

BVGer C-3289/2018 vom 23. November 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3289_2018

FR: TAF C-3289/2018 du 23 novembre 2020

IT: TAF C-3289/2018 del 23 novembre 2020

Regeste

Esenzione dall'obbligo di assicurazione

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF e art. 7 PA), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 LTAF e gli art. 18 cpv. 2bis e 90a cpv. 1 LAMal (RS 832.10), i ricorsi contro le decisioni, comprese quelle su opposizione, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Istituzione comune LAMal in materia d'esenzione dall'obbligo di assicurazione malattia in Svizzera come nel caso di specie.

E. 1.3

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. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione impugnata 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 - interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

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 è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo

sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 2.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto l'8 maggio 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 136 V 24 consid. 4.3). 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 (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine; nonché cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-1916/2017 del 4 dicembre 2019 consid. 3.3 con rinvii).

E. 3

Nella presente fattispecie, oggetto del contendere è la questione di sapere se a giusto titolo, o meno, l'autorità inferiore ha rigettato la domanda dell'insorgente d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera (giusta l'art. 6a cpv. 3 seconda frase LAMal in combinazione con l'art. 2 cpv. 6 LAMal) poiché l'insorgente non avrebbe validamente esercitato, entro i tre mesi dal trasferimento del domicilio in Italia, il suo diritto d'opzione in favore dell'assicurazione contro le malattie della Repubblica italiana.

E. 4.1

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliata in tale Stato (Italia) e non è contestato l'esistenza di un nesso transfrontaliero (DTF 143 V 81, in particolare consid. 8.1), per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 4.2.1

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso 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 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2; DTF 143 V 52 consid. 6.1 e sentenza del TAF C-3093/2018 del 30 marzo 2020 consid. 2.1).

E. 4.2.2

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) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di 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 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 4.2.3

Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 5.1

Giusta l'art. 3 cpv. 1 LAMal, 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. Pertanto, sull'intero territorio svizzero vige un obbligo d'assicurarsi contro le malattie (DTF 143 V 52 consid. 4; sentenze del TAF C-3093/2018 del 30 marzo 2020 consid. 2.2 e C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 4.1). L'art. 1 cpv. 1 OAMal (RS 832.102) prevede che le persone domiciliate in Svizzera ai sensi degli art. 23 a 26 del Codice civile svizzero (CC, RS 210) sono tenute ad assicurarsi conformemente all'art. 3 LAMal.

E. 5.2

Il Consiglio federale può estendere - giusta l'art. 3 cpv. 3 LAMal - l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che (lett. a) esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPGa) o (lett. b) lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera. Ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal, sono inoltre tenute ad assicurarsi le persone che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea e (che) sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'ALC e del relativo allegato II (v. anche art. 95a lett. a LAMal). Giusta l'art. 7 cpv. 8 OAMal, le persone tenute ad assicurarsi ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal devono assicurarsi entro tre mesi dalla nascita dell'obbligo d'assicurazione in Svizzera. Se si assicurano entro questo termine, l'assicurazione inizia dall'assoggettamento all'assicurazione svizzera. Se si assicurano più tardi, l'assicurazione inizia dalla data dell'affiliazione. L'assicurazione cessa se queste persone non adempiono più le condizioni per un assoggettamento all'assicurazione svizzera conformemente all'ALC e al relativo allegato II.

E. 5.3

Il regolamento (CE) n. 883/2004 si applica ai cittadini di uno Stato membro, agli apolidi e ai rifugiati residenti in uno Stato membro che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri, nonché ai loro familiari e superstiti (art. 2 n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004).

E. 5.4

Il Titolo II del regolamento (CE) n. 883/2004 contiene le norme di coordinamento per la determinazione della legislazione applicabile in materia di sicurezza sociale. L'art. 11 n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004 sancisce il principio dell'unicità della legislazione

applicabile, secondo il quale le persone alle quali si applica il regolamento sono soggette alla legislazione di un singolo Stato membro, definita in funzione delle prescrizioni contenute agli art. 11 e segg. (DTF 135 V 339 consid. 4). Ai sensi dell'art. 11 n. 3 lett. e del regolamento (CE) n. 883/2004, le persone sono in principio soggette alla legislazione dello Stato membro di residenza (sentenza del TAF C-3961/2018 del 31 marzo 2020 consid. 3.1.1).

