

## **TI\_GERICHTE 36.2009.132 vom 3. Februar 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-02-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2009.132\\_d20090203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.132_d20090203)

FR: TI\_GERICHTE 36.2009.132 du 3 février 2009

IT: TI\_GERICHTE 36.2009.132 del 3 febbraio 2009

### **Regeste**

Affiliazione d'ufficio di frontaliere a CM Svizzera. Mancata tempestiva opzione per sistema sanitario del Paese di residenza. Termine di sanatoria decorso infruttuoso: il ricorrente non ha validamente comprovato l'invio per posta semplice, nonostante sostenga di avere spedito per tempo il modulo TI

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003). Infatti, con sentenze del 9 novembre 2009 (inc. 36.2009.18) e del 1° dicembre 2009 (inc. 36.2009.16) questo Tribunale, nella sua composizione plenaria, ha emanato decisioni di principio concernenti fattispecie analoghe alla presente ed ha respinto il ricorso con argomentazioni che saranno riprese in questa sede.

2. Occorre innanzitutto verificare se questo Tribunale possa entrare nel merito del ricorso pronunciandosi sull'invio del modulo TI 1. Infatti, l'autorità amministrativa ha proposto l'irricevibilità del ricorso siccome intempestivo, dato che ha validamente inviato la decisione su reclamo all'assicurato, in Italia, il 27 aprile 2009. Ritenuto che il non ritiro di un invio raccomandato, e quindi il relativo ritorno al mittente, comporta che l'atto originale deve essere considerato come correttamente intimato allo scadere dei sette giorni di giacenza, indubbiamente il ricorso dell'assicurato, formulato (soltanto) il 26 giugno 2009, è tardivo, essendo stato inoltrato ben oltre il termine legale di 30 giorni dall'intimazione dell'atto impugnato. L'insorgente ha invece in proposito rilevato di non avere mai ricevuto la raccomandata dell'UAM al suo domicilio, come peraltro comprovato dall'autorità cantonale medesima con la produzione della busta d'intimazione della decisione su reclamo del 27 aprile 2009, ritornata al mittente (doc. 6). Inoltre, da un accertamento eseguito presso l'Ufficio postale di \_\_\_\_\_, il ricorrente ha saputo che la raccomandata svizzera è stata in giacenza in Italia per trenta giorni e che, alla scadenza di questo termine, quindi il 6 giugno 2009, è stata ritornata al mittente ticinese. Tuttavia, visto che non ha nemmeno ricevuto l'avviso di ritiro della raccomandata da parte delle Poste Italiane (doc. Q), l'assicurato sostiene di avere preso conoscenza di tale decisione solo il 28 maggio 2009, quando la sua datrice di lavoro ne ha ottenuto dall'UAM - dopo averne fatto esplicita richiesta (docc. C e Q) - una copia per fax (doc. B). In questo senso, il termine ricorsuale di trenta giorni deve decorrere da tale momento e non dalla notifica del 27 aprile 2009, poiché le regole sulla giacenza di sette giorni di un invio raccomandato non ritirato sono specifiche alla Svizzera e non si applicano dunque per gli invii all'estero. Ora, dall'esame della busta d'intimazione della decisione su reclamo risulta che l'invio raccomandato del 27 aprile 2009 è giunto all'Ufficio postale di \_\_\_\_\_ il 6 maggio 2009 (cfr. timbro postale sul retro della busta). Inoltre, sul fronte v'è un'iscrizione a mano del seguente tenore: " Al mittente x compiuta giacenza " e l'indirizzo del ricorrente nella

