

TI_GERICHTE 36.2001.67 vom 4. Juli 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-07-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.67

FR: TI_GERICHTE 36.2001.67 du 4 juillet 2001

IT: TI_GERICHTE 36.2001.67 del 4 luglio 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per i dipendenti di organizzazioni internazionali e di Stati esteri.

E. 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 risiedono per un periodo prolungato; b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera". L'art. 1 cpv. 1 OAMal precisa che " 1 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). L'art. 5 cpv. 1 LAMal prevede poi che " 1 Se l'affiliazione è tempestiva (art. 3 cpv. 1), l'assicurazione inizia dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. Il Consiglio federale stabilisce l'inizio dell'assicurazione delle persone menzionate nell'articolo 3 capoverso 3." Per l'art. 7 cpv. 1 OAMal " 1 I cittadini svizzeri che eleggono domicilio in Svizzera dopo aver soggiornato all'estero come pure gli stranieri con permesso di dimora o di domicilio ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera a sono tenuti ad assicurarsi entro tre mesi dal giorno in cui si sono annunciati presso il competente ufficio di controllo degli abitanti. Se l'adesione all'assicurazione è tempestiva, l'assicurazione inizia dal giorno della notifica del suddetto annuncio." Infine, l'art. 6 cpv. 2 LAMal prevede che l'autorità designata dal Cantone affilia a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente 2.4. In DTF 125 V 76ss il TFA ha evidenziato, in relazione alle summenzionate norme, che, per le persone domiciliate in Svizzera (giusta gli art. 23 ss. CCS) l'inizio dell'assicurazione coincide con l'elezione di domicilio. Per gli stranieri che non costituiscono un domicilio in Svizzera ai sensi della normativa rammentata e che sono al beneficio di un permesso di domicilio o di un permesso di dimora valido almeno tre mesi, l'assicurazione ha inizio dal giorno della notifica dell'annuncio di dimora presso il competente ufficio di controllo degli abitanti. Nel caso

giurisprudenziale citato ed esaminato dal TFA l'alta Corte ha concluso che la ricorrente, cittadina straniera entrata in Svizzera per sposare un cittadino svizzero da cui ha avuto un figlio e che ha in seguito ottenuto un permesso di dimora, andava considerata domiciliata in Svizzera secondo l'art. 23ss. CCS in quanto intenzionata a stabilirsi durevolmente in Svizzera. Ai fini dell'inizio dell'assicurazione in quel caso facevano quindi stato gli art. 3 cpv. 1 e 5 cpv. 1 prima frase LAMal e non l'art. 3 cpv. 3 LAMal e le relative disposizioni esecutive. In concreto quindi l'inizio dell'assicurazione coincideva con l'acquisizione del domicilio e pertanto con l'entrata in Svizzera. 2.5. Nel caso in esame non è contestato che _____, cittadino svizzero, è domiciliato in Svizzera perlomeno dal 1° gennaio 1996 e che da tale data avrebbe dovuto affiliarsi presso un assicuratore malattia. Ammessa dallo stesso insorgente è pure la circostanza che l'affiliazione presso l'assicuratore _____ è avvenuta posteriormente alla decisione dell'IAS di affiliazione d'ufficio presso l'assicuratore _____. Egli ha infatti rilevato di essersi occupato del caso dopo aver ricevuto da _____ il computo del sovrappremio da pagare per un ammontare di fr. 9'640.80 (doc. _). In queste circostanze, ritenuto l'obbligo, tranne eccezioni non adempiute in concreto, per ogni persona domiciliata in Svizzera di assicurarsi per le cure medico-sanitarie (art. 3 LAMal) e considerato che l'affiliazione d'ufficio presso la _____ (18 aprile 2001) effettuata in forza dell'art. 6 cpv. 2 LAMal, e dunque corretta, è antecedente all'affiliazione effettuata dall'assicurato presso l'_____ (30 aprile 2001), la decisione dell'amministrazione merita conferma. Il ricorrente, se non desidera più essere assicurato presso la _____ per l'assicurazione di base può, entro i termini previsti dall'art. 7 LAMal, disdire il proprio rapporto assicurativo, non prima tuttavia di essersi assicurato presso un altro assicuratore. Ciò può avvenire unicamente nei termini previsti dalla legge. In particolare l'art. 7 LAMal prevede la possibilità di cambiare assicuratore per la fine di un semestre di un anno civile con preavviso di tre mesi. Va poi rilevato che l'art. 7 cpv. 5 LAMal prevede che il rapporto d'assicurazione termina solo se il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che assicura l'interessato senza interruzione della protezione assicurativa. Se omette questa conferma deve risarcire all'assicurato il danno risultante, in particolare la differenza di premio. L'assicuratore che ha ricevuto la comunicazione informa la persona interessata sulla data a partire dalla quale essa non è più assicurata presso di lui. La circostanza che l'assicurato si trova oggettivamente in una difficile situazione psichica, come documentano gli scritti prodotti dall'insorgente, non può, purtroppo, modificare la conclusione di questo TCA. Infatti, non risulta che l'insorgente sia sotto tutela o curatela ed il padre nel suo scritto 20 settembre 2001 (doc. _) afferma espressamente che " _____ è prossimo ai 40 anni e da diversi anni è responsabile dei propri atti". Per cui le varie notifiche sono valide ai sensi della legge. Va poi rilevato che la corrispondenza intercorsa con l'amministrazione e con questo TCA denota da parte dell'insorgente una comprensione degli atti notificatigli. Va infine ribadito che, a prescindere dalla difficile situazione in cui si trova, l'insorgente, in virtù dell'art. 3 LAMal, è in ogni caso tenuto ad assicurarsi per le cure medico-sanitarie. 2.6. Per quanto attiene all'obbligo fatto all'assicuratore di percepire il sovrappremio per constatata affiliazione tardiva occorre evidenziare come per l'art. 5 cpv. 2 LAMal " In caso d'affiliazione tardiva, l'assicurazione inizia dal giorno dell'affiliazione. L'assicurato deve pagare un supplemento di premio se il ritardo non è giustificabile. Il Consiglio federale ne stabilisce i tassi indicativi, tenendo conto del livello dei premi nel luogo di residenza dell'assicurato e della durata del ritardo. Se il pagamento del supplemento risulta oltremodo gravoso per l'assicurato, l'assicuratore lo riduce, considerate equamente la situazione dell'assicurato e

