

TI_GERICHTE 36.2004.23 vom 13. November 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-11-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.23

FR: TI_GERICHTE 36.2004.23 du 13 novembre 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2004.23 del 13 novembre 2003

Regeste

buona fede di un cittadino germanico che chiede l'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera a causa di informazioni errate fornite dal Comune di domicilio

Erwägungen

E. 1

Oggetto del contendere è, in ordine, la competenza del Cantone a statuire sull'affiliazione d'ufficio così come sull'obbligo di versare un supplemento di premio in seguito ad affiliazione tardiva. Nel merito il ricorrente contesta da un lato la mancata esenzione, con effetto dal 1° gennaio 1996, dall'obbligo assicurativo previsto dalla LAMal, dall'altro il mancato riconoscimento della carenza di colpa in relazione con un'eventuale affiliazione tardiva. Poiché la lite non verte sull'assegnazione o il rifiuto di prestazioni assicurative, il Tribunale federale delle assicurazioni deve limitarsi ad esaminare se il giudizio di primo grado abbia violato il diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere d'apprezzamento, oppure se l'accertamento dei fatti sia manifestamente inesatto, incompleto od avvenuto violando norme essenziali di procedura (art. 132 OG in relazione con gli art. 104 lett. a e b e 105 cpv. 2 OG).

E. 2.1

A norma dell'art. 3 cpv. 1 LAMal ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi per le cure medico sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAMal i Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione. Per il capoverso 2 l'autorità designata dal Cantone affilia a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente. L'art. 10 OAMal prevede inoltre che i Cantoni informano periodicamente la popolazione circa l'obbligo d'assicurazione. Provvedono segnatamente affinché le persone provenienti dall'estero siano informate e i genitori di neonati siano informati tempestivamente (cpv. 1). L'autorità cantonale competente decide delle domande di cui all'art. 2 cpv. 3-5 (recte 2-5, si confronti la versione in vigore dal 1° gennaio 1997 in lingua tedesca e francese) e all'art.

E. 2.2

In concreto dal chiaro tenore dell'art. 6 cpv. 2 LAMal emerge che il Cantone è competente ad affiliare d'ufficio quelle persone che non hanno assolto il loro obbligo di assicurarsi o non lo hanno assolto tempestivamente. L'assenza di copertura della persona tenuta ad affiliarsi è quindi condizione indispensabile affinché l'organo di controllo cantonale possa intervenire e la sola che giustifichi un'affiliazione d'ufficio (sentenza del 15 luglio 2002 in re CM F. consid. 3b, K 130/01, non ancora pubblicata nella Raccolta Ufficiale). Di conseguenza nel caso in cui l'affiliazione sia già avvenuta non vi è più spazio per procedervi.

E. 2.3

Alla luce della prassi succitata l'UAM non poteva quindi statuire sull'affiliazione d'ufficio dell'interessato alla Cassa malati X con effetto dal 1° gennaio 2000, essendosi egli affiliato spontaneamente, come neppure su un'affiliazione retroattiva, non essendo essa ammissibile in caso di adesione tardiva. In tale ipotesi infatti, secondo il chiaro tenore dell'art. 5 cpv. 2 LAMal, gli effetti dell'assicurazione entrano in vigore solo dall'annuncio all'assicurazione. Su questo punto quindi le allegazioni ricorsuali risultano fondate.

E. 2.4

L'insorgente contesta pure la competenza del Cantone a statuire in materia di principio e ammontare del supplemento di premio secondo l'art. 5 cpv. 2 LAMal. Come detto, secondo questa disposizione in caso di affiliazione tardiva l'assicurazione inizia dal giorno dell'affiliazione. L'assicurato deve tuttavia 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 premio risulta oltremodo gravoso per l'assicurato, l'assicuratore lo riduce, considerate equamente la situazione dell'assicurato e le circostanze del ritardo. Per l'art. 8 OAMal il supplemento di premio è riscosso per una durata pari al doppio di quella del ritardo d'affiliazione. L'assicuratore stabilisce il supplemento secondo la situazione finanziaria dell'assicurato.

E. 2.5

Dal tenore delle disposizioni citate emerge chiaramente che l'assicuratore è senz'altro competente per stabilire sia l'ammontare del premio che l'eventuale riduzione. Il fatto non è del resto contestato. Né la legge né la relativa ordinanza federale si esprimono per contro espressamente sulla competenza a statuire sull'obbligo del pagamento di detto supplemento in caso di affiliazione tardiva non scusabile. Dal messaggio del Consiglio federale emerge in proposito che in caso di affiliazione tardiva 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" (FF 1992 I 114). Dal tenore chiaro del messaggio si può e si deve quindi dedurre che il legislatore intendeva conferire all'assicuratore non solo la competenza di fissare l'ammontare e l'eventuale riduzione del supplemento di premio, ma anche di statuire sull'obbligo stesso (v. sentenza 23 dicembre 2002 in re J., K 97/00; si confronti in tal senso anche Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, pag. 39). Alla luce di quanto sopra esposto né l'autorità amministrativa cantonale né il Tribunale cantonale erano quindi competenti a statuire sull'obbligo dell'assicurato di versare un supplemento di premio. Su questo punto il ricorso di diritto amministrativo essendo fondato, dev'essere accolto, mentre la decisione amministrativa ed il giudizio impugnato vanno annullati. 3. In considerazione delle succitate conclusioni questa Corte può quindi unicamente pronunciarsi sull'eventuale esenzione dall'obbligo assicurativo dell'assicurato dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 1999." A proposito del supplemento del premio va rilevato che il TFA, con sentenza del 25 febbraio 2003, pubblicata in DTF 129 V 267 = SVR 2003, KV nr. 24, pag. 91 segg., ha stabilito che la legge non permette la percezione di premi arretrati, ma impone la fissazione, da parte dell'assicuratore, di un premio superiore a quello degli altri assicurati. Si tratta di un supplemento al premio mensile, che può essere richiesto al massimo per 5 anni. Competente a decidere in merito è l'assicuratore presso cui l'interessato si è affiliato tardivamente e non l'autorità cantonale. Il TFA ha affermato: " (...)

