

BVGer C-2194/2018 vom 17. Juni 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-06-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2194_2018

FR: TAF C-2194/2018 du 17 juin 2019

IT: TAF C-2194/2018 del 17 giugno 2019

Regeste

Esenzione dall'obbligo di assicurazione

Erwägungen

E. 1.1

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - previste dall'art. 32 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF.

E. 1.2

L'art. 33 let. h LTAF prevede che il ricorso è ammissibile contro le decisioni delle autorità o organizzazioni indipendenti dall'Amministrazione federale che decidono nell'adempimento di compiti di diritto pubblico loro affidati dalla Confederazione. Giusta l'art. 90a cpv. 1 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10), che rinvia all'art. 18 cpv. 2bis LAMal il TAF è competente per giudicare i ricorsi contro le decisioni emanate dall'Istituto comune LAMal relative alle domande di esenzione dall'obbligo di assicurazione di beneficiari di rendite e dei loro famigliari che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.

E. 2

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAMal, riservate le eccezioni non pertinenti nel caso concreto dell'art. 1 cpv. 2 LAMal, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la LAMal non preveda espressamente una deroga alla LPGA.

E. 3

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). La procedura dinanzi a questo Tribunale è gratuita (art. 18 cpv. 8 LAMal in relazione con l'art. 85bis cpv. 2 della legge federale del 20

dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti [LAVS, RS 831.10]). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 4.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Se interviene un cambiamento delle disposizioni legali durante il periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie norme per il periodo anteriore e secondo le nuove disposizioni a partire dall'entrata in vigore di quelle nuove (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 4.2

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 21 marzo 2018. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 5

Oggetto del contendere nel caso concreto è il rifiuto dell'autorità inferiore di esentare la ricorrente dall'obbligo di sottostare all'assicurazione malattia obbligatoria in Svizzera, in particolare il rispetto del termine di tre mesi per presentare la relativa domanda.

E. 5.1

La ricorrente, sottostando al sistema sanitario nazionale italiano ed in quanto cittadina italiana residente in Italia, richiamate le disposizioni di diritto comunitario ritiene, in primo luogo, di essere soggetta allo stato di residenza. Sostiene inoltre di non aver potuto presentare la domanda tempestivamente essendo da un lato ignara dell'esistenza del termine di tre mesi, non essendo stata informata dall'autorità inferiore ed essendo altresì stata impossibilitata per motivi di forza maggiore, segnatamente un ricovero ospedaliero intervenuto nel gennaio 2016. L'obbligo assicurativo in Svizzera costituirebbe inoltre un indebito arricchimento dell'istituzione assicurativa in quanto l'interessata non usufruirebbe mai delle prestazioni.

E. 5.2

Dal canto suo l'autorità inferiore, non ritiene più possibile l'esonero dall'assicurazione obbligatoria Svizzera, a cui l'interessata è a suo dire assoggettata, in quanto l'ignoranza di una norma legale non tutela dalle conseguenze previste dalla legge.

E. 6.1

L'art. 3 LAMal disciplina le condizioni d'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie. Secondo tale disposizione chiunque sia domiciliato in Svizzera è

tenuto ad assicurarsi entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera (cpv. 1). Il Consiglio federale ha precisato all'art. 1 cpv. 1 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal, RS 832.102), che le persone domiciliate in Svizzera, ai sensi dell'art. 23-26 del Codice civile, sono tenute ad assicurarsi conformemente all'art. 3 LAMal.

E. 6.2

Secondo l'art. 3 cpv. 3 LAMal il Consiglio federale può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera. In virtù di detta delega l'esecutivo federale ha previsto all'art. 1 cpv. 2 let. d dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal, RS 832.102), che sono tenute ad assicurarsi le persone risiedenti in uno Stato membro dell'Unione europea e (che) sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'ALC e del relativo Allegato II, menzionati nell'articolo 95a lettera a della LAMal (disposizione nella quale viene espressamente confermata l'applicazione del regolamento n. 883/2004).

E. 7

Dall'incarto risulta che l'assicurata, cittadina italiana, titolare di una rendita di invalidità svizzera, non ha più alcun domicilio in Svizzera. A partire dal 5 gennaio 2016 ha infatti trasferito il proprio domicilio in Italia (allegato 2 inc. LAMal), paese nel quale beneficia del sistema sanitario nazionale, ma dal quale non percepisce, per sua stessa ammissione (consid. C.g), alcuna pensione. Nella misura in cui la vertenza presenta un aspetto transfrontaliero, l'obbligo assicurativo a cui quest'ultima è soggetta va pertanto esaminato non soltanto sotto il profilo del diritto svizzero, ma ugualmente alla luce delle disposizioni internazionali.