finestra della busta è stato cancellato. Infine, c'è un timbro di ricezione da parte dell'Ufficio assicurazione malattia al 22 giugno 2009 (doc. 6). Ciò stante, sembrerebbe, effettivamente, che il tempo di giacenza della raccomandata in Italia sia di 30 giorni, allo scadere del quale l'invio raccomandato viene rispedito al mittente. In concreto, dunque, l'invio del 27 aprile 2009 è giunto all'Ufficio postale del domicilio del ricorrente il 6 maggio 2009 ed ivi è rimasto fino al 6 giugno 2009, quando è stato rispedito al mittente svizzero, il quale l'ha ricevuto di ritorno il 22 giugno 2009. D'avviso di questo Tribunale, la questione della verifica della tempestività del ricorso può comunque rimanere qui irrisolta. Infatti, anche volendo considerare come tempestivo il ricorso del 26 giugno 2009 – facendo coincidere l'inizio della decorrenza del termine di ricorso con l'effettiva presa di conoscenza del contenuto della decisione su reclamo avvenuta il 28 maggio 2009 - ed entrando quindi nel merito pronunciandosi sulla mancata ricezione, da parte dell'Ufficio assicurazione malattia, del formulario TI 1 relativo all'esercizio del diritto d'opzione per il sistema sanitario italiano spedito il 14 luglio 2008 dalla datrice di lavoro dell'assicurato, l'esito del ricorso non muterebbe. Il TCA può dunque entrare nel merito del ricorso. nel merito 3. Va preliminarmente esaminato qual è il diritto applicabile alla fattispecie. Secondo l'art. 95a cpv. 1 LAMal, per le persone designate nell'articolo 2 del regolamento n. 1408/71 ed in relazione con le prestazioni previste nell'articolo 4 dal regolamento, purché siano comprese nel campo d'applicazione della LAMal, sono applicabili anche: l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, nella versione dei Protocolli del 26 ottobre 2004 e del 27 maggio 2008 relativi all'estensione dell'Accordo ai nuovi Stati membri della Comunità europea, il suo allegato II ed i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata (lett. a), e la Convenzione del 4 gennaio 1960 istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio nella versione dell'Accordo del 21 giugno 2001 che emenda la Convenzione, il suo allegato K, l'appendice 2 dell'allegato K ed i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata (lett. b). L'art. 95a cpv. 2 LAMal prevede che laddove le disposizioni della LAMal fanno uso dell'espressione «Stati membri della Comunità europea», questa espressione è riferita agli Stati ai quali è applicabile l'Accordo di cui al capoverso 1 lettera a. Secondo l'art. 3 LAMal, " 1 Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. 2 Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per i dipendenti di organizzazioni internazionali e di Stati esteri. 3 Può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che: a. esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPG); b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera". L'art. 1 cpv. 2 OAMal concerne l'obbligo di assicurazione per le persone non domiciliate in Svizzera (cpv. 1), fra le quali vi sono: " d. le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea e sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (Accordo sulla libera circolazione delle persone) e del relativo allegato II, menzionati nell'articolo 95 a lettera a della legge; e. le persone che risiedono in Islanda o in Norvegia e sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'Accordo del 21 giugno 2001 di emendamento della Convenzione istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (Accordo AELS), del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K,