3.3 L'art. 5 al. 2 LAMal ne permet pas la perception de primes arriérées, mais impose la

fixation par l'assureur à l'assuré qui s'est affilié tardivement d'une prime supérieure à celle de ses autres assurés (Message du Conseil fédéral, loc. cit.). Aussi la sanction n'a-t-elle, d'emblée, pas été conçue sous la forme d'une prime unique exigible à l'affiliation, mais comme un supplément aux primes mensuelles (EUGSTER, *Krankenversicherung*, in *Schweizerische Bundesverwaltungsrecht*, note 49, p. 13), dont la durée de perception (Erhebungsdauer dans le texte allemand de l'art. 8 al. 1 OAMal) correspond au double de la durée du retard d'affiliation mais à un taux n'excédant pas 50%. (...) La délégation de compétence au Conseil fédéral prévue par l'art. 5 al. 2 LAMal portant sur la fixation de taux indicatifs tenant compte, notamment, de la durée du retard, il faut admettre que le législateur a délégué le soin de régler la question du rapport entre la durée du retard et celle de la sanction au Conseil fédéral. Aussi n'est-il pas nécessaire d'examiner si le non-plafonnement de la durée de la sanction constitue une lacune, proprement dite ou non, de la loi (cf. ATF 122 I 255 consid. 6a, 121 III 225 ss) et si les conditions auxquelles le juge peut combler une lacune de la loi sont réunies (cfr. ATF 127 V 41 consid. 4b/cc, 123 V 130 consid. 2, 121 III 226, 121 V 176 consid. 4d, 119 V 254 ss consid. 3b et les références citées). Il suffit, en effet, de constater que l'application de la norme réglementaire peut aboutir au prononcé de sanctions dont la durée n'est plus dans un rapport raisonnable avec l'omission fautive qui les justifie - elles violent, partant, l'exigence constitutionnelle de proportionnalité (art. 36 al. 3 Cst.) - et que la règle de l'art. 8 al. 1 OAMal ne peut, partant, être appliquée dans tous les cas sans correctif. Le cas d'espèce, dans lequel l'obligation d'assurance a été violée soixante-dix mois durant et où, partant, la sanction devrait être infligée pendant 132 mois, soit onze ans, est, à cet égard, exemplaire.

4.3 La perception de (sur)primes d'assurance à titre de sanction administrative en cas de violation d'une obligation d'assurance est également prévue dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire (v. MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berne 1985, p. 580). Conformément à l'art. 95 al. 1 LAA (Primes spéciales) si l'employeur n'a pas assuré ses travailleurs, n'a pas annoncé à la CNA l'ouverture de son entreprise ou, de toute autre manière, s'est dérobé à son obligation de payer les primes, la CNA ou la caisse supplétive perçoit auprès de lui, pour la durée de son omission, mais pour cinq ans au plus, des primes spéciales s'élevant au montant des primes dues. Ce montant est doublé lorsque d'une manière inexcusable l'employeur s'est dérobé à l'obligation d'assurer ses travailleurs ou de payer les primes. En cas de récidive de la part de l'employeur, les primes spéciales peuvent être d'un montant de trois à dix fois celui des primes dues. Lorsque le montant des primes spéciales s'élève au montant simple des primes dues, des intérêts moratoires sont perçus. L'employeur ne peut déduire les primes spéciales du salaire des travailleurs. La similitude des problématiques réglées (la sanction en cas de retard d'affiliation) et des solutions données respectivement par les art. 5 al. 2 LAMal et 95 LAA (une surprime) justifie que l'on applique par analogie au supplément de prime de la LAMal le délai maximal de cinq ans applicable à la prime spéciale de l'art. 95 LAA. Ce délai correspond, du reste, quant à sa durée, à celui de l'art. 94 al. 1 LAA (sur l'application par analogie de cette disposition dans le domaine de la LAMal, v. MAURER *Krankenversicherungsrecht*, pp. 145 s. relatif au paiement des arriérés de primes dans l'assurance-accidents obligatoire). (...) "Alla luce della giurisprudenza sopra riportata, rilevato che spetta all'assicuratore esigere il supplemento di premio, nel caso di specie va unicamente stabilito se l'inizio teorico dell'obbligo assicurativo va fatto risalire al 1.1.1996.