E. 8

Il 1° giugno 2002 è entrato in vigore l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) e il relativo Allegato II, che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e che rinvia al Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, come pure al corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento [CEE] n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento [CEE] n. 1408/71, con le relative modifiche), entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012. Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente, in sostituzione delle Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del Regolamento [CEE] n. 1408/71), e che sancisce il principio della parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risiedenti ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento [CEE] n. 1408/71). L'Allegato II è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). La nuova versione prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 cap. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 cap. 2). Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il Regolamento (CE) n. 883/2004 del

Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1; di seguito: regolamento n. 883/2004) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il Regolamento d'applicazione (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11; di seguito: regolamento n. 987/2009), che hanno sostituito a partire dal 1° aprile 2012 il Regolamento (CEE) n. 1408/71 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) e il Regolamento d'applicazione (CEE) n. 574/72 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) ai quali occorre comunque riferirsi quando ne viene fatta menzione nel Regolamento (CE) n. 883/2004 o nel Regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato (LOCHER/GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4a ed. 2014, pag. 183). Giusta l'art. 16 cpv. 2 ALC la giurisprudenza pertinente della Corte di giustizia dell'Unione europea (CGUE) precedente alla sottoscrizione dell'ALC, il 21 giugno 1999, deve servire all'interpretazione di quest'ultimo nella misura in cui la sua applicazione implica nozioni di diritto comunitario. Inoltre le sentenze rese dalla Corte successivamente a tale data potranno, se del caso, essere utilizzate al fine di interpretare l'ALC, in particolare nel caso in cui esse precisano una giurisprudenza anteriore (DTF 132 V 423 consid. 9.2 ss., 132 V 53 consid. 2; G. Frésard-Fellay/B. Kahil-Wolff/S.Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, Berne 2015, p. 599 n. 11).

E. 9

Per determinare in quale Stato membro l'assicurata è soggetta all'assicurazione obbligatoria a partire dal 6 gennaio 2016, occorre riferirsi al regolamento n. 883/2004.

E. 9.1

Il regolamento n. 883/2004 si applica a tutte le legislazioni degli Stati membri relative ai settori di sicurezza sociale, segnatamente alle prestazioni di malattia e a quelle d'invalidità (art. 3 par. 1 let. a e c del regolamento n. 883/2004; Ambito d'applicazione «ratione materiae»); inoltre si applica ai cittadini di uno Stato membro che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri (art. 2 par. 1 del regolamento n. 883/2004; Ambito d'applicazione «ratione personae»). L'ambito d'applicazione si estende quindi a ogni persona che, esercitando o meno un'attività professionale, possiede la qualità di assicurato ai sensi delle normative di sicurezza sociale di uno o più Stati membri, ivi compreso chi è titolare di una pensione o di una rendita (DTF 138 V 197 consid. 4.2, riferito all'interpretazione dell'ambito d'applicazione del Regolamento (CEE) n. 1408/71, valida anche sotto l'egida del regolamento n. 883/2004, cfr. sentenza del TAF C-2233/2017 del 27 marzo 2018 consid. 5.2.1).

E. 9.2

Il Titolo II del regolamento n. 883/2004 contiene le norme di coordinamento per la determinazione della legislazione applicabile. L'art. 11 par. 1 prevede in particolare che le persone alle quali si applica il regolamento sono soggette alla legislazione di solo uno Stato membro. Ne consegue che tali persone sono soggette all'obbligo assicurativo in un solo Stato membro. Lo scopo è infatti quello di scongiurare un doppio obbligo assicurativo (cfr. Beat Meyer, Krankenversicherung [Versicherte und Finanzierung], in: Recht der Sozialen Sicherheit, Handbücher für die Anwaltpraxis, Band XI, 2014, p. 439 n. 12.23; Gebhard Eugster, Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Band XIV, 3a ed. 2016, p. 435 n. 85 e riferimenti). Giusta l'art. 11 par. 2 del regolamento n. 883/2004, ai fini della determinazione della legislazione applicabile, i titolari di pensioni di

invalidità non sono considerati come se esercitassero un'attività assimilabile a quella di un lavoratore (cfr. sentenza del TAF C-2233/2017 del 27 marzo 2018 consid. 5.2.1). Tali persone sono sottoposte alle disposizioni legali di un solo Stato membro (cfr. sentenza del TAF C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 6.2) che giusta l'art. 11 par. 3 let. e corrisponde alla legislazione dello Stato membro di residenza, salvo nel caso in cui altre disposizioni del regolamento, che gli garantiscono l'erogazione di prestazioni in virtù della legislazione di uno o più altri Stati membri, non prevedano altrimenti (DTF 143 V 52 consid. 6.2.2). Ne consegue che le disposizioni generali del Titolo II del regolamento n. 883/2004 hanno valore nella misura in cui le norme del Titolo III non dispongono altrimenti (DTF 144 V 127 consid. 4.2.2 e riferimenti ivi menzionati).

E. 9.2.1

Per quanto concerne l'assicurazione contro le malattie, essendo l'interessata cittadina di uno Stato membro e titolare di una rendita d'invalidità svizzera, è pertanto in particolare al Titolo III ("Disposizioni specifiche riguardanti le varie categorie di prestazione"), capitolo 1 ("Prestazioni di malattia, di maternità e di paternità assimilate"), sezione 2 ("Pensionati e loro familiari") del regolamento n. 883/2004 a cui occorre riferirsi. Giova precisare, riguardo all'accesso alle prestazioni sanitarie da parte delle persone che si spostano all'interno dell'Unione europea, che le tecniche e i meccanismi instaurati dal regolamento (CEE) n. 1408/71 permangono, per lo più invariati, anche sotto l'egida del nuovo regolamento n. 883/2004. Pertanto le prestazioni in natura sono erogate, come in precedenza, dallo Stato di residenza o di soggiorno per conto dell'istituzione dello Stato competente; allo stesso modo l'istituzione competente continua a versare direttamente all'assicurato le prestazioni in denaro sul territorio dello Stato di residenza. Il nuovo regolamento apporta tuttavia alcune novità riguardo alla presa a carico delle prestazioni per malattia a seconda del tipo di assicurato interessato (Ghislaine Riondel, *La prise en charge des soins de santé dans un contexte transfrontalier européen*, Zurigo 2016, n. 496).

E. 9.2.2

Fra le suddette disposizioni del regolamento n. 883/2004, non entra in linea di conto l'art. 23, riguardante i titolari di una o più rendite ai sensi della legislazione di almeno due Stati membri, uno dei quali lo Stato membro di residenza, dal momento che l'assicurata percepisce unicamente una rendita Svizzera (cfr. doc. TAF 22). Neppure risulta applicabile l'art. 26, considerato che l'oggetto del litigio verte unicamente sull'assoggettamento in Svizzera della ricorrente; né l'art. 27, dato che quest'ultima non dimora in uno Stato membro diverso da quello di residenza; né infine l'art. 28, dal momento che l'interessata non è una lavoratrice frontaliere titolare di una rendita. L'art. 24 par. 1, dal canto suo, si applica alle persone che adempiono le seguenti condizioni cumulative: sono titolari di una pensione o di pensioni in virtù della legislazione di uno o più Stati membri (1), non beneficiano di prestazioni in natura secondo la legislazione dello Stato membro di residenza (2), ma avrebbero la possibilità di pretendere il diritto alle prestazioni in natura da parte dello Stato membro che versa la pensione, nel caso in cui vi risiedessero (3). Ritenuto che nel caso concreto l'insorgente beneficia del sistema sanitario italiano, per altro gratuitamente, neppure tale disposizione risulta essere pertinente.

E. 9.2.3

Non resta quindi che esaminare l'art. 25 del regolamento n. 883/2004, il cui tenore è il seguente: "Qualora il pensionato abbia diritto alla pensione o alle pensioni ai sensi della

legislazione di uno o più Stati membri e risieda in uno Stato membro la cui legislazione non subordina il diritto a prestazioni in natura a condizioni di assicurazione o di esercizio di un'attività subordinata o autonoma e l'interessato non riceva una pensione da detto Stato membro, il costo delle prestazioni in natura erogate all'interessato e ai familiari è sostenuto dall'istituzione di uno degli Stati membri competenti in materia di pensioni, determinata a norma dell'articolo 24 paragrafo 2 nella misura in cui il pensionato e i familiari avrebbero diritto a tali prestazioni se risiedessero in tale Stato membro." Questa disposizione si applica quindi alle persone titolari di una rendita di uno Stato membro, che risiedono in un diverso Stato membro che dispone di un servizio sanitario nazionale le cui prestazioni sono erogate secondo criteri non contributivi, come Danimarca, Regno Unito, Irlanda, Italia e Grecia, ma dal quale non percepiscono alcuna pensione. Allo scopo di non gravare eccessivamente le finanze di tali stati, è stata quindi prevista la presa a carico del costo delle prestazioni sanitarie da parte di uno degli stati che versa la pensione secondo le regole definite dall'art. 24 par. 2 (cfr. Maximilian Fuchs / Rob Cornelissen, EU Social Security Law: A Commentary on EU Regulations 883/2004 and 987/2009, Baden-Baden 2015, art. 25 N 2-3). In altre parole, il titolare di una rendita che risiede sul territorio di uno Stato membro, dal quale non percepisce alcuna pensione, beneficia delle prestazioni dell'assicurazione malattia da parte dello stato che eroga la rendita: tali prestazioni sono fornite per conto della legislazione competente (ossia quella che eroga la rendita) da parte dell'istituzione dello Stato di residenza conformemente alla legislazione di quest'ultimo (Ghislaine Riondel, Op. cit., n. 508).

E. 9.2.4

Nella fattispecie, l'assicurata beneficia di una rendita da parte dell'Assicurazione svizzera per l'invalidità, ma risiede in Italia, Stato dal quale non percepisce alcuna rendita (doc. TAF 22) e dove non è soggetta ad alcun onere contributivo per poter beneficiare delle prestazioni per malattia da parte del sistema sanitario nazionale italiano. Dal momento che soltanto la Svizzera versa una rendita e ritenuto che, nel caso fittizio in cui l'interessata fosse domiciliata in Svizzera, sarebbe obbligatoriamente assicurata e avrebbe diritto alle prestazioni in natura per malattia, l'art. 25 del regolamento n. 883/2004 è applicabile. Giusta l'art. 24 par. 2 let. a al quale tale disposizione rimanda, è dunque la Svizzera lo Stato membro competente per la presa a carico delle prestazioni sanitarie, indipendentemente dal fatto che l'assicurata benefici delle prestazioni in natura erogate da parte del sistema sanitario nazionale italiano (Ghislaine Riondel, Op. cit., n. 508).

E. 9.2.5

L'Allegato XI del regolamento n. 883/2004, sezione "Svizzera", prevede al capitolo 3 let. a, ii, che le disposizioni giuridiche svizzere riguardanti l'assicurazione malattia obbligatoria si applicano segnatamente alle persone non residenti in Svizzera, ma per le quali la Svizzera si fa carico dei costi delle prestazioni ai sensi degli articoli 24, 25 e 26 del regolamento. Per pensionati che hanno il domicilio in uno Stato membro, in base alla cui legislazione viene versata la pensione, sono soggetti all'assicurazione contro le malattie di tale Stato. Un cittadino di uno Stato membro che percepisce esclusivamente una rendita da parte di un ente di sicurezza sociale svizzero, è quindi tenuto ad assicurarsi obbligatoriamente in Svizzera, anche se non vi risiede (cfr. sentenza del TAF C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 6.4 e riferimenti ivi citati).

E. 9.2.6

In concreto, quindi, appurato che l'art. 25 del regolamento è applicabile in concreto, la ricorrente è pertanto sottoposta alle disposizioni giuridiche svizzere, in particolare essa è soggetta all'assicurazione obbligatoria in ambito LAMal.

E. 10

L'art. 2 cpv. 2 a 8 OAMal prevede tuttavia la possibilità dell'esenzione dall'obbligo assicurativo.

E. 10.1

L'art. 2 cpv. 6 OAMal prevede in particolare che, su richiesta, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone residenti in uno Stato membro dell'Unione europea, purché possano esservi esentate conformemente all'ALC e al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza sia durante un soggiorno in un altro Stato membro dell'Unione europea o in Svizzera. Occorre pertanto che le suddette persone possano prevalersi di una copertura sanitaria nello Stato di residenza e che la Svizzera abbia stipulato con tale Stato un diritto di opzione in loro favore (cfr. sentenza del TAF C-2233/2017 del 27 marzo 2018 consid. 5.3.2).

E. 10.2

L'Allegato XI del regolamento n. 883/2004 (sezione "Svizzera", capitolo 3 let. b, relativo alla possibilità dell'esenzione nell'assicurazione malattia) prevede che le persone per le quali la Svizzera si fa carico dei costi delle prestazioni ai sensi degli articoli 24, 25 e 26 del regolamento (no. 3 lett. a ii), possono richiedere, nel caso siano residenti - tra l'altro - in Italia e nel caso siano debitamente coperti in caso di malattia, di essere esentate dall'assicurazione obbligatoria in Svizzera. La richiesta di esenzione dev'essere depositata nei tre mesi successivi all'insorgenza dell'obbligo di assicurarsi in Svizzera. Se, in casi giustificati, la richiesta è depositata dopo tale termine, l'esenzione prende effetto dall'inizio dell'obbligo di assicurazione.

E. 11.1

Nel caso in esame l'autorità inferiore ha ritenuto che l'assicurata abbia inoltrato la richiesta di esenzione oltre il termine di tre mesi previsto dall'Allegato XI, ragione per cui l'ha respinta, continuando a ritenerla assoggettata all'assicurazione obbligatoria in Svizzera.

E. 11.2

La ricorrente, dal canto suo, ha negato di essere stata a conoscenza del suddetto termine, mai comunicato, a suo dire, da parte dell'autorità inferiore, adducendo ragioni di forza maggiore che le hanno impedito di procedere per tempo alla richiesta di esenzione, e meglio il ricovero dell'11 gennaio 2016 presso l'Ospedale C. _____ (di cui tuttavia non è dato sapere la durata - allegato al doc. TAF 6).

E. 12.1

Le domande di esenzione dall'obbligo d'assicurazione di beneficiari di una rendita deve essere indirizzata per iscritto all'istituzione Comune LAMal nel termine di tre mesi dal trasferimento del domicilio all'estero o dall'inizio del diritto alla rendita (art. 18 cpv. 2bis LAMal, sentenza del TAF C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 7.3). Il diritto di opzione in favore di un'assicurazione nello Stato di residenza rispetto all'obbligo di assicurazione in Svizzera non si presume e non può pertanto essere esercitato in maniera tacita o per atti concludenti (sentenza del TF 9C_801/2014 del 10 marzo 2015 consid. 3.3).

Il mancato esercizio del diritto d'opzione in favore dell'assicurazione dello Stato di residenza, non può essere successivamente recuperato, a meno che il termine non sia decorso infruttuosamente per motivi non riconducibili all'assicurato (i cosiddetti "casi giustificati", anche DTF 136 V 295 consid. A). Il riferimento a circostanze eccezionali giustificanti la protrazione del termine, dimostra che un termine di perenzione rigido è stato considerato sproporzionato, tuttavia non si tratta neppure di un mero termine d'ordine privo di sanzioni, in quanto un ritardo non giustificato provoca la perdita del diritto d'opzione. Il concetto di "casi giustificati" lascia pertanto spazio all'interpretazione (sentenza del TAF C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 7.3 e riferimenti dottrinali e giurisprudenziali ivi citati).

E. 12.2

Nel caso concreto, è pacifico che l'assicurata ha lasciato trascorrere infruttuosamente il termine trimestrale per presentare domanda di esenzione, avendo trasferito il domicilio all'estero il 5 gennaio 2016 - dies a quo del termine (cfr. consid. 12.1) - ed avendo manifestato per la prima volta il 7 settembre 2016 l'intenzione di non essere più assoggettata all'assicurazione obbligatoria in Svizzera (cfr. allegato 2 inc. LAMal).

E. 12.3

Dall'incarto non parrebbe emergere nessuna circostanza straordinaria che permetta di giustificare il ritardo nel deposito della richiesta di esenzione. Pur essendo documentato un ricovero in data 11 gennaio 2016, non è infatti dato sapere quanto sia durata la degenza, né se l'interessata ha mai dichiarato di essere completamente impossibilitata di occuparsi dei propri affari amministrativi, o quantomeno di delegarne a qualcuno l'adempimento. Riguardo a questo rilevante aspetto - la cui importanza non poteva sfuggire all'insorgente, essendo rappresentata da un legale - l'insorgente non ha fornito ulteriori dettagli, limitandosi ad accennarlo appena in corso di causa. Non è pertanto possibile seguire la tesi dell'assicurata, né riconoscere che quello dell'assicurata sia un caso giustificato. Tanto più che la stessa ha ripetutamente affermato, non tanto di essere stata impossibilitata ad agire, ma di non essere stata informata dall'Istituzione comune né della possibilità di presentare domanda di esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera né del termine previsto di tre mesi, entro cui avrebbe dovuto farlo.