menzionati nell'articolo 95 a lettera b della legge;". L'art. 3 cpv. 2 e 3 LAMal dà facoltà al Consiglio federale di prevedere eccezioni all'obbligo di assicurazione, segnatamente per le persone che possono godere dei privilegi del diritto internazionale. Facendo uso della delega di cui all'art. 3 cpv. 2 LAMal, il Consiglio federale ha così emanato l'art. 2 OAMal che prevede diverse ipotesi di eccezione all'obbligo di assicurazione. Tale disposto ha subito un'importante modifica con l'entrata in vigore, il 1° giugno 2002, dell'Accordo tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione Svizzera, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC). In virtù dell'art. 2 cpv. 1 OAMal, non sono soggetti all'obbligo di assicurazione, fra le altre categorie, anche: " c. le persone che, in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II, dell'Accordo AELS e del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K o di una convenzione di sicurezza sociale, sottostanno alla normativa di un altro Stato a causa della loro attività lucrativa in tale Stato; d. le persone che, in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o dell'Accordo AELS, del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K, sottostanno alla normativa di un altro Stato poiché percepiscono una prestazione di un'assicurazione estera contro la disoccupazione; e. le persone che non hanno diritto a una rendita svizzera ma hanno diritto a una rendita di uno Stato membro della Comunità europea in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o a una rendita islandese o norvegese in virtù dell'Accordo AELS, del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K;". 4. Il 1° giugno 2002 è entrato in vigore l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (RS 0.142.112.681, ALC) ed in particolare il suo Allegato II regolante il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (DTF 130 V 146 seg. consid. 3, DTF 128 V 315 con riferimenti). Giusta l'art. 1 cpv. 1 dell'Allegato II ALC, elaborato sulla base dell'art. 8 ALC e facente parte integrante dello stesso (art. 15 ALC), in unione con la Sezione A di tale allegato, le parti contraenti applicano nell'ambito delle loro relazioni in particolare il regolamento (CEE) n. 1408/71 (RS 0.831.109.268.1) del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi ed ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, come pure il Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi ed ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.11). Ratione temporis sono applicabili sia l'ALC sia il regolamento n. 1408/71. Infatti, le decisioni sono state emanate nel 2009 e concernono l'affiliazione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per un periodo successivo all'entrata in vigore dell'ALC (cfr. STF C 124/06 del 25 gennaio 2007, STFA I 667/05 del 24 luglio 2006, consid. 6.2; DTF 132 V 48 consid. 3.2.1, DTF 130 V 53 consid. 4.3; Pratique VSI 2004 pag. 209 consid. 3.2 [sentenza del 27 febbraio 2004 H 281/03]; SVR 2004 AHV n. 12 pag. 38 consid. 5 [sentenza del 5 febbraio 2004 H 37/03]; cfr. pure la sentenza della CGCE del 7 febbraio 2002 nella causa C-28/00, Kauer, Racc. 2002, pag. I-1343, punto 45). L'Accordo ed il regolamento n. 1408/71 sono pure applicabili ratione personae. L'assicurato è di nazionalità italiana e pertanto cittadino di uno Stato contraente (art. 1 cpv. 2 Allegato II ALC). Inoltre, in qualità di lavoratore autonomo o subordinato, è stato soggetto alla legislazione italiana e quindi alla legislazione di uno Stato contraente (art. 2 n. 1 in relazione con l'art. 1 lett. a del regolamento n. 1408/71). Con sentenza del 20 febbraio 2004 (H 197/03) concernente una