2.2. Con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), che ha comportato diverse modifiche della LAMal. Da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme sostanziali

in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (SVR 2003, IV nr. 25 pag. 76 consid. 1.2; cfr. DTF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b; STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa A., P 76/01, consid. 1.3, pag. 4; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa C., U 347/01, consid. 2 pag. 3 e STFA del 9 gennaio 2003 nella causa P., H 345/01, consid. 2.1, pag. 3; DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 121 V 366 consid. 1b). Per contro, le norme procedurali, in assenza di disposizioni transitorie, trovano immediata applicazione (SVR 2003, IV nr. 25 pag. 76 consid. 1.2; cfr. DTF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a). In concreto la decisione si riferisce al periodo 1.1.1996 – 01.05.2003, mentre le decisioni (formale e su opposizione) sono state emanate nel corso del 2003 e del 2004. Per cui, mentre per quanto concerne l'aspetto procedurale trovano applicazione le norme della LPGA e le relative modifiche apportate alla LAMal, per quanto riguarda l'inizio teorico d'affiliazione vanno applicate le vecchie norme per il periodo 1.1.1996 - 31.12.2002 e le nuove disposizioni per i primi 5 mesi del 2003, ritenuto tuttavia che per quanto concerne l'affiliazione obbligatoria, non vi sono stati, di principio, con l'entrata in vigore della LPGA, cambiamenti di rilievo (DTF 130 V 445).

2.3. Nel caso concreto l'assicurato, studente con permesso di domicilio di tipo "C", contesta di doversi affiliare obbligatoriamente in Svizzera in quanto non sarebbe stato domiciliato nel nostro Paese. Egli sostiene inoltre che, comunque, in virtù dell'art. 2 OAMal dovrebbe essere esonerato dall'obbligo assicurativo. Infine fa valere la buona fede, avendo ottenuto informazioni secondo le quali non sarebbe stato obbligato ad assicurarsi in Svizzera essendo già affiliato all'estero.

2.4. Secondo 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 risiedono per un periodo prolungato; b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera". L'art. 1 OAMal precisa in proposito 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." Giusta l'art. 23 cpv. 1 CCS, il domicilio di una persona è nel luogo in cui essa risiede con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente e dove si trova il centro delle sue relazioni e dei suoi interessi (cfr., per la nozione di domicilio in ambito AVS: DTF 130 V 404; DTF 125 V 78 consid. 2 a e giurisprudenza citata; DTF 123 III 100). Perché possa crearsi domicilio ai sensi di questa disposizione, occorre, di principio, che siano realizzate cumulativamente due condizioni: la prima, oggettiva, di residenza effettiva in un determinato luogo e, la seconda, soggettiva, dell'intenzione di stabilirvisi durevolmente (cfr. DTF 127 V 237 consid. 1 pag. 238-239; DTF 125 V 76 consid. 2a pag. 77-78 e la giurisprudenza e dottrina ivi citata). Vi è residenza ai sensi dell'art. 23 CCS quando una persona soggiorna per un certo periodo in un determinato luogo, costituendo ed intrattenendo con esso rapporti di intensità tale da fare apparire detto luogo come il centro delle sue relazioni interpersonali. La continuità della residenza non è un elemento costitutivo della nozione di domicilio. Il domicilio in un luogo può perdurare anche quando la dimora in tale luogo è interrotta per qualche tempo, a patto che la volontà di conservare il luogo di residenza attuale quale centro della sua esistenza risulti da certi rapporti con esso (DTF 41 II 51). L'intenzione di stabilirsi nel luogo di residenza deve emergere dall'insieme

