

BVGer C-5183/2019 vom 8. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5183_2019

FR: TAF C-5183/2019 du 8 novembre 2021

IT: TAF C-5183/2019 del 8 novembre 2021

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 143 IV 85 consid. 1 con rinvii [v., fra le tante, anche la sentenza del TF 9C_419/2020 del 5 agosto 2020 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 il 29 agosto 2019. 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. 3.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea (Italia) ed è domiciliato 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'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. 3.1.1

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. 3.1.2

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. 3.1.3

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. 3.1.4

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. 3.2.1

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. 3.2.2

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. 3.3.1

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. 3.3.2

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. 3.3.3

L'art. 25 del regolamento (CE) n. 883/2004 designa lo Stato membro che assumerà il costo delle prestazioni in natura allorquando 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. 3.3.4

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

E. 3.4

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. 4.1

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. 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. 4.2

Tuttavia, 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 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. 4.3

Inoltre, 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 il ricorrente, comunque fino alla data della decisione impugnata, una rendita d'invalidità 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. Il diritto di opzione deve dunque 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 per tempo il suo diritto di opzione, ad esempio in caso di carente 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 sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2).

E. 4.4

Infine, l'art. 2 cpv. 8 OAMal prevede che 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.

E. 4.5

L'Istituzione comune LAMal decide delle domande d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera di beneficiari di rendite che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia (in altri termini in merito al cosiddetto diritto d'opzione di cui beneficia un assicurato [art. 18 cpv. 2bis LAMal]).

E. 5.1

Nella presente fattispecie, è incontestato che dall'8 agosto 2018, ma al più tardi a partire dal 1° settembre 2018, il ricorrente ha trasferito il suo domicilio in Italia. Dalle carte processuali risulta difatti che l'insorgente ha dichiarato di aver lasciato la Svizzera il 7 agosto 2018 e di essere domiciliato in Italia comunque al più tardi dal 1° settembre 2018 (a [...] [...]; cfr. doc. 3). Ne consegue che per il ricorrente, in assenza di un domicilio in Svizzera, non vi è alcun obbligo - dal 1° settembre 2018 - d'assicurarsi contro le malattie in Svizzera sulla base dell'art. 3 cpv. 1 LAMal.

E. 5.2

Il ricorrente, in quanto beneficiario al momento determinante di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (circostanza incontestata in questa sede), è non di meno per principio soggetto all'assicurazione contro le malattie in Svizzera - ai sensi dei menzionati art. 23 e segg. del regolamento n. 883/2004 e dell'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

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 OAMal) 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 rispettivamente perché, quand'anche si volesse qualificare lo scritto del 10 luglio 2018 come richiesta di esenzione rispettosa del termine di tre mesi, non sarebbero comunque adempite le altre condizioni dell'art. 2 cpv. 6 OAMal.

E. 7

Il ricorrente ha, fra l'altro, fatto valere di non avere ricevuto personalmente lo scritto informativo dell'assicuratore malattia del 26 luglio 2018. Al riguardo, con duplica del 15 aprile 2020 (doc. TAF 9), l'autorità inferiore ha prodotto il "tracciamento degli invii" della raccomandata (semplice) (...), che a suo dire proverebbe come il plico raccomandato spedito al ricorrente dall'assicuratore malattia il 30 luglio 2018 sia stato ritirato allo sportello di (...) il 6 agosto 2018, ossia il giorno prima della dichiarata partenza per l'Italia da parte del ricorrente. Questo Tribunale rileva che per consolidata giurisprudenza, una decisione amministrativa o giudiziaria intimata mediante invio raccomandato vale come notificata quando l'atto giunge nelle mani del destinatario oppure di una persona che appartiene alla sua sfera di influenza (ad esempio la cerchia familiare o un ausiliario), non essendo invece necessario che il destinatario ne prenda altrimenti conoscenza. Tale soluzione vale anche quando il destinatario ha designato o autorizzato un terzo a prendere in consegna i suoi invii postali oppure quando una raccomandata è consegnata allo sportello postale a un terzo titolare di una semplice procura tacita, risultante dalle circostanze. Non va poi dimenticato che, sempre per costante prassi, l'agire degli ausiliari va ascritto al destinatario (cfr. la sentenza del TF 2C_112/2018 del 16 febbraio 2018 consid. 2.2. e 2.3 con rinvii). Nel caso concreto, è irrilevante ai fini di una valida notifica dell'informazione del 28 luglio 2018 di B._____ che il ricorrente ne abbia preso personalmente conoscenza. L'insorgente non appare altresì avere fatto valere, né risultano ad un esame d'ufficio degli atti di causa, delle circostanze che possano far dubitare di una corretta notifica perlomeno ad un terzo legittimato a ritirare il plico raccomandato nel senso precedentemente indicato (cfr. a tal proposito anche la DTF 142 III 599 consid. 2). Ad ogni modo, tale questione può in concreto restare indecisa perché anche qualora il menzionato scritto fosse stato regolarmente notificato - come sostenuto dall'autorità inferiore - non può essere ritenuto un'informativa sufficiente per i motivi che saranno esposti di seguito.