cittadina germanica che beneficiava in Svizzera di una rendita straordinaria ed è ritornata nel proprio Paese, l' allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha affermato: " (...) Die Verfügung der SAK vom 12. Dezember 2002 wurde nach Inkrafttreten des FZA am 1. Juni 2002 erlassen und beschlägt Rentenleistungen für die Zeit ab 1. Januar 2003. Das Abkommen und die Koordinierungsverordnungen sind somit in zeitlicher Hinsicht anwendbar. Sie gelten für die Beschwerdeführerin ferner auch persönlicher Hinsicht, weil sie Arbeitnehmerin war, für welche die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, und Staatsangehörige eines Mitgliedstaates ist (Art. 2 Abs. 1 Verordnung Nr. 1408/71). (...)." Quanto al necessario nesso transfrontaliero, esso è senz' altro dato (STF C 124/06 del 25 gennaio 2007, consid. 4.3). Ugualmente data è l' applicabilità *ratione materiae*, ritenuto che il regolamento n. 1408/71 si applica a tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale riguardanti: a) le prestazioni di malattia e di maternità; b) le prestazioni d' invalidità, comprese quelle dirette a conservare o migliorare la capacità di guadagno; c) le prestazioni di vecchiaia; d) le prestazioni ai superstiti; e) le prestazioni per infortunio sul lavoro e malattie professionali; f) gli assegni in caso di morte; g) le prestazioni di disoccupazione; h) le prestazioni familiari (art. 4 n. 1; cfr. a tal proposito: DTF 132 V 50 consid. 3.2.3; DTF 131 V 395 consid. 3.2). 5. L'ALC, per quanto concerne le assicurazioni sociali, rinvia al citato regolamento (CEE) n. 1408/71 e meglio ai suoi artt. 13-17bis che contengono le norme relative alla determinazione della legislazione applicabile. Il titolo II del regolamento n. 1408/71 (artt. 13 a 17bis) contiene delle regole atte a determinare la legislazione applicabile. L'art. 13 n. 1 enuncia il principio dell'unicità della legislazione applicabile in funzione delle regole previste dagli artt. 13 n. 2 a 17bis, dichiarando determinanti le disposizioni di un solo Stato membro. Salvo eccezioni, il lavoratore subordinato è soggetto alla legislazione del suo Stato di occupazione salariata, anche se risiede sul territorio di un altro Stato membro o se l'impresa o il datore di lavoro da cui dipende ha la propria sede o il proprio domicilio nel territorio di un altro Stato membro (principio della *lex loci laboris*; art. 13 n. 2 lett. a del regolamento n. 1408/71). Il lavoratore frontaliero sarebbe quindi soggetto, in virtù di questo principio, alla legislazione dello Stato in cui lavora (DTF 132 V 57 consid. 4.1 con riferimento, STFA del 25 gennaio 2007, C 124/06, consid. 5; cfr. anche l'articolo dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS), " Accordo sulla libera circolazione delle persone e sicurezza sociale con particolare riferimento ai rapporti fra Svizzera ed Italia ", in RDAT I-2002, pag. 41 segg.; P. Cadotsch et Marie-Pierre Cardinaux, " Les effets de l'accord sur l'assujettissement et l'obligation de cotiser à l'AVS " in " L'accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE et ses effets à l'égard de la sécurité sociale en Suisse ", Berna 2001, pag. 131 segg.). L' art. 13 del regolamento n. 1408/71 enumera le norme generali: " 1. Le persone per cui è applicabile il presente regolamento sono soggette alla legislazione di un solo Stato membro, fatti salvi gli articoli 14quater e 14septies. Tale legislazione è determinata in base alle disposizioni del presente titolo. 2. Con riserva degli articoli da 14 a 17: a) la persona che esercita un'attività subordinata nel territorio di uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato anche se risiede nel territorio di un altro Stato membro o se l'impresa o il datore di lavoro da cui dipende ha la propria sede o il proprio domicilio nel territorio di un altro Stato membro; b) la persona che esercita un'attività autonoma nel territorio di uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato anche se risiede nel territorio di un altro Stato membro; (...) f) la persona cui cessi d'essere applicabile la legislazione di uno Stato membro senza che ad essa divenga applicabile la legislazione di un altro Stato membro in forza di una delle norme enunciate alle precedenti lettere o di una delle eccezioni o norme specifiche di cui