delle circostanze - rapporti familiari e interpersonali, situazione abitativa - e dev'essere riconoscibile per i terzi (cfr. DTF 127 V 237, consid. 1 pag. 238-239; DTF 125 V 76 consid. 2a pag. 77-78 e la giurisprudenza e dottrina ivi citata). Secondo il TF, di regola, il centro dell'esistenza di una persona si trova là dove sono i suoi interessi personali e familiari, vale a dire dove vive la sua famiglia (DTF 88 III 135). Per contro, il luogo in cui sono depositati i documenti di identità, dove vengono pagate le tasse e dove vengono esercitati i diritti politici (DTF 97 II 1, consid. 4, pag. 6, DTF 102 IV 162, consid. 2b, pag.164, DTF 90 I 28) possono unicamente avere valore di indizio: tali circostanze non sono, di per sé, determinanti. Va, peraltro, rilevato che non è necessario che la persona abbia l'intenzione di rimanere per sempre o per un tempo indeterminato in quel luogo: è sufficiente che egli si proponga di fare di questo luogo il centro della sua esistenza, delle sue relazioni personali e professionali, in modo da dare al soggiorno una certa stabilità (cfr. DTF 85 II 318, consid. 3, pag. 322, DTF 41 II 51). Infine, per l'art. 26 CCS la dimora in un luogo allo scopo di frequentarvi le scuole e il collocamento in un istituto di educazione, in un ospizio od asilo, in una casa di salute, di pena o correzione, non costituiscono domicilio. 2.5. Nell'evenienza concreta risulta dalla documentazione agli atti che l'assicurato si è sposato nel _____ (cfr. ricorso) e che dal _____ al _____ ha studiato a _____, dove, verosimilmente, vista la grande distanza dalla Svizzera, soggiornava per la maggior parte del tempo. Come emerge dal ricorso egli dopo il _____ non ha conseguito alcun reddito fino a quando è stato assunto presso il _____. Lo scopo della sua permanenza all'estero era pertanto limitata a motivi di studio. Egli del resto, una volta terminati gli studi è tornato, dopo pochi mesi, in Svizzera, dove ha iniziato un lavoro. Inoltre, come da lui stesso ammesso e come emerge dall'accertamento effettuato dall'IAS (doc. 10), dal _____ beneficia di un permesso di domicilio di tipo C, per il quale non ha mai chiesto una sospensione od una revoca. Inoltre, con scritto del 17 dicembre 2003 all'IAS ha affermato di aver voluto mantenere il suddetto permesso " per poter continuare a pagare l'AVS in Svizzera ." (doc. 5). Ora, per poter contribuire all'AVS, tranne eccezioni qui non ravvisabili, occorre avere il domicilio in Svizzera o esercitarvi un'attività lucrativa (cfr. art. 1a LAVS). L'assicurato non può scegliere di essere domiciliato in Svizzera quando ne trae benefici (AVS/AI) e non esserlo quando deve contribuire solidalmente come tutti gli altri assicurati (LAMal). Di regola gli studenti che si trasferiscono in un altro Cantone per studiare non costituiscono un nuovo domicilio civile. Tuttavia questa regola non vale per gli studenti sposati o comunque con famiglia. Infatti il centro dei loro interessi si trova, in questo caso, nel luogo dove risiedono con i figli e con l'altro genitore. In concreto, come visto, l'assicurato beneficiava di un permesso "C" in Ticino, dove, dopo aver conseguito il dottorato all'_____, è ritornato, si è sposato ed ha iniziato un'attività lavorativa. Egli non ha invece prodotto alcuna documentazione che attesti un lavoro all'estero. La circostanza che il centro dei suoi interessi rimaneva la Svizzera emerge proprio dal fatto che l'interessato, al termine dei propri studi vi è ritornato, si è sposato ed ha iniziato un'attività lavorativa. In simili condizioni e applicando l'abituale principio della verosimiglianza preponderante (cfr. RDAT II-2001 N. 91 pag. 378; SVR 2001 KV N. 50 pag. 145; STFA del 18 settembre 2001 nella causa W., C 264/99; STFA del 28 novembre 2000 nella causa S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re F., C 341/98, consid. 3, pag., 6; DTF 125 V 195; STFA 6 aprile 1994 in re E.P.; SZS 1993 pag. 106 consid. 3a; RCC 1986 pag. 202 consid. 2c, RCC 1984 pag. 468 consid. 3b, RCC 1983 pag. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, "Die Rechtspflege in der

Sozialversicherung", in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 31-32; Scartazzini, "Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale", Basilea 1991, pag. 63) occorre concludere che l'interessato era domiciliato in Ticino, dove era di conseguenza tenuto ad assicurarsi obbligatoriamente contro le malattie. L'interessato fa tuttavia valere sia le norme sull'esonero dall'obbligo assicurativo (art. 2 OAMal), che il principio della buona fede. 2.6. L'art. 3 cpv. 2 e 3 della legge da facoltà al Consiglio federale di prevedere eccezioni all'obbligo di assicurazione, segnatamente per le persone che possono godere dei privilegi del diritto internazionale, in particolare i dipendenti di organizzazioni internazionali e di stati esteri. 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, degli " Accordi bilaterali tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri da una parte e la Confederazione svizzera dall'altra " (RS 0.142.112.681). L'art. 2 OAMal attualmente prevede: " Art. 2 Eccezioni all'obbligo d'assicurazione 1 Non sono soggetti all'obbligo d'assicurazione: a. gli agenti della Confederazione, in attività o in pensione, sottoposti all'assicurazione militare ai sensi dell'articolo 1 a capoverso 1 lettera b numeri 1 a 7 e dell'articolo 2 della legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (LAM); b. le persone che soggiornano in Svizzera al solo scopo di seguire un trattamento medico o una cura; c. le persone che, in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II, dell'Accordo AELS e del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K o di una convenzione di sicurezza sociale, sottostanno alla normativa di un altro Stato a causa della loro attività lucrativa in tale Stato; d. le persone che, in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o dell'Accordo AELS, del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K, sottostanno alla normativa di un altro Stato poiché percepiscono una prestazione di un'assicurazione estera contro la disoccupazione; 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; f. le persone che sono incluse nell'assicurazione malattie estera di una delle persone di cui alle lettere c, d o e e quali suoi familiari e hanno diritto all'aiuto reciproco. 2 A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù del diritto di uno Stato con il quale non sussiste alcuna normativa concernente la delimitazione dell'obbligo di assicurazione, se l'assoggettamento all'assicurazione svizzera costituirebbe un doppio onere e se esse beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. 3 ... 4 A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone che soggiornano in Svizzera nell'ambito d'una formazione o d'un perfezionamento, quali studenti, allievi, praticanti e stagisti, purché durante l'intera durata di validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'autorità cantonale competente può esonerare queste persone dall'obbligo di assicurarsi per al massimo tre anni. A domanda, l'esenzione può essere prolungata di altri tre anni al massimo. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare. 4 bis A domanda, sono esentati dall'obbligo d'assicurazione i docenti e i ricercatori che soggiornano