E. 12.4.1

Ci si deve tuttavia chiedere se l'omessa domanda di esenzione entro i termini stabiliti dall'Allegato XI del regolamento n. 883/2004 non possa essere eventualmente riconducibile ad un' inadempienza commessa dalle autorità cantonali preposte all'obbligo di informazione (art. 6a cpv. 1 LAMal e art. 10 OAMal), come sembra insinuare in questa sede l'insorgente (doc. TAF 6) con riferimento all'affermazione secondo cui essa non avrebbe ricevuto alcuna indicazione relativa al diritto di opzione da parte dell'autorità inferiore a seguito della partenza per l'Italia.

E. 12.4.2

Al riguardo l'art. 6a cpv. 1 let. c LAMal dispone che il Cantone interessato, in specie il Canton D._____, è tenuto ad informare i beneficiari di una rendita che trasferiscono la loro residenza in uno Stato membro dell'Unione europea circa l'obbligo di assicurazione in Svizzera contro le malattie. Il legislatore federale non si è limitato ad imporre l'incombenza della verifica ai cantoni, ma ha dettato loro le modalità con cui procedere all'art. 10 OAMal. I cantoni sono così chiamati ad informare la popolazione periodicamente sull'obbligo

assicurativo, a decidere in merito all'esenzione dall'obbligo assicurativo, ad affiliare presso un assicuratore l'obbligato recalcitrante (Gebhard Eugster, die Obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Band XIV, 3 ed. 2016, p. 450 n. 143 e riferimenti ivi menzionati; Ivano Ranzanici; La riduzione dei premi dell'assicurazione malattia, Limiti della normativa vigente e proposte alla luce anche dell'esperienza ticinese, in: AISUF - Travaux de la Faculté de Droit de l'Université de Fribourg, Band 364, Schulthess 2016, pp. 141-169). All'art. 10 cpv. 3 OAMal è inoltre precisato che gli assicuratori sociali preposti al pagamento delle rendite e gli organi dell'assicurazione contro la disoccupazione assistono i Cantoni nel compito d'informare circa l'obbligo d'assicurazione delle persone di cui all'art. 6a cpv. 1 lett. b e c LAMal. Giusta l'art. 7b OAMal, infine, gli assicuratori informano per iscritto gli assicurati di cui all'art. 6a cpv. 1 LAMal circa il prolungamento dell'obbligo d'assicurazione. Gli assicuratori sono dunque tenuti ad informare (si tratta di un obbligo legale) le persone che trasferiscono il loro domicilio all'estero (Ghislaine Riondel, Op. cit., n. 685).

E. 12.4.3

In occasione di un'interpellanza parlamentare dell'11 giugno 2009 (n. 09.3596), il Consiglio federale aveva avuto modo di segnalare che, sulla base delle esperienze dei Cantoni, era emerso come fossero soprattutto i frontalieri residenti in Italia ad avere difficoltà nella comprensione e nell'esercizio della procedura di opzione (www.parlament.ch). Per regolarizzare la posizione dei lavoratori frontalieri italiani inadempienti, nel 2008 era stata prevista un'apposita procedura in sanatoria, promossa dall'Ufficio per l'assicurazione malattia cantonale, dall'Ufficio federale della sanità pubblica e dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, volta a garantire loro il diritto d'opzione attraverso il riconoscimento di un nuovo termine trimestrale, di carattere unico e straordinario, per domandare l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria. Il Tribunale federale, che aveva considerato tale soluzione conforme ai disposti dell'ALC (cfr. casi giustificati), ha altresì precisato che l'assenza di un'informazione individuale e personale ai sensi dell'art. 6a cpv. 1 let. a OAMal riguardo alla possibilità di esercitare in sanatoria il proprio diritto d'opzione (nella fattispecie dovuta alla notifica errata dell'informativa), non poteva pregiudicare i diritti delle persone interessate, nella misura in cui le stesse, ignorando il nuovo termine, non lo avessero esercitato per tempo (DTF 136 V 295 consid. 3.1 e 5). Sebbene il caso citato si riferisca alla categoria dei frontalieri (art. 6a cpv. 1 let. a OAMal), le considerazioni circa l'importanza e l'estensione del dovere di informazione incombente alle autorità cantonali (e con loro agli assicuratori malattia, art. 7b OAMal e agli assicuratori sociali preposti al pagamento delle rendite, art. 10 cpv. 3 OAMal) risultano senz'altro trasponibili anche ai titolari di rendite svizzere residenti all'estero (art. 6a cpv. 1 let. c OAMal). Tale preciso obbligo legale, essendo previsto da una disposizione speciale rispetto all'art. 27 LPGa, che prescrive un obbligo generico d'informazione all'assicurato, ha la priorità sul dovere di diligenza dell'assicurato di informarsi adeguatamente presso le autorità preposte. Contrariamente a quanto indicato dall'autorità inferiore in questo specifico caso, l'assicurata ha il diritto di prevalersi dell'ignoranza di una disposizione legale, nella misura in cui non sia stata informata a dovere dall'amministrazione.