le circostanze del ritardo. Secondo l'art. 8 OAMal " 1 Il supplemento di premio in caso d'affiliazione tardiva, previsto nell'articolo 5 capoverso 2 della legge, è riscosso per una durata pari al doppio di quella del ritardo d'affiliazione. Esso è compreso tra il 30 ed il 50 per cento del premio. L'assicuratore stabilisce il supplemento secondo la situazione finanziaria dell'assicurato. Se il pagamento del supplemento risulta oltremodo gravoso per l'assicurato, l'assicuratore stabilisce un tasso inferiore al 30 per cento, considerate equamente la situazione dell'assicurato e le circostanze del ritardo." Va allora definito qui il concetto di ritardo giustificabile desumibile dall'art. 5 cpv. 2 LAMal. La legge va interpretata sulla base del suo testo letterale. Secondo la giurisprudenza si può derogare dal senso letterale di un testo chiaro, tramite interpretazione, solo se vi sono ragioni obiettive, ad esempio deducibili dai lavori preparatori, dallo scopo e dal senso della disposizione oppure dalla sistematica della legge, le quali permettono di presumere che il testo di legge non esprime il vero senso della disposizione in oggetto (DTF 119 V 429; DTF 119 V 60; DTF 118 Ib 4452; VSI, 1993, p. 133; Pratique VSI 1993 p. 263; RAMI 1993 p. 132; DTF 117 V 109; DTF 117 V 45; 117 V 5; Imboden/Rhinow/Krähemann, Schweizerische Verwaltungsrecht- sprechung, no. 21b IV). Se il testo non è assolutamente chiaro oppure se sono possibili più interpretazioni, conviene ricercare qual è la vera portata della norma, desumendola da tutti gli elementi che vanno considerati ossia dai lavori preparatori, dallo scopo della norma, dal suo spirito, così come dai valori sui quali si fonda o ancora tramite la relazione con le altre norme legali (DTF 119 V 429 cons. 5a.; 118 Ib 191 cons. 5: 117 V 109; Pratique VSI 1993 p. 3 cons. 3 e rif. ivi citati; DTF 116 II 415 cons. 5b, 527 cons. 2b e 578 con s. 2b). Il concetto di "ritardo giustificabile" non appare chiaro e necessita quindi di essere interpretato. In proposito nel messaggio del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991 viene precisato che (p. 50): "(...) Se l'interessato si assicura o è assicurato d'ufficio (giusta l'art. 6 cpv. 2) dopo il termine di tre mesi, l'assicurazione non è retroattiva; essa inizia a decorrere dal giorno dell'affiliazione. Le spese delle cure fornite prima di questa data saranno pertanto a carico dell'assicurato. Non si possono esigere premi arretrati, ma l'assicuratore imporrà all'assicurato che si è affiliato tardivamente un premio più elevato rispetto a quello degli altri suoi assicurati. Egli fissa personalmente l'importo del supplemento di premio attenendosi ai limiti fissati dal Consiglio federale, abilitato a stabilirne i tassi indicativi. Questi devono tenere conto del livello dei premi di tutti gli assicuratori che operano nella regione in questione e della durata del ritardo, vale a dire, rispettivamente, dei costi dell'assicurazione delle cure medico■sanitarie nella regione e della misura in cui l'interessato non ha dato il proprio contributo alla solidarietà con gli altri assicurati. Se il ritardo è da ricondurre a un impedimento grave, quale una malattia o un infortunio, non viene prelevato un premio più elevato. Se il ritardo non è scusabile ma il pagamento del supplemento di premio risulta gravoso per l'interessato, l'assicuratore deve ridurlo tenendo equamente conto della situazione (finanziaria, familiare, ecc.) dell'assicurato e delle circostanze del ritardo (ad esempio l'ignoranza della lingua). L'articolo 5 capoverso 2 seconda frase avrà senza dubbio un effetto dissuasivo per chiunque è tentato di abusare del sistema aderendovi soltanto al momento in cui necessita di cure onerose o quando manifesta maggiore predisposizione alla malattia. Casi del genere dovrebbero comunque essere rari, poiché presuppongono che l'interessato si sia sottratto al controllo e all'affiliazione d'ufficio (cfr. art. 6). Inoltre, coloro che non si sottopongono tempestivamente all'assicurazione obbligatoria incorrono in sanzioni penali (art. 83)." Dal tenore del messaggio risulta che il Consiglio federale non ha concretizzato il concetto in esame, limitandosi a rilevare – a titolo meramente esemplativo -