in Svizzera nell'ambito di un incarico d'insegnamento o di una ricerca, purché durante l'intera durata di validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La richiesta dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'autorità cantonale competente può esentare queste persone dall'obbligo di assicurarsi per tre anni al massimo. A domanda, l'esenzione può essere prolungata di altri tre anni al massimo. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare. 5 Su domanda, sono esentati dall'obbligo d'assicurazione i lavoratori distaccati in Svizzera non tenuti a pagare i contributi dell'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) in virtù di una convenzione internazionale di sicurezza sociale come pure i loro familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2, se il datore di lavoro provvede affinché durante l'intera durata di validità dell'esenzione siano almeno coperte le prestazioni secondo la LAMal per le cure in Svizzera. Questa norma si applica per analogia ad altre persone non tenute a pagare contributi dell'AVS/AI in caso di soggiorno temporaneo in Svizzera in virtù di un'autorizzazione prevista da una convenzione internazionale. L'interessato e il suo datore di lavoro non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione.

E. 6

A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone e al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza e che durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera.

E. 7

A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone che dispongono di un permesso di dimora per persone senza attività lucrativa secondo l'Accordo sulla libera circolazione delle persone o l'Accordo AELS, purché durante l'intera validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare.

E. 8

A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone a cui l'assoggettamento all'assicurazione svizzera provoca un netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi e che a causa della loro età e/o del loro stato di salute non possono stipulare un'assicurazione complementare equiparabile o lo possono fare solo a condizioni difficilmente sostenibili. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare." In precedenza il disposto all'art. 2 cpv. 2 OAMal, prevedeva che a domanda sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù del diritto estero, se l'assoggettamento all'assicurazione svizzera costituirebbe un doppio onere e se esse beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. Le condizioni cumulative per l'esonero poste da questo articolo erano le seguenti: - assoggettamento obbligatorio ad un'assicurazione estera; - protezione

estera equivalente a quella offerta dalla LAMal; - doppio onere finanziario. Con tale disposto si voleva evitare un doppio assoggettamento nei casi in cui la persona tenuta ad assicurarsi ai sensi dell'art 3 cpv. 1 LAMal era parimenti obbligata a farlo in virtù del diritto pubblico estero, senza possibilità di svincolo e con obbligo del pagamento dei premi a condizione che l'assicurazione estera offra una copertura equivalente a quella offerta dalla LAMal. A questo proposito, nella sentenza emanata il 20.5.1999 nella causa A. (inc. 33/999), il TFA ha osservato quanto segue: "... une dispense de l'obligation d'assurance ne peut être envisagée que si le ressortissant étranger est obligatoirement assuré contre la maladie en vertu du droit étranger (art 2 al 2 OAMal, Eugster, Krankenversicherung in SBVR, 1998, n. 15)..." (STFA cit. consid 3b).

2.7. L'insorgente invoca innanzitutto le norme relative all'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera delle persone che soggiornano nel nostro Paese nell'ambito di una formazione. Questi disposti andrebbero applicati per analogia anche al suo caso. A torto. Infatti la norma che permette agli studenti residenti in Svizzera, a determinate condizioni, di poter ottenere l'esonero dall'obbligo assicurativo non concerne, come emerge chiaramente dalla lettera della legge, gli studenti domiciliati in Svizzera e che studiano all'estero, ma solo il caso contrario. L'assicurato fa poi valere l'art. 2 cpv. 2 OAMal. Questo disposto verrà esaminato, nella misura del necessario, successivamente. L'interessato fa infatti valere la sua buona fede, sostenendo di aver ottenuto, dal Comune dove era domiciliato, un'informazione errata, secondo la quale se assicurato all'estero contro le malattie, non avrebbe dovuto assicurarsi anche in Svizzera.