E. 5.5.1

Il Titolo III del regolamento (CE) n. 883/2004, agli art. 23 e segg., determina la legislazione applicabile in materia di prestazioni di malattia per le persone che beneficiano di una pensione (ai sensi dell'art. 1 lett. w) e i membri della loro famiglia. Di principio, il fattore determinante è l'effettivo versamento di una pensione (cfr. sentenza del TAF C-3961/2018 del 31 marzo 2020 consid. 3.1.2 con rinvii).

E. 5.5.2

L'art. 23 del regolamento (CE) n. 883/2004 riguarda il caso di un titolare di una o più rendite ai sensi della legislazione di almeno due Stati membri, uno dei quali è lo Stato di residenza. In tal caso, la persona interessata beneficia delle prestazioni dall'istituzione del luogo di residenza e a spese della medesima istituzione, come se avesse diritto alla pensione soltanto ai sensi della legislazione dello Stato membro di residenza.

E. 5.5.3

L'art. 24 del regolamento (CE) n. 883/2004 regola la situazione in cui una persona è titolare di una o più pensioni in virtù della legislazione di uno o più Stati membri, non beneficia di prestazioni in natura secondo la legislazione dello Stato membro di residenza, ma avrebbe diritto a tali prestazioni (in natura) secondo la legislazione dello Stato membro o di almeno uno degli Stati membri che versa la pensione se risiedesse in tale Stato membro.

E. 5.5.4

L'art. 25 del regolamento (CE) n. 883/2004 designa lo Stato membro che assumerà il costo delle prestazioni in natura allorché il beneficiario di una pensione risiede in un altro 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 la persona interessata non riceve una pensione da detto Stato membro. Il costo delle prestazioni in natura erogate alla persona interessata è sostenuto dall'istituzione di uno degli Stati membri competenti in materia di pensioni, determinata a norma dell'art. 24 cifra 2 del regolamento (CE) n. 883/2004, nella misura in cui il pensionato avrebbe diritto a tali prestazioni se risiedesse in tale Stato membro.

E. 5.5.5

L'art. 26 del regolamento (CE) n. 883/2004 tratta la fattispecie relativa al di una pensione che risiede in uno Stato membro diverso da quello in cui risiedono i suoi familiari.

E. 5.6

Infine, giusta l'art. 83 del regolamento (CE) n. 883/2004, nell'allegato XI figurano le disposizioni particolari di applicazione delle legislazioni di taluni Stati membri. Per quanto concerne la Svizzera, il n. 3 lett. a punto ii dell'allegato XI, prevede che le disposizioni giuridiche svizzere che disciplinano l'assicurazione malattia obbligatoria si applicano alle persone non residenti in Svizzera, segnatamente alle persone per le quali la Svizzera si fa

carico dei costi delle prestazioni ai sensi degli art. 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004.

E. 6.1

Nella presente fattispecie, è incontestato che la ricorrente dal 1° marzo 2017 non ha (più) il proprio domicilio in Svizzera. Emerge infatti dalla notifica di partenza del 27 febbraio 2017 rilasciata dal Comune di D._____ che l'insorgente ha lasciato la Svizzera il 28 febbraio 2017 e che ha trasferito il suo domicilio in Italia (a E._____ [cfr. doc. 10 allegato al doc. TAF 1]). Ne consegue che per la ricorrente, in assenza di un domicilio in Svizzera, non vi è alcun obbligo d'assicurarsi contro le malattie in Svizzera sulla base dell'art. 3 cpv. 1 LAMal.

E. 6.2

La ricorrente è non di meno per principio soggetta all'assicurazione contro le malattie in Svizzera - ai sensi dall'art. 3 cpv. 3 lett. a LAMal in combinazione con l'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal - salvo in caso d'esercizio tempestivo del diritto d'opzione a favore del suo Paese di residenza.

E. 6.3.1

Ai sensi dell'art. 2 cpv. 6 OAMal, introdotto in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, a domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione - sancito dall'art. 3 cpv. 3 lett. a LAMal in combinazione con l'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal - le persone residenti in uno Stato membro della Comunità 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 della Comunità europea o in Svizzera.