E. 8.1

Esercizio del diritto d'opzione A tal proposito, l'autorità inferiore ha ritenuto innanzitutto che lo scritto dell'interessato del 10 luglio 2018 rappresenta una lettera di risoluzione del contratto assicurativo con B._____, ma non può essere considerato quale un valido esercizio del diritto d'opzione, il ricorrente trovandosi a tale data ancora sul territorio svizzero e non essendo pertanto ancora sorto un diritto d'opzione.

E. 8.2

Termine di tre mesi per l'esercizio del diritto d'opzione Ora, e da un lato, questo Tribunale osserva che dal menzionato scritto dell'insorgente del 10 luglio 2018 emerge chiaramente

ed inequivocabilmente non solo l'indicazione relativa al suo imminente trasferimento in Italia ma anche, e soprattutto, la sua volontà di disdire il contratto d'assicurazione malattia con il proprio assicuratore svizzero (con invito ad annullare il contratto assicurativo) e d'assicurarsi contro le malattie in Italia. Ne consegue che dal profilo contenutistico lo scritto in questione costituisce, a non averne dubbio, un valido esercizio del diritto d'opzione a favore dell'assicurazione contro le malattie italiana (ciò che, peraltro, pure l'autorità inferiore ha preso in considerazione, nella sua motivazione sussidiaria [cfr. risposta al ricorso del 7 gennaio 2020 a pag. 5]). L'autorità di prime cure appare tuttavia ritenere che un diritto d'opzione esercitato prematuramente, ossia prima che l'interessato abbia lasciato la Svizzera, sia senza effetto alcuno sul rispetto del termine legale di 3 mesi (e debba pertanto, al fine della sua validità, essere ripetuto dopo la partenza dalla Svizzera). Tale generico assunto non può essere condiviso e costituirebbe invero un eccesso di formalismo segnatamente allorquando, come nella presente fattispecie, il diritto d'opzione è esercitato nell'imminenza della partenza dalla Svizzera verso l'Italia, peraltro da un assicurato allora non rappresentato. Certo, le conseguenze giuridiche legate a tale esercizio anticipato del diritto d'opzione potevano sorgere solo a partire dal momento in cui l'insorgente avesse effettivamente trasferito il proprio domicilio all'estero. Detto trasferimento è peraltro indubbiamente avvenuto, circostanza pure incontestata in questa sede, tra il 7 agosto/1° settembre 2018.

E. 8.3

Casi giustificati d'esercizio del diritto d'opzione dopo la scadenza del termine di tre mesi. Peraltro, e nella denegata ipotesi che si volesse ritenere - come fatto dall'autorità inferiore perlomeno implicitamente nella decisione impugnata - totalmente inefficace, dunque da ripetere dopo la partenza dalla Svizzera, l'esercizio da parte del ricorrente del diritto d'opzione fatto valere prematuramente il 10 luglio 2018 poco prima di detta partenza, bisognerebbe allora rilevare che l'autorità inferiore non ha minimamente esaminato la questione di sapere se sussistevano eventualmente circostanze giustificanti l'esercizio del diritto d'opzione dopo la scadenza dei tre mesi dal trasferimento all'estero. La giurisprudenza ha già 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 3 mesi, la possibilità di esercitare siffatto diritto (DTF 136 V 295 consid. 5.8 - 5.10 e sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2 con rinvii; v. anche sentenze del TAF C-2194/2018 del 17 giugno 2019 consid. 12.1 e C-5939/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 7.3 con rinvii).

E. 8.3.1

Quanto all'obbligo d'informazione dell'assicuratore malattia giusta l'art. 7b OAMal

E. 8.3.1.1

In merito all'obbligo d'informazione degli assicurati, l'art. 7b OAMal prescrive agli assicuratori d'informare 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 le persone che trasferiscono il loro domicilio all'estero, ciò che è altresì incontestato in questa sede, perlomeno quanto al principio.