2.8. A proposito del principio della buona fede, secondo la giurisprudenza (cfr. SZS 1998 pag. 41; DTF 121 V 66; RAMI 1993 pag. 120-121, Pratique VSI 1993 pag. 21-22, RCC 1991 pag. 220 consid. 3a, RCC 1983 pag. 195 consid. 3, RCC 1982 pag. 368 consid. 2, RCC 1981 pag. 194 consid. 3, RCC 1979 pag. 155, DLAD 1992 p. 106; DTF 119 V 307 consid. 3a; DTF 118 Ia 254 consid. 4b; DTF 118 V 76 consid. 7; DTF 117 Ia 287 consid. 2b, 418 consid. 3b e sentenze ivi citate; RDAT I-1992 n° 63, DTF 116 V 298ss) e la dottrina (Grisel, *Traité de droit administratif*, vol. I, pag. 390ss; Knapp, *Précis de droit administratif*, 4a ed., n° 509, pag. 108-109; Haefliger, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetze gleich*, pag. 217ss) affinché la buona fede di un assicurato possa essere tutelata, nei casi in cui l'amministrazione formula una promessa o crea un'aspettativa in modo contrario alla legge, devono essere adempiute cumulativamente le seguenti condizioni: 1.- l'informazione deve riferirsi ad una situazione individuale e concreta; 2.- essa deve emanare da un organo competente o che possa essere ritenuto tale compatibilmente con l'attenzione esigibile dalle circostanze. 3.- la promessa dev'essere propria a ispirare fiducia. Ciò significa che l'interessato, date le circostanze, non deve poter riconoscere l'erroneità della disposizione. La comunicazione dell'amministrazione deve infatti essere interpretata come il destinatario può e deve capirla usando tutta l'attenzione da lui esigibile (protezione della buona fede dell'assicurato). Una mancanza di chiarezza di un'informazione da parte della cassa non può trarre seco conseguenze sfavorevoli per il cittadino (cfr. DTF 106 V 33, consid. 4; 104 V 18 consid. 4; RAMI 1991, p. 68). Inoltre l'informazione deve essere incondizionata. Qualora l'organo amministrativo che fornisce la comunicazione esprime - almeno implicitamente, ma con chiarezza - che la comunicazione non è definitiva, il destinatario della comunicazione non può far valere la propria buona fede (cfr. Imboden-Rhinow, *Schweiz. Vewaltungsrechtsprechung*, 5a. edizione, n. 75 B III b 3); 4.- l'informazione deve aver indotto il destinatario ad adottare un comportamento che gli è pregiudizievole. 5.- la legge non deve essere cambiata dal momento in cui l'informazione è stata data (RAMI 1991 p. 68ss; DTF 113 V 87 consid. 4c; 112 V 199 consid. 3a; 111 V 71; 110 V 155 consid. 4b; 109

V 55). La giurisprudenza applicabile in materia, in relazione con l'art. 4 v. Cost. (DTF 121 V 66 consid. 2) è applicabile anche in virtù del nuovo art. 9 Cost. (RAMI 2000 p. 223).

2.9. L'assicurato afferma di aver ottenuto un'informazione errata da parte dei funzionari del Comune ai quali si era rivolto per annunciare il suo arrivo. In particolare gli sarebbe stato detto che se fosse stato assicurato all'estero contro le malattie, non avrebbe dovuto assicurarsi anche in Svizzera. Come visto, il TCA ha interpellato la funzionaria che si era occupata della fattispecie in esame (cfr. consid 1.8). L'interessata ha affermato che " Il giorno _____ (tale data è quella che figura riportata sul formulario sottoscritto), il signor RI 1 si è presentato presso la Cancelleria Comunale di _____ per annunciare il suo arrivo nel Comune con effetto al _____. A quanto posso ricordare, il signor RI 1 non mi ha richiesto specifiche informazioni circa l'obbligo assicurativo presso una cassa malati svizzera in caso di trasferimento all'estero per motivi di studio, ma mi ha semplicemente comunicato di essere già assicurato in _____ tramite la scuola che egli frequentava o che avrebbe frequentato, non ricordo esattamente. Da parte mia ho preso atto della situazione così espostami, informando il signor RI 1 che tale copertura assicurativa sarebbe stata sufficiente." (doc. XVII) L'impiegata ha pertanto confermato di aver detto che la copertura assicurativa di cui beneficiava l'assicurato in _____ sarebbe stata sufficiente. Va ora esaminato se le informazioni della funzionaria comunale emanano da un organo competente o comunque possa essere ritenuto tale compatibilmente con l'attenzione esigibile dalle circostanze (cfr. la seconda condizione per la tutela della buona fede). 2.10. Per l'art. 11 cpv. 1 LCAMal il Consiglio di Stato definisce le procedure di vigilanza sull'adempimento dell'obbligo d'assicurazione. L'art. 13 cpv. 1 LCAMal prevede che il Comune è responsabile del controllo e dell'applicazione dell'obbligo d'assicurazione. Esso segnala immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato le persone che non hanno costituito il rapporto assicurativo ai sensi di legge o che lo hanno fatto tardivamente (art. 13 cpv. 2). Giusta l'art. 14 cpv. 1 LCAMal in caso di mancata segnalazione immediata all'autorità cantonale competente, il Comune è solidalmente responsabile con la persona interessata, delle spese medico-sanitarie per quanto riguarda i cittadini sottoposti all'obbligo d'assicurazione che vi hanno eletto la loro residenza dopo l'entrata in vigore della LAMal, per il periodo in cui quest'ultimi non risultano iscritti presso un assicuratore riconosciuto. Ogni pretesa di cui al cpv. 1 è soggetta a prescrizione dopo cinque anni (art. 14 cpv. 2). E' riservato l'art. 17 cpv. 2 (art. 14 cpv. 3). Per l'art. 19 cpv. 1 LCAMal il Consiglio di Stato fa iscrivere d'ufficio, previa diffida scritta, le persone soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che rifiutano di aderire ad un assicuratore riconosciuto e autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal e della relativa Ordinanza (OAMal). Per il cpv. 2 l'iscrizione è ordinata retroattivamente per un periodo massimo di cinque anni a decorrere dal momento dell'intimazione. Ora, a prescindere dal fatto che l'art. 19 cpv. 2 LCAMal appare contrario alla giurisprudenza del TFA (cfr. STFA del 18 febbraio 2003 nella causa H, K 151/01, cfr. DTF 129 V 159), poiché l'affiliazione può essere effettuata solo per il futuro, dai citati articoli emerge che il Comune funge da intermediario tra l'istituto delle assicurazioni sociali e l'assicurato per quanto concerne il controllo dell'obbligo assicurativo delle persone domiciliate in Ticino. Ciò è confermato anche dall'art. 2 Reg. LCAMal giusta il quale l'Istituto delle assicurazioni sociali vigila sull'assoggettamento all'obbligo assicurativo (cpv. 1) e si avvale della collaborazione delle Cancellerie comunali e, trattandosi di lavoratori stagionali, dell'Ufficio del lavoro (cpv. 2). A questo proposito l'art. 4 Reg. LCAMal prevede che la cancelleria comunale accerta l'avvenuta iscrizione ad una Cassa malati convenzionata in caso di: a) nascita b) arrivo di