E. 12.4.4

Nell'evenienza concreta, né alla luce dell'incarto dell'UAIE, né tantomeno di quello relativo all'assicurazione malattia è possibile determinare se la ricorrente sia stata effettivamente informata riguardo al persistere dell'obbligo assicurativo in Svizzera, in quanto beneficiaria

di una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, a seguito della sua partenza per l'Italia (art. 6a cpv. 1 lett. c LAMal, sentenza del TAF C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 7.4). Fra gli atti non figura alcuna indicazione in tal senso da parte dell'autorità cantonale preposta a trattare la notifica di partenza (cfr. dichiarazione dell'Ufficio della migrazione del 27 aprile 2016 - allegato 2 inc. LAMal), o della Cassa svizzera di compensazione al momento della presa a carico del versamento della rendita all'estero (cfr. inc. UAIE), o ancora dell'assicuratore malattie al quale essa era affiliata prima di lasciare la Svizzera. Nonostante tale circostanza, comunque non trascurabile a fronte dell'obbligo legale imposto dagli art. 6a cpv. 1 let. c LAMal, 7b e art. 10 cpv. 3 OAMal, l'autorità inferiore non risulta abbia svolto particolari indagini, dando per scontato che l'assicurata avrebbe comunque dovuto, dando prova della diligenza da lei attendibile, informarsi di sua sponte. Essa si è pertanto limitata a constatare il decorso infruttuoso del termine per esercitare il diritto d'opzione, respingendo di conseguenza la domanda di esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera. L'autorità inferiore, d'altro canto, neppure ha mai sostenuto nelle proprie allegazioni che l'assicurata fosse stata correttamente e adeguatamente informata. Non essendo stato chiarito un aspetto giuridicamente determinante, ossia la ricezione da parte dell'assicurata delle opportune informazioni riguardo all'obbligo di assicurazione e alla relativa opzione di far valere il diritto all'esenzione (sentenza del TAF C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 7.4), non è possibile stabilire se la domanda di esenzione dall'obbligo assicurativo presentato dall'assicurata è tardiva o meno. In simili circostanze la decisione impugnata poggia su un accertamento incompleto dei fatti.

E. 13

Da quanto esposto discende pertanto che il ricorso deve essere parzialmente accolto, la decisione su opposizione del 21 marzo 2018 annullata e gli atti di causa rinviati all'autorità inferiore per ulteriori accertamenti ai sensi del considerando precedente e per l'emissione di una nuova decisione impugnabile (art. 61 PA).

E. 14.1

La procedura di ricorso essendo gratuita (art. 18 cpv. 8 LAMal, con riferimento all'art. 85bis cpv. 2 LAVS), non vengono pertanto prelevate spese processuali.

E. 14.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da un legale si giustifica l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 1'000.- franchi (spese incluse), tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dal patrocinatore della ricorrente (corrispondente alla redazione dell'allegato di replica del 7 agosto 2018 [doc. TAF 6], delle osservazioni dell'8 ottobre 2018 nelle quali sono ribadite sostanzialmente le medesime allegazioni [doc. TAF 13] e nelle osservazioni del 7 marzo 2019, con cui è stata fornita risposta allo specifico quesito di questo Tribunale [doc. TAF 22]). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'Istituzione Comune LAMal.