E. 6.3.2

Giusta il n. 3 lett. b dell'allegato XI del regolamento (CE) n. 883/2004, le persone di cui alla lett. a (segnatamente le persone non residenti in Svizzera, ma per le quali la Svizzera si fa carico dei costi delle prestazioni ai sensi degli art. 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004 [dunque che percepiscono, come la ricorrente, una rendita di vecchiaia in Svizzera]) possono, su richiesta, essere esentate dall'assicurazione obbligatoria se risiedono in uno dei seguenti Stati e dimostrano che vi beneficiano di copertura in caso di malattia: Germania, Francia, Italia, Austria e Portogallo. Detta richiesta deve essere presentata alla competente autorità svizzera entro i 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. 6.4

L'Istituzione comune LAMal decide delle domande d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera (in altri termini in merito al cosiddetto diritto d'opzione di cui beneficia un assicurato [art. 18 cpv. 2bis LAMal]). Il diritto di opzione deve essere di regola esercitato entro tre mesi dalla partenza per l'estero (cfr. DTF 136 V 295 consid. 2.3.3) e non può essere fatto valere per atti concludenti (sentenza del TF 9C_801/2014 del 10 marzo 2015 consid. 3.3). Tuttavia, la giurisprudenza ha anche ammesso che qualora l'assicurato sia stato impossibilitato a esercitare il suo diritto di opzione, per carenza di informazione, deve essergli riconosciuto, anche dopo il termine di tre mesi, la possibilità di esercitare il diritto di opzione (DTF 136 V 295 consid. 5.8 - 5.10).

E. 6.5

È giustamente incontestato in questa sede che con l'abbandono del domicilio/residenza abituale in Svizzera il 28 febbraio 2017, è sorto a favore della ricorrente ai sensi dei precedentemente menzionati disposti di legge un diritto d'opzione a favore dell'assicurazione contro le malattie in Italia (insorgente beneficiaria di una rendita di vecchiaia svizzera, ma non italiana, che dal 1° marzo 2017 non ha più il suo domicilio in Svizzera, ma risiede in Italia).

E. 6.5.1

L'autorità inferiore ha considerato che la ricorrente è stata tempestivamente ed esaurientemente informata dalla propria cassa malati della procedura relativa alla domanda di esenzione dall'assicurazione obbligatoria svizzera e del relativo termine per far valere il suo diritto di opzione con lettera raccomandata dell'11 aprile 2017. Non ha ravvisato pertanto alcuna violazione dell'obbligo di informare (art. 27 LPGA). Inoltre, ha ritenuto che la documentazione trasmessa dall'insorgente - con scritto del 18 aprile 2017 (ossia entro il termine di tre mesi per l'esercizio del diritto d'opzione) - non è pervenuta alla cassa malati per errore ma era necessaria per la disdetta del contratto di assicurazione, per cui non vi era alcun obbligo per la cassa malati di trasmettere tale documentazione all'Istituzione comune LAMal giusta l'art. 30 LPGA (obbligo di trasmissione). Da tale scritto del 18 aprile 2017 non si sarebbe peraltro potuto dedurre una volontà di essere esentata dall'assicurazione svizzera obbligatoria. L'autorità inferiore ha pertanto ritenuto che la ricorrente ha presentato una domanda formale d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera solo nel gennaio del 2018, ossia ben oltre il termine di tre mesi dalla partenza per l'Italia. Per conseguenza, l'insorgente non potrebbe che rimanere affiliata all'assicurazione svizzera obbligatoria contro le malattie.