persona sola o famiglia, soggette all'obbligo assicurativo, provenienti da un altro Comune svizzero o dall'estero (cpv. 1). A tale scopo essa esige un documento della Cassa malati convenzionata che attesti l'iscrizione (cpv. 2). La cancelleria comunale segnala immediatamente all'Istituto delle assicurazioni sociali il nominativo delle persone non iscritte ad una Cassa malati convenzionata per la loro iscrizione d'ufficio (cpv. 3). L'art. 7 Reg. LCAMal prevede inoltre che l'Istituto delle assicurazioni sociali emana, all'attenzione delle Cancellerie comunali, le direttive per il controllo dell'obbligo assicurativo (cpv. 1). Esso allestisce un modulo ufficiale per le segnalazioni delle persone non iscritte ad una Cassa malati convenzionata da parte delle Cancellerie comunali e per le notifiche di iscrizione o di dimissione degli assicurati soggetti all'obbligo assicurativo da parte delle Casse malati convenzionate (cpv. 2). Infine, per l'art. 12 Reg. LCAMal l'iscrizione d'ufficio delle persone o delle famiglie non iscritte ad una Cassa malati convenzionata è ordinata dall'Istituto delle assicurazioni sociali, previa diffida scritta (cpv. 1). L'iscrizione è ordinata retroattivamente per un periodo massimo di cinque anni a decorrere dal giorno dell'intimazione (cpv. 2). La ripartizione tra le singole Casse malati convenzionate considera l'effettivo dei rischi assicurati (cpv. 3). 2.11. Dai citati disposti di legge, ed in particolare dall'art. 4 Reg. LCAMal emerge che compito della Cancelleria comunale è quello di accertare l'iscrizione presso una Cassa malati convenzionata. In caso di mancata affiliazione, l'autorità comunale segnala immediatamente all'IAS il nominativo della persona non iscritta. Il Comune ha pertanto un ruolo importante nell'ambito dell'affiliazione delle persone domiciliate nel nostro Cantone. Esso infatti deve vigilare affinché i propri residenti siano coperti contro le malattie tramite gli assicuratori esercitanti sul territorio. L'autorità comunale funge pertanto da intermediario tra l'IAS e il cittadino per la verifica dell'obbligo assicurativo. Esso segnala al Cantone la presenza di persone non assicurate e dispensa informazioni ai domiciliati circa l'assoggettamento obbligatorio all'assicurazione contro le malattie. Vista la particolare funzione dell'autorità comunale nell'ambito del controllo dell'obbligo assicurativo, il cittadino deve poter fare affidamento sulle informazioni dei funzionari preposti alla vigilanza dell'assoggettamento all'obbligo assicurativo. Vi è infatti una delega di competenze al Comune, affinché verifichi e segnali eventuali anomalie nell'ambito assicurativo. Per cui le informazioni date dal funzionario comunale preposto alla verifica dell'obbligo assicurativo sono da assimilare alle informazioni fornite dall'autorità cantonale. Nel caso di specie, dalle affermazioni dell'impiegata _____ presso il quale era domiciliato l'insorgente, emerge che il _____ l'assicurato si è presentato presso la Cancelleria comunale per annunciare il suo arrivo dal _____. La funzionaria, preso atto che l'interessato era assicurato in _____, gli ha comunicato che " tale copertura assicurativa sarebbe stata sufficiente. " (doc. XVII). In virtù delle affermazioni della funzionaria, a mente del TCA, come del resto ammesso anche dall'IAS, i requisiti per riconoscere la buona fede, nel caso di specie, sono dati. L'interessato ha infatti ottenuto un'informazione errata (non risulta infatti che la funzionaria abbia esaminato se i requisiti per l'esonero, previsti dall'art. 2 OAMal, fossero dati) da parte di un'autorità competente a rilasciarla (cfr. art. 2 e 4 Reg. LCAMal). Egli, in virtù di questa informazione, non si è preoccupato di assicurarsi in Svizzera nemmeno quando si è trasferito in un altro Stato (in particolare _____). A causa di questa informazione errata e dell'assenza di un'assicurazione in Svizzera egli, in virtù dell'art. 8 OAMal, potrebbe essere chiamato a pagare un supplemento di premio. Poiché la legge, da quando l'insorgente ha chiesto informazioni a quando ha ommesso di assicurarsi, su questo punto (esonero assicurativo) non è stata modificata (certo, l'1.1.1996 è entrata in vigore la