agli articoli da 14 a 17, è soggetta alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio risiede, in conformità delle disposizioni di questa sola legislazione.". L' ALC prevede dunque il principio dell' assoggettamento alla legislazione di un solo Stato (art. 13 del regolamento n. 1408/71). I cittadini dell' UE che lavorano solo in Svizzera sono soggetti alla legge svizzera (art. 13 del regolamento n. 1408/71), a meno di essere lavoratori distaccati o di far parte di una categoria speciale. I cittadini svizzeri o dell' UE che lavorano solo in uno degli Stati dell' UE non sottostanno alla legislazione svizzera (art. 13 del regolamento n. 1408/71), a meno che siano distaccati. L' art. 14 del regolamento n. 1408/71 concerne delle norme particolari applicabili alle persone, diverse dai marittimi, che esercitano un' attività subordinata. In generale, i cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano un' attività salariata in due o più Stati dell' UE sono assoggettati alla legislazione del loro Stato di residenza se una parte dell' attività vi è esercitata (art. 14 par. 2 punto b lett. i del regolamento n. 1408/71). Se il salariato non lavora nel suo Stato di residenza, è di regola assicurato nello Stato della sede del suo datore di lavoro (art. 14 par. 2 punto b lett. ii del regolamento n. 1408/71). Se lavora per più datori di lavoro che hanno sede in Stati differenti, va assicurato nel suo Stato di residenza (art. 14 par. 2 punto b lett. i del regolamento n. 1408/71). Per quanto concerne gli indipendenti, i cittadini svizzeri o dell' UE che lavorano come indipendenti solo in uno Stato dell' UE non sono assoggettati alla legislazione svizzera (art. 13 par. 2 lett. b regolamento n. 1408/71), a meno che non abbiano lo statuto di lavoratori distaccati. Invece, l' indipendente svizzero o dell' UE che lavora solo in Svizzera, sottostà alle leggi svizzere (art. 13 par. 2 lett. b del regolamento n. 1408/71), a meno di essere distaccato. Di regola, i cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano l' attività indipendente in due o più Stati dell' UE o in Svizzera e nell' UE, sono assicurati nel luogo di residenza se una parte dell' attività vi è esercitata. Se non esercita alcuna attività nel suo Paese di residenza, è assicurato nel paese dove esercita l' attività principale (art. 14bis par. 2 del regolamento n. 1408/71). I cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano simultaneamente un' attività indipendente in Svizzera e un' attività salariata in uno Stato dell' UE, sono di regola assicurati in entrambi gli Stati (eccezione al principio dell' affiliazione in un solo Stato). I cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano simultaneamente un' attività salariata in Svizzera e un' attività indipendente in uno Stato dell' UE sono di regola assoggettati in Svizzera per l' insieme dei redditi acquisiti nei differenti Paesi. Per diversi Stati (tra cui l' Italia) v' è tuttavia un' eccezione. In tale particolare ipotesi, un cittadino svizzero o dell' UE è assoggettato in Svizzera per la sua attività salariata e nell' UE per la sua attività indipendente quando esercita la sua attività indipendente in uno Stato dell' Unione Europea. A questo proposito, l' art. 14quater del regolamento n. 1408/71 ( Norme particolari applicabili alle persone che esercitano simultaneamente un'attività subordinata ed un'attività autonoma nel territorio di vari Stati membri), prevede: " La persona che esercita simultaneamente un'attività subordinata a un'attività autonoma nel territorio di vari Stati membri è soggetta: a) fatta salva la lettera b), alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività subordinata o, qualora eserciti una tale attività nel territorio di due o più Stati membri, alla legislazione determinata conformemente all'articolo 14 punti 2 o 3; b) nei casi menzionati nell'allegato VII: alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività subordinata, essendo questa legislazione determinata conformemente all'articolo 14 punti 2 o 3, qualora essa eserciti siffatta attività nel territorio di due o più Stati membri, e alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività autonoma, essendo questa legislazione determinata conformemente all'articolo 14 bis punti 2, 3 o 4, qualora essa eserciti siffatta

attività nel territorio di due o più Stati membri.". A norma dell' art. 17 del regolamento n. 1408/71: " Due o più Stati membri, le autorità competenti di detti Stati o gli organismi designati da tali autorità possono prevedere di comune accordo, nell'interesse di determinate categorie di persone o di determinate persone, eccezioni alle disposizioni degli articoli da 13 a 16.". In merito alle norme citate, il Messaggio del Consiglio Federale del 23 giugno 1999 concernente l'approvazione degli Accordi bilaterali tra la Svizzera e la CE (FF 1999 4590: [http://www.ti.ch/generale/accordi/documenti/ac\\_messaggio.pdf](http://www.ti.ch/generale/accordi/documenti/ac_messaggio.pdf) ), a pagina 185 prevede quanto segue: " Le persone coperte dal regolamento sono soggette esclusivamente alla legislazione di un solo Stato membro, di regola quella dello Stato in cui lavora (principio dell'assoggettamento contributivo). Per determinati gruppi di persone sono applicabili norme speciali (in parte analoghe a quelle contenute nelle nostre convenzioni di sicurezza sociale). Queste norme concernono i lavoratori dipendenti e autonomi distaccati, le persone attive in diversi Stati, i lavoratori occupati in un'azienