorizzazione dell'amministrazione centrale." 2.10 L'assicurato sostiene di non aver mai sottoscritto una dichiarazione di adesione alla Cassa malati, mentre quest'ultima ammette di non poter produrre tale documento, essendo nel frattempo trascorsi dieci anni. Secondo questa Corte il fatto che l'offerta di affiliazione sottoscritta dal ricorrente non sia più reperibile, è in ogni caso irrilevante ai fini dell'esito della vertenza e meglio dell'accertamento dell'affiliazione all'assicurazione malattia da parte dell'interessato con effetto dal marzo 1983. In effetti, malgrado non vi sia la prova documentale che l'assicurato abbia aderito alla Cassa malati, presumibilmente a titolo facoltativo (cfr. consid. 2.3 in fine) alla data menzionata, può senz'altro essere considerato verosimile (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211) che l'affiliazione si sia realizzata, in ogni caso, per atti concludenti. In effetti, se l'assicurato non avesse effettivamente mai dichiarato la propria adesione alla Cassa, sarebbe del tutto incomprensibile, trattandosi di un'affiliazione facoltativa, non solo l'avvenuta fatturazione dei premi da parte di quest'ultima, ma anche il pagamento degli stessi, da parte dell'interessato e ciò per ben dieci anni (fino al 1993), così come la richiesta di rimborso dei costi di malattia. Non è infatti pensabile ed è del tutto improbabile, secondo la generale esperienza della vita, trattandosi di un'assicurazione facoltativa, che la Cassa abbia affiliato di sua iniziativa l'assicurato e gli abbia addebitato i premi, senza alcuna precedente contrattazione, in particolare relativa al tipo di contratto e all'ammontare dei premi e comunque senza reticenza alcuna da parte del ricorrente. Se così fosse stato infatti

l'assicurato avrebbe reagito ben prima all'affiliazione, soprattutto ritenuto che, a suo dire, era ampiamente assicurato tramite il suo datore di lavoro all'estero. Questa circostanza, così come il fatto di aver percepito regolarmente le prestazioni erogate dalla Cassa, indica una chiara volontà di aderire alla _____. Secondo questa Corte è inoltre giustificato affermare che in quegli anni era fatto notorio che l'adesione ad una Cassa malati in Svizzera aveva carattere facoltativo, come è invece attualmente notoria l'obbligatorietà dell'affiliazione. Il fatto quindi che il ricorrente abbia sostenuto di non essere al corrente dell'inesistenza di un obbligo assicurativo, non è verosimile. Del resto, anche se così fosse, secondo costante giurisprudenza federale nessuno può prevalersi dell'ignoranza della legge per ricavarne dei vantaggi (cfr. DTF 113 V 88; DTF 111 V 338 consid. 4 e 343 consid. 3). Le ipotesi ricorsuali non reggono per un altro motivo. Pur ammettendo che l'interessato abbia creduto nell'esistenza di un obbligo assicurativo in Svizzera, motivo per cui non ha disdetto l'assicurazione, ciò vale al massimo fino al momento in cui era in possesso del permesso di residenza in questo paese, non però dopo il mancato rinnovo dell'autorizzazione di soggiorno. Da quel momento infatti _____ doveva informarsi della sua situazione assicurativa, ritenuto che era già assicurato anche all'estero. Egli poteva sciogliere il rapporto assicurativo con la _____. Ma vi è di più. Dagli atti emerge che nel corso del 1997 (consid. 1.2) il ricorrente aveva proposto alla _____, che aveva avviato delle procedure esecutive per il mancato pagamento dei premi, di far fronte ratealmente al debito, riconoscendo quindi espressamente di dover versare i premi rimasti impagati e quindi riconoscendo il motivo del pagamento e meglio l'avvenuta affiliazione (allegato doc. _). Solo nel 1998, dunque ben due anni dopo l'entrata in vigore della LAMal che ha reso obbligatoria in Svizzera l'assicurazione malattia, il ricorrente ha sostenuto per la prima volta la tesi secondo cui non avrebbe mai disdetto l'assicurazione avendola ritenuta obbligatoria (doc. _). Alla luce delle circostanze concrete la tesi di _____, vista anche la tardività con la quale è stata sollevata, non è credibile. Per gli stessi motivi non è credibile la tesi sostenuta dall'assicurato, per la prima volta nel 1998, secondo cui non si sarebbe mai affiliato. Questa argomentazione, che poteva essere sollevata al momento della richiesta da parte della Cassa di pagamento dei premi arretrati, appare strumentale ed è in netto contrasto con la proposta, avanzata in precedenza, di tacitare ratealmente il debito. Alla luce di queste circostanze le tesi del ricorrente appaiono inverosimili ed il suo comportamento contraddittorio e contrario ai principi della buona fede. Secondo il principio della verosimiglianza preponderante, valido nelle assicurazioni sociali (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211) appare che _____ si è affiliato facoltativamente alla Cassa malati _____ dal marzo 1983, come sostenuto dalla convenuta. Su questo punto il ricorso, in quanto infondato, dev'essere respinto. 2.11 Per quanto riguarda la fine del rapporto assicurativo, vigente la LAMI, la legge non disponeva alcunché a proposito delle condizioni d'uscita dalla Cassa. Di conseguenza le modalità, in particolare i termini di disdetta, potevano essere previsti liberamente negli statuti. L'assicurato poteva, ad esempio, essere obbligato ad uscire dalla Cassa in quanto non adempiva più i presupposti statuari avendo trasferito il proprio domicilio all'estero (Maurer, op. cit., p. 297). A dipendenza del regolamento gli affiliati potevano essere esclusi se non pagavano i premi o se violavano delle norme legali ecc. Il rapporto assicurativo terminava, infine, automaticamente, con la morte dell'assicurato. Possibile era pure una fine automatica dell'affiliazione, senza che vi fosse la necessità di una dichiarazione di parte, in caso di trasferimento all'estero del domicilio (Maurer, op. cit. p. 298). Terminato il rapporto associativo l'assicurato non poteva

più avvalersi del diritto a prestazioni (RAMI 1975 p. 67ss). 2.12 Dagli atti risulta che l'assicurato ha beneficiato di un permesso di dimora fino al 1986, mentre in seguito non risulta essere stato in possesso di alcuna autorizzazione di residenza in Svizzera (consid. 1.1). Per l'art. 15 delle condizioni generali in vigore dal 1986, intitolato fine del societariato, "1. La qualità di membro si perde con il decesso, le dimissioni o l'esclusione. 2. Le dimissioni possono essere date, in ogni tempo, per la fine d'un mese, con un mese di preavviso. Non sono ammesse dimissioni con effetto retroattivo. Le dimissioni devono essere indirizzate per lettera raccomandata alla sezione d'appartenenza del membro. 3. Sono considerate simili alle dimissioni l'esplicita o la tacita rinuncia al mantenimento del societariato, quando non sono adempiute le condizioni dell'art. 3, cifra 3■5, come pure quelle previste dall'art. 14, cifra 3 e 7. 5. I membri dimissionari o esclusi non hanno diritto alcuno sul patrimonio della Cassa. Invece queste persone devono pagare le quote fino alla scadenza del societariato, le partecipazioni, la franchigia e le eventuali altre spese. Inoltre sono tenute a rimborsare le prestazioni illegalmente riscosse. Il diritto alle prestazioni cessa alla fine del societariato. 7. Quando un membro lascia la Cassa riceve un certificato d'iscrizione, redatto secondo il modello ufficiale, non appena egli avrà adempiuto i suoi obblighi verso la Cassa. L'art. 14 cif. 3 prevede che " Il membro che non si annuncia partente presso la vecchia sezione o che, in occasione dell'avviso di partenza non comunica il suo nuovo indirizzo, deve annunciare lui stesso il suo arrivo al gerente della sezione del nuovo domicilio. Se ciò non vien fatto nei tre mesi seguenti l'abbandono del vecchio domicilio, il societariato si estingue" La disposizione non è applicabile al caso di specie, in quanto non si tratta di cambiamento di sezione in Svizzera. La cif. 7 prevede invece che " In caso di trasferimento di domicilio all'estero si applicheranno le disposizioni del relativo regolamento" secondo cui: " I membri che si recano all'estero per un periodo superiore a 3 mesi, ma al massimo per 5 anni, possono sospendere oppure mantenere la loro assicurazione con diritto alle prestazioni" (art. 1, Soggiorno all'estero di oltre 3 mesi) . Detta regolamentazione è stata richiamata d'ufficio agli atti dal TCA e sottoposta al ricorrente per le osservazioni. " Per l'art. 2 (sospensione dell'assicurazione) 1. Se l'assicurazione dev'essere sospesa, il membro lo comunicherà prima della sua partenza per l'estero alla sezione cui appartiene. Durante la sospensione del societariato il membro non ha diritto alle prestazioni della Cassa e non deve pagare le quote. 