E. 6.5.2

La ricorrente ha fatto valere in sede ricorsuale di avere informato la propria cassa malati per tempo della sua partenza per l'Italia, dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale italiano e della volontà di voler scindere il contratto d'assicurazione contro le malattie mediante lo scritto del 18 aprile 2017, scritto al quale ha allegato sia la notifica di partenza che copia della tessera sanitaria italiana. Dal menzionato scritto, sempre secondo la ricorrente, è evidente la sua volontà di essere affiliata all'assicurazione contro le malattie in Italia. L'insorgente censura una violazione degli art. 27 e 30 LPGA da parte della cassa malati. Da un lato, per una persona come lei con "bassa scolarità e non avvezza a questioni burocratiche" non sarebbe affatto risultato chiaro dallo scritto della cassa malati dell'11 aprile 2017 che avrebbe dovuto rivolgersi a più soggetti per far valere il suo diritto d'opzione. Dall'altro lato, dal momento che la sua volontà di essere assicurata contro le malattie nel suo Paese di residenza, l'Italia, era chiaramente desumibile dal suo scritto del 18 aprile 2017, incombeva alla cassa malati medesima o d'avvertirla (tempestivamente) del fatto che avrebbe dovuto inviare detto suo scritto anche all'Istituzione comune LAMal nel medesimo termine di tre mesi o allora d'inviare lei stessa il citato scritto della ricorrente all'autorità inferiore.

E. 6.5.3

Nel caso concreto, per le ragioni che verranno esposte di seguito, questo Tribunale ritiene fondate le censure sollevate dalla ricorrente.

E. 6.5.3.1

Quanto all'obbligo d'informazione dell'assicuratore malattia giusta l'art. 7b OAMal Nel caso concreto, non si può ritenere che l'assicuratore malattia abbia rispettato compiutamente il suo obbligo d'informazione, peraltro sancito dall'art. 7b OAMal. In particolare, nello scritto del menzionato assicuratore dell'11 aprile 2017 non è stato indicato con la necessaria chiarezza alla ricorrente che per esercitare il suo diritto d'opzione doveva rivolgersi direttamente e necessariamente, nel termine di tre mesi dalla partenza dalla Svizzera, all'Istituzione comune LAMal (con l'apposito formulario) e che pertanto non era sufficiente informare per scritto l'assicuratore malattia della sua scelta di assicurarsi contro la malattia in Italia. Non è stata in particolare data alcuna spiegazione precisa né in merito alla natura né alle modalità di esercizio del diritto di opzione (cfr., su questo punto, la sentenza del TF 9C_531 /2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2), non essendo a tal fine sufficiente invitare la ricorrente - a quel momento (11 aprile 2017) peraltro non rappresentata da un mandatario professionale - a "inoltrarci una disdetta scritta, la conferma di esenzione dell'Istituzione comune LAMal nonché la conferma dell'Azienda sanitaria locale (ASL) del suo Paese di domicilio" (anche se le era perlomeno stato indicato l'indirizzo dell'Istituzione comune LAMal dove avrebbe potuto chiedere l'esenzione dall'obbligo di assicurazione in Svizzera). In effetti, l'invito da parte della cassa malati alla ricorrente "ad inoltrarci" la succitata documentazione è fuorviante, tanto più ove si osservi che nello scritto in questione la cassa malati ha pure indicato che la ricorrente "può chiedere l'esenzione dall'obbligo di assicurarsi in Svizzera" all'Istituzione comune LAMal, ma non che doveva necessariamente chiedere l'esenzione entro il termine di tre mesi direttamente a tale Istituzione, e non solo alla cassa malati, qualora avesse effettivamente voluto salvaguardare il termine di tre mesi rispettivamente beneficiare dell'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera.

E. 6.5.3.2

Quanto alla volontà riconoscibile della ricorrente d'optare per l'assicuratore malattia in Italia e al rispetto del termine per l'esercizio del diritto di opzione Anche volendo, per denegata ipotesi, ritenere che l'assicuratore malattia abbia sufficientemente informato la ricorrente ai sensi dell'art. 7b OAMal (in combinazione con l'art. 6a LAMal), questo Tribunale osserva che l'insorgente ha fatto valere di avere esercitato la sua scelta in favore del Servizio sanitario nazionale italiano con il suo scritto del 18 aprile 2017 trasmesso all'assicuratore malattia (anche se non ha utilizzato l'apposito formulario per la domanda d'esenzione). Al riguardo questo Tribunale rileva che, giusta l'art. 29 cpv. 3 LPGa, se una domanda non rispetta le esigenze di forma o se è trasmessa a un servizio incompetente, per quanto riguarda l'osservanza dei termini e gli effetti giuridici collegati alla domanda è determinante la data in cui essa è stata consegnata alla posta o inoltrata a tale servizio. In altri termini, una domanda che non è presentata mediante il formulario ufficiale o che si rivela incompleta è, in principio, sufficiente per salvaguardare il termine per l'inoltro di tale domanda, sempre che la volontà dell'assicurato emerga chiaramente dalla domanda medesima (cfr. sentenza del TF 8C_145/2019 del 3 giugno 2020 consid. 6.4.2). Ora, questo Tribunale osserva che, contrariamente a quanto ritenuto dall'autorità inferiore, dallo scritto della ricorrente del 18 aprile 2017 - trasmesso appunto all'assicuratore malattia (e ricevuto dall'assicuratore malattia il 20 aprile 2017) - emerge chiaramente ed inequivocabilmente la volontà della ricorrente di disdire il contratto d'assicurazione malattia con la propria cassa malati svizzera, la già intervenuta assicurazione contro la malattia in Italia (suo luogo di residenza) e l'impossibilità di permettersi il pagamento dei premi di cassa malati in Svizzera. Non può pertanto essere seriamente sostenuto che dallo scritto del 18 aprile 2017 non sia desumibile la volontà dell'insorgente di essere esentata dall'assicurazione malattia obbligatoria in