LAMal, ma le informazioni date il _____ concernevano questa legge visto che l'assicurato aveva intenzione di prendere domicilio a _____ dal _____), tutte le condizioni della buona fede sono adempiute. L'IAS sostiene tuttavia che questa circostanza esula dall'oggetto del contendere poiché l'amministrazione ha statuito solo sull'obbligo teorico di assicurarsi e questo fatto sarebbe da esaminare piuttosto nell'ambito dell'eventuale decisione della Cassa in materia di supplemento di premio in caso di affiliazione tardiva. A torto. Infatti, da una parte va rilevato come la stessa amministrazione nella propria decisione su opposizione aveva indicato che "l'Autorità cantonale non è competente a emettere decisioni in fatto di supplemento di premio per affiliazione tardiva, la stessa raccomanda tuttavia all'assicuratore di applicare il supplemento di premio per ritardo non giustificabile (artt. 5 cpv. 2 e 8 OAMal)" e che "E' data la possibilità all'assicuratore malattie, se così avesse a ritenere, di richiedere a questa Autorità un parere dettagliato relativo alla fattispecie ", ritenendo pertanto perlomeno parzialmente vincolante la propria decisione. D'altra parte, comunque, la buona fede vale anche in questo contesto, laddove l'amministrazione cantonale fissa un inizio teorico dell'obbligo assicurativo. Altrimenti, seguendo il ragionamento dell'IAS, il TCA in questo ambito non potrebbe nemmeno esaminare se le condizioni di esonero ex art. 2 OAMal sono adempiute, trattandosi unicamente di stabilire un inizio teorico ed essendo in realtà determinante, per il pagamento del supplemento del premio, unicamente la decisione della Cassa. 2.12. Resta da esaminare fino a quando può valere il principio della buona fede. L'insorgente ha prodotto un certificato assicurativo della " _____ " di _____ da cui emerge quanto segue: " This is to confirm that Mr _____ was covered under the _____." (doc. B1) Il ricorrente ha allegato il citato certificato d'assicurazione valido dal _____ al _____, nonché il " _____ ", dal quale emerge in particolare che si tratta di un'assicurazione tipica per gli studenti (" _____," doc. B1 e B2). Agli atti vi è inoltre un certificato dell' _____ da cui emerge che l'assicurato era registrato presso l' _____ dal _____ al _____. Viene inoltre indicato che " candidate was a recipient of the _____." (doc. A2) Non vi sono per contro ulteriori attestati di assicurazione, né certificati di lavoro all'estero. Chiamato a produrre, in data 16 novembre 2004, un certificato d'assicurazione anche per il periodo _____, l'insorgente è rimasto silente (doc. XXXVIII). L'interessato non ha neppure precisato se ha lavorato, dove ha lavorato e per chi ha lavorato in quel periodo. Giova qui ricordare che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio (STFA del 5 settembre 2001 nella causa C., U 94/01; STFA del 31 maggio 2001 nella causa C., I 83/01; STFA del 13 marzo 2001 nella causa P., U 429/00; Untersuchungsgrundsatz, SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; AHI Praxis 1994 pag. 212; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). E' dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; MEYER, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung" in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; SPIRA, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; KURMANN, "Verwaltungsverfahren und Verwaltungspflege in erster Instanz" in Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate

dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; BEATI in: "Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali", Lugano 1993, pag. 1 seg.). Su questi aspetti, si veda in particolare: DUC, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, pagg. 827-828 e LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1997, pagg. 339-341, laddove quest'ultimo rileva che "besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann". Alla luce di quanto sopra esposto emerge che l'interessato non ha provato di essere stato assicurato all'estero dal _____ al _____. La buona fede può pertanto essere tutelata unicamente sino al _____. L'art. 2 cpv. 2 OAMal, proprio perché l'insorgente non ha prodotto alcun attestato assicurativo, non trova, per contro, applicazione. Inoltre l'insorgente, interpellato dal TCA non ha prodotto alcun certificato di lavoro, né ha precisato se ha svolto un'attività lucrativa prima di ritornare in Ticino. Egli nei suoi scritti ha del resto affermato che " dal _____ al _____ studiavo a tempo pieno in _____ (vedi fotocopia allegata della lettera dell' _____). Ho consegnato il mio dottorato il _____, e quindi ho smesso di studiare quella data) " (doc. I) Alla luce delle considerazioni suesposte il dispositivo n. 3 della decisione su opposizione (" 3. L'inizio teorico dell'obbligo d'assicurazione resta pure confermato al 1° gennaio 1996 ") va modificato nel senso che l'inizio teorico dell'obbligo d'assicurazione è situato al _____. Copia della presente va intimata all'assicuratore _____, quale cointeressato.

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