E. 8.3.1.2

Nel caso concreto, non si può tuttavia ritenere che gli assicuratori, segnatamente l'assicuratore malattia B. _____, abbiano rispettato compiutamente il loro obbligo

d'informazione, peraltro sancito dall'art. 7b OAMal, con lo scritto al ricorrente di B._____ del 26 luglio 2018. A prescindere dalla questione della contestata (corretta) notifica di detto scritto (cfr. considerando 7 del presente giudizio), nello stesso non è stato indicato con la necessaria chiarezza al ricorrente che per esercitare validamente il suo diritto d'opzione doveva rivolgersi direttamente e necessariamente, nel termine di tre mesi dalla partenza dalla Svizzera, pure 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). A tal fine, non era sufficiente, dopo avere ricevuto lo scritto del ricorrente del 10 luglio 2018 (contenente la chiara volontà d'essere assicurato contro le malattie in Italia e dunque l'esercizio da parte sua del diritto d'opzione in tal senso), di semplicemente segnalargli che conto tenuto della sua partenza dalla Svizzera aveva la possibilità di scegliere, entro tre mesi, se rimanere assicurato contro le malattie in Svizzera o in Italia e che senza riscontro da parte sua fino al 7 novembre 2018 si sarebbe ritenuto che volesse rimanere assicurato in Svizzera (con inizio della nuova polizza al 1° settembre 2018). Certo, l'assicuratore malattia B._____ ha pure indicato, nel suo scritto del 28 luglio 2018, l'indirizzo dell'Istituzione comune LAMal a (...), cui rivolgersi "in questi tre mesi" (non è dato sapere con precisione a quali tre mesi sia fatto riferimento da parte di B._____) per essere liberato dall'obbligo assicurativo in Svizzera, e i documenti che avrebbe ancora dovuto sottoporre, peraltro ad B._____ stessa, qualora non avesse più voluto essere assicurato in Svizzera contro le malattie (disdetta, scritto di esenzione da parte dell'Istituzione comune LAMal e prova dell'assicurazione contro le malattie in Italia). In particolare, non è chiaro a partire da quando avrebbe dovuto imperativamente essere (ri)esercitato il diritto d'opzione rispettivamente prodotta per esempio la prova dell'assicurazione contro le malattie contratto in Italia (e a chi). Ove poi si aggiunga che nello scritto di B._____ del 26 luglio 2018 è pure indicato che senza riscontro da parte dell'insorgente, le assicurazioni complementari sarebbero state annullate per il 31 agosto 2018, non appare più possibile affermare, come ha fatto l'autorità inferiore, che tale scritto adempie i criteri di una corretta ed esaustiva informazione ai sensi dell'art. 7b OAMal e della citata giurisprudenza in materia. Lo scritto deve piuttosto essere qualificato di fuorviante (cfr. sulla questione anche la sentenza del TAF C-3289/2018 del 23 novembre 2020 consid. 6.5.3.1 [che riguarda pure uno scritto di contenuto simile da parte di B._____] - perlomeno per un assicurato, come il ricorrente, allora non rappresentato da persona cognita in materia - tanto più che l'assicuratore malattia nel suo scritto del 26 luglio 2018 ha omesso di confrontarsi con lo scritto del ricorrente del 10 luglio 2018, trasmessogli per raccomandata, peraltro dal contenuto chiaro, come precedentemente indicato.

E. 8.3.1.3

L'assicuratore malattia, come già ritenuto nella citata sentenza del TAF C-3289/2018 del 23 novembre 2020, invece di far pervenire all'assicurato un'informativa generale in merito al diritto d'opzione, avrebbe piuttosto dovuto far riferimento a quanto già comunicato dallo stesso ed indicare con precisione che per il corretto esercizio del suo diritto di opzione egli doveva ancora rivolgersi direttamente e necessariamente, nel termine di tre mesi dalla partenza dalla Svizzera, anche all'Istituzione comune LAMal (con l'apposito formulario) e produrre la conferma della copertura assicurativa in Italia.

E. 8.3.2

Inoltre, 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). Questo Tribunale ritiene che in concreto all'assicuratore malattia non poteva sfuggire - e non è di fatto sfuggito (si confronti a tal proposito le annotazioni a mano sull'allegato 1 al doc. TAF 4 che evidenziano la mancanza di alcuni documenti ["Fehlende Doks"] - che lo scritto del 10 luglio 2018, comprensivo della notifica di partenza, difettava della decisione d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera dell'Istituzione comune LAMal e della prova d'assicurazione in Italia. Nondimeno, dagli atti all'incarto risulta che l'assicuratore malattia non ha né trasmesso tempestivamente lo scritto dell'assicurato del 10 luglio 2018 all'Istituzione comune LAMal, né ha reagito quando doveva risultare chiaro che il ricorrente o non aveva ricevuto lo scritto del 26 luglio 2018 (come da lui sostenuto) oppure non ne aveva compreso la portata, in particolare la necessità di intraprendere ulteriori azioni da parte sua. In ogni caso, a fronte di una comunicazione chiara come quella del 10 luglio 2018, l'assicuratore non poteva limitarsi a far scadere il termine di tre mesi e constatare che l'interessato non aveva adempiuto a tutti i requisiti necessari per un corretto esercizio del diritto di opzione. Al contrario, egli avrebbe dovuto ulteriormente interpellare l'interessato e, dopo avergli spiegato il tenore del suo diritto di opzione, segnatamente i requisiti necessari per esercitarlo correttamente, chiedere se intendeva effettivamente essere assicurato in Italia (come risulta dal suo scritto del 10 luglio 2018) e - in caso di risposta affermativa - sollecitarlo a produrre i documenti mancanti (cfr. a tal proposito la sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2).

E. 8.3.3

Pertanto, anche volendo ritenere che lo scritto del 26 luglio 2018 sia stato correttamente notificato al ricorrente, da quanto precede risulta che né l'assicuratore malattia, né l'Istituzione comune LAMal lo hanno correttamente informato in merito alle precise modalità del diritto di opzione. Ciò premesso, l'autorità inferiore avrebbe dunque dovuto esaminare e decidere, prima di rendere la decisione impugnata, la questione di sapere se doveva essere riconosciuta all'insorgente anche successivamente a fine novembre 2018 (quindi dopo la scadenza dei tre mesi) la possibilità di esercitare il diritto d'opzione (DTF 136 V 295 consid. 5.8 - 5.10 e sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2; v. anche sentenza del TAF C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 7.3). Non avendo agito in tal senso, l'autorità inferiore è comunque incorsa di un accertamento manifestamente inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti.

E. 8.4

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, che viola il diritto federale (appunto nel senso di un accertamento manifestamente inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti), va annullata.

E. 9.1

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-3289/2018 del 23 novembre 2020 consid. 6.5.4 con rinvio). Tale è il caso nella presente fattispecie, di modo che questo Tribunale può decidere il caso in riforma della decisione impugnata.

E. 9.2

Da un lato, conto tenuto delle risultanze processuali, occorre dare al ricorrente la possibilità di esercitare correttamente il suo diritto d'opzione anche successivamente alla scadenza del termine di 3 mesi dalla partenza dalla Svizzera (benché egli abbia esercitato tale diritto, de facto almeno in parte [mancando la prova dell'assicurazione in Italia], già con il suo scritto del 10 luglio 2018), e ciò in applicazione della già più volte citata giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 136 V 295 consid. 5.8 - 5.10 e sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2). In effetti, e come già ritenuto (cfr. in particolare considerando 8.3.3 del presente giudizio) vi è stata una chiara carenza dell'informazione fornita al ricorrente in merito al corretto esercizio del suo diritto d'opzione. Peraltro, l'esercizio del diritto d'opzione a favore dell'assicurazione svizzera non poteva essere ammesso, dopo il chiaro scritto del ricorrente del 10 luglio 2018, sulla base del suo silenzio in relazione alla carente ed equivoca informativa da parte di B. _____ del 26 luglio 2018. Ora, stante che il modulo E 121 del 19 dicembre 2018 (da cui l'autorità inferiore ha dedotto l'esercizio del diritto d'opzione del ricorrente a favore dell'assicurazione malattia svizzera) è stato ricevuto dalla competente autorità italiana l'11 febbraio 2019 (cfr. doc. 1, modulo 121 pag. 3), l'esercizio formale da parte dell'insorgente medesimo sull'apposito formulario del suo diritto d'opzione a favore dell'assicurazione malattia italiana - effettuata il 22 febbraio 2019 (formulario che sarebbe stato ricevuto dall'autorità inferiore il 27 febbraio successivo [doc. 1]) e il completamento della necessaria documentazione il 21 marzo 2019 (v. riassunto dei fatti del presente giudizio, lettera B.d) - è intervenuto in modo giustificato e rapido dalla conoscenza del contenuto - errato/non rispondente alla sua volontà già manifestata il 10 luglio 2018 - del modulo E 121. Dall'altro lato, stante la chiara volontà del ricorrente, manifestata già il 10 luglio 2018, ma poi ancora con l'apposito formulario il 22 febbraio 2019, di optare per l'assicurazione sanitaria italiana, volontà peraltro suffragata dal suo assoggettamento alla stessa (v. copia delle tessere sanitarie italiane con scadenza al 31 dicembre 2019 [doc. 1] e 31 dicembre 2021 [doc. TAF 19]), in riforma della decisione su opposizione del 29 agosto 2019, va riconosciuta al ricorrente l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie in Svizzera, di principio con effetto dal 1° settembre 2018, potendo egli validamente chiedere di essere esentato dall'obbligo assicurativo in Svizzera con effetto ex tunc, vale a dire dalla prima possibile data del suo ipotetico assoggettamento all'assicurazione malattia italiana (cfr., fra l'altro, DTF 136 V 295 consid. 5.10 nonché, più specificatamente, la sentenza del TF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.3). 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. 10.1

Visto l'esito del ricorso, non sono comunque rimosse spese processuali (art. 63 PA).

E. 10.2

Visto l'esito della procedura, l'insorgente - vincente e rappresentato in questa sede da un mandatario professionale - ha diritto all'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 CHF 2'800.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del 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.