Svizzera. Conto tenuto che l'insorgente ha trasferito il proprio domicilio all'estero il 28 febbraio 2017, che la sua volontà di esercitare il diritto d'opzione a favore dell'assicuratore malattia in Italia era ben riconoscibile nel suo scritto del 18 aprile 2017, occorre ritenere che il termine di tre mesi per esercitare il suo diritto di opzione è stato salvaguardato mediante il menzionato scritto inoltrato all'assicuratore malattia (art. 29 cpv. 3 LPG), indipendentemente dal fatto che detto scritto non sia poi stato trasmesso dall'assicuratore malattia all'Istituzione comune LAMal (cfr. anche le sentenze del TAF C-2522/2016 del 25 settembre 2019 consid. 5.2 e C-5130/2017 del 27 giugno 2019 consid. 5.2). Nella misura in cui l'autorità inferiore volesse rimproverare all'insorgente il mancato utilizzo dell'apposito formulario per l'esercizio del suo diritto d'opzione, bisognerebbe allora rilevare che ciò costituirebbe manifestamente un eccesso di formalismo e quindi un diniego di giustizia formale vietato dall'art. 29 cpv. 1 Cost. (cfr. la sentenza del TF 8C_145/2019 del 3 giugno 2020 consid. 6.3).

E. 6.5.3.3

Quanto alle ulteriori incombenze di pertinenza della cassa malati Infine, e secondo giurisprudenza, sulla base del principio della buona fede e del divieto del formalismo eccessivo, l'amministrazione ha l'obbligo, in determinate circostanze, d'informare d'ufficio l'amministrato che commette o sta per commettere un vizio procedurale, a condizione che il vizio sia facilmente riconoscibile e che possa essere riparato per tempo (cfr. sentenza del TF 8C_145/2019 del 3 giugno 2020 consid. 6.3.3 in fine). Questo Tribunale ritiene che alla cassa malati non poteva sfuggire il fatto che allo scritto del 18 aprile 2017 - pervenutole il 20 aprile 2017 -, comprensivo della notifica di partenza nonché della copia della tessera sanitaria italiana, mancava un ultimo documento per completare la disdetta del contratto di assicurazione presso la medesima (segnatamente la decisione d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera dell'Istituzione comune LAMal). Tuttavia, non emerge dagli atti di cui all'incarto, che la cassa malati abbia reagito o in qualche modo dato seguito al ricevimento del menzionato scritto della ricorrente del 18 aprile 2017 entro la scadenza del termine per l'esercizio del diritto d'opzione (al 28 maggio 2017 [ma solo successivamente a tale termine, con la richiesta di pagamento dei premi arretrati a decorrere dal 1° marzo 2017]), nonostante che l'insorgente medesima non abbia minimamente accennato in detto suo scritto ad una richiesta d'esenzione già inoltrata anche all'Istituzione comune LAMal ma che non sarebbe ancora stata evasa (e che quindi avrebbe prodotto alla cassa malati in una successiva fase). Alla luce della giurisprudenza poc'anzi richiamata, alla cassa malati (che aveva deciso, peraltro a torto [v. pure consid. 6.5.3.2 del presente giudizio], che non vi era motivo di trasmettere lo scritto della ricorrente del 18 aprile 2017 direttamente all'Istituzione comune LAMal ai sensi dell'art. 30 LPG) - avrebbe allora perlomeno dovuto tempestivamente rendere edotta la ricorrente del fatto che non le era ancora stata fatta pervenire la decisione di esenzione dall'obbligo assicurativo da parte dell'Istituzione comune LAMal ed invitarla a depositare la sua domanda a tale autorità entro il 28 maggio 2017 qualora non lo avesse ancora fatto (scadenza del termine di tre mesi per esercitare il diritto d'opzione [cfr., al riguardo, anche la sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consi. 6.2 in fine). Basti ancora rilevare che il tempo per potere/dovere agire in tal senso da parte della cassa malati era più che sufficiente al fine dell'esercizio del diritto d'opzione da parte della ricorrente medesima nel termine di tre mesi dalla partenza dalla Svizzera direttamente dinanzi all'Istituzione comune LAMal.