2. Al ritorno dall'estero, le assicurazioni che esistevano prima della sospensione sono rimesse in vigore senza nuova riserva e nello stesso gruppo d'età di prima, a partire dal mese in cui l'assicurato ha di nuovo il suo domicilio in Svizzera, a condizione che si annunci alla Cassa entro 2 mesi dalla ripresa del domicilio in Svizzera (art. 2, . Secondo l'art. 3 (mantenimento dell'assicurazione) 1. I membri che, durante la permanenza all'estero, vogliono continuare l'assicurazione con diritto alle prestazioni e che hanno avvisato la loro sezione prima di partire per l'estero, saranno affiliati alla sezione dei membri isolati, presso l'amministrazione centrale, dal mese che segue la partenza dalla Svizzera; essi dovranno pagare le quote dell'assicurazione della cura medica e dei medicinali dei membri isolati; per gli altri rami d'assicurazione, pagheranno le quote ordinarie; hanno la libertà di completare o ridurre la loro assicurazione. 2. I membri assicurati secondo la cifra 1 hanno diritto alle seguenti prestazioni: a) nell'assicurazione della cura medica e dei medicinali, agli importi che vengono pagati ai membri domiciliati alla sede della Cassa; b) nell'assicurazione per un'indennità giornaliera, in caso di inabilità al lavoro attestata dal medico, all'indennità giornaliera assicurata, se degenti in uno stabilimento ospedaliero o in uno stabilimento cri cura sotto direzione medica; in caso di cura ambulatoriale, hanno diritto ad un'indennità giornaliera di fr. 2.■ al

giorno; c) nelle assicurazioni supplementari, alle prestazioni assicurate. 3. Se un membro assicurato secondo cifra 1, si reca in Svizzera per una cura medica o si ammala durante il suo congedo in Svizzera, ha diritto, senza restituzione, alla prestazione della cassa secondo gli statuti. 4. Le quote devono essere pagate per 3 mesi in anticipo. In caso di ritardo di pagamento di 6 mesi, la Cassa ha il diritto di considerare il societariato estinto." 2.13 Dal tenore delle disposizioni succitate risulta chiaramente che, in caso di trasferimento all'estero del domicilio, l'affiliazione non terminava automaticamente. La persona interessata aveva infatti la possibilità, in caso di assenza superiore a tre mesi e della durata massima di 5 anni, di sospendere (art. 2 cif. 1) rispettivamente di mantenere l'assicurazione (art. 2 cif. 1), oltre che evidentemente di disdire l'assicurazione ai sensi dell'art. 15 cif. 1 e 2 in ogni tempo con il preavviso di un mese e per la fine di un mese, essendo questa facoltativa. Nel caso di mancata disdetta rispettivamente mancata sospensione dell'assicurazione, nell'ipotesi di partenza all'estero l'assicurato rimaneva affiliato alle precedenti condizioni. Poiché, in concreto, è incontestato che l'assicurato non ha disdetto né optato per una delle possibilità previste dal regolamento in caso di partenza per l'estero, se ne deve dedurre che egli è rimasto affiliato alle precedenti condizioni a titolo facoltativo alla _____ anche dopo la partenza per l'estero. Nessuna delle disposizioni applicabili prevede infatti la decadenza dell'affiliazione, nell'ipotesi in cui l'assicurato non opti per una delle soluzioni di cui all'art. 2 e 3 del regolamento citato. Il fatto che l'assenza all'estero si sia protratta oltre cinque anni non muta l'esito della vertenza in quanto l'assicurato non ha postulato l'applicazione di una delle due facoltà previste all'art. 2 e 3 del regolamento, ma è rimasto affiliato facoltativamente alle precedenti condizioni e quindi trattato come una persona residente in Svizzera. Alla luce di quanto precede si deve concludere che l'assicurato è stato regolarmente affiliato alla Cassa dal 1983 e l'affiliazione non è decaduta con la partenza per l'estero. Di conseguenza egli non ha pagato indebitamente i premi che erano dovuti. La richiesta di restituzione, essendo infondata, dev'essere respinta e la decisione su opposizione confermata. 2.14 Visto l'esito della procedura non si assegnano spese ripetibili.

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