che sono scusabili i ritardi riconducibili ad impedimenti gravi quali malattia e infortuni. L'esecutivo federale fa riferimento ad un impedimento grave tale da essere d'ostacolo oggettivo ad una affiliazione tempestiva. La severità della condizione posta discende chiaramente dallo scopo della nuova LAMal che vuole applicato significativamente il principio della solidarietà tra assicurati. L'elenco dei motivi rammentati nel messaggio (introdotto dall'espressione "quali") non va considerato esaustivo. Altri fattori, secondo questa Corte, potrebbero infatti giustificare un'affiliazione tardiva. Neppure la dottrina approfondisce il concetto. Maurer (*Das neue Krankenversicherungsrecht*, Basilea e Francoforte 1996, p. 39) indica unicamente che il premio supplementare va considerato un vero e proprio supplemento punitivo ("Strafzuschlag"). Da qui discende che l'omissione in cui incorre l'assicurato non può trovare giustificazione nell'ignoranza della legge (DTF 113 V 88) o nel mancato intervento di controllo dello Stato (cfr. TCA 25.4.2000 nella causa J., 36.99.173 ancora sub judice). La questione non va ulteriormente approfondita e non impone soluzione in questa sede essendo il ritardo nell'affiliazione (5 anni dall'entrata in vigore della LAMal) alquanto grande. Le patologie dell'insorgente, pur gravi, non possono in ogni caso giustificare un ritardo di ben 5 anni nell'affiliazione. Va infatti rilevato che la situazione è nettamente peggiorata solo in questi ultimi mesi (doc. _) e la pratica per ottenere una rendita AI sembra essere iniziata nel corso del 2000 (doc. _). Per cui, in precedenza avrebbe in ogni caso dovuto affiliarsi spontaneamente. E' vero che lo stato psico-fisico dell'insorgente è precario già da diversi anni (doc. _), tuttavia, a mente del TCA ciò non giustifica un ritardo così marcato nell'affiliazione all'assicurazione per le cure medico-sanitarie di base. Inoltre, l'interessato ha tempestivamente risposto alle richieste della Cassa, insorgendo regolarmente contro le relative decisioni. Egli, come rettamente ricordato dall'amministrazione, sembra di conseguenza capace di occuparsi degli affari correnti quali la richiesta di affiliazione presso una Cassa malati. Va infine rammentato che prima di obbligare la Cassa malati ad incassare il sovrappremio, l'insorgente è stato invitato due volte ad affiliarsi spontaneamente presso un assicuratore per le cure medico-sanitarie di base. In concreto l'inazione dell'insorgente non appare scusabile, ritenuto il lungo periodo durante il quale non è stato assicurato malgrado l'obbligo imposto dalla LAMal e rilevato come è comunque circostanza risaputa, almeno per le persone che risiedono all'interno del Paese, che la LAMal imponga un obbligo di assicurazione per le spese medico sanitarie. Va quindi ritenuto un ritardo ingiustificato che impone l'applicazione di un supplemento di premio ai sensi di legge. Per contro, la questione dell'ammontare del premio e del supplemento di premio richiesto - e, quindi, la questione della proporzionalità dello stesso - nonché della franchigia, non va esaminata in questa sede poiché possono essere sottoposti a verifica giudiziale soltanto i rapporti giuridici sui quali l'amministrazione competente si è pronunciata con una decisione vincolante (DTF 110 V 51 considerandi 3b e sentenze ivi citate): la decisione costituisce il presupposto e il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (DTF 110 V 51 consid. 3b, DTF 105 V 276 consid. 1, DTF 104 V 180, DTF 102 V 152; Gygi, *Bundesverwaltungrechtspflege*, pag. 44 in fine). La questione potrà essere affrontata, semmai, nell'ambito di un eventuale ricorso interposto contro la decisione (su opposizione) dell'assicuratore contro le malattie al quale l'insorgente deve rivolgersi. Infine, viste le difficoltà nel pagamento dei premi, spetterà all'IAS, se non lo ha già fatto, emanare una decisione relativa alla concessione di un sussidio per il 2001, come chiesto dal ricorrente nel corso del mese di dicembre 2000. Va infine rilevato che le spese processuali restano a carico dello Stato, mentre non si attribuiscono ripetibili.

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