E. 6.5.4

Conclusioni In conclusione, ognuno dei singoli motivi indicati ai considerandi 6.5.3.1 a 6.5.3.3, in particolare quello di cui al considerando 6.5.3.2, è già di per sé sufficiente per accogliere il gravame e annullare la decisione impugnata, a prescindere, fra l'altro, dal fatto che l'apposito formulario d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera è pervenuto all'Istituzione comune LAMal solo il 5 marzo del 2018. Peraltro, quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-3166/2020 del 7 ottobre 2020 consid. 9.4). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-5816/2018 del 19 agosto 2020 consid. 12.1 con rinvii). Tale è il caso nella presente fattispecie. In effetti, vista la chiara volontà della ricorrente, manifestata tempestivamente con scritto del 18 aprile 2017, di optare per le assicurazioni sociali italiane, volontà peraltro suffragata dal suo assoggettamento alle assicurazioni sociali italiane (v. copia della tessera sanitaria italiana con scadenza all'8 marzo 2023 agli atti di causa [di principio in Italia tale tessera ha notoriamente e normalmente una validità di 6 anni]), si può rinunciare a rinviare la causa all'autorità inferiore per nuova decisione e, in riforma della decisione su opposizione dell'8 maggio 2018, riconoscere alla ricorrente l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie in Svizzera a partire dal 1° marzo 2017 (art. 7 cpv. 8 OAMal), avendo l'insorgente stessa esercitato il diritto d'opzione in favore dell'assicurazione in Italia entro i tre mesi dall'inizio del potenziale nuovo obbligo assicurativo in Svizzera al 1° marzo 2017, con conseguente cessazione, appunto, dell'obbligo d'assicurarsi in Svizzera contro la malattia a decorrere dal 1° marzo 2017 (cfr., fra l'altro, anche la sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.3). Va altresì rilevato che la ricorrente si è assicurata in Italia contro le malattie nel marzo del 2017 (cfr. in particolare l'esibita tessera sanitaria italiana). Giova peraltro ancora rammentare che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale la produzione della tessera europea di assicurazione malattia (che si trova a tergo della tessera sanitaria italiana) è sufficiente per dimostrare di essere coperti in caso di malattia sia nello Stato di residenza sia durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera (DTF 136 V 295 consid. 6.1 e sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.3, nonché art. 2 cpv. 6 OAMal). Non appare altresì che vi siano altri fatti decisivi che necessitino ancora di ulteriore approfondimento al fine di potersi determinare nel merito con cognizione di causa nel presente caso (ciò che peraltro l'autorità inferiore nemmeno ha fatto valere nell'ambito della procedura in esame).

E. 7.1

Nel caso concreto, non si prelevano spese processuali (art. 18 cpv. 8 LAMal in combinazione con l'art. 85bis cpv. 2 LAVS). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali e del relativo anticipo, è già stata dichiarata priva d'oggetto con decisione incidentale del 16 luglio 2018 (cfr. doc. TAF 2).

E. 7.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da un mandatario professionale (Patronato INAS), si giustifica altresì l'attribuzione 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]; cfr. sentenza del TF 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.3 con rinvii). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-4/2019 del 26 settembre 2019 consid. 6.9 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'Istituzione Comune LAMal. (dispositivo alla pagina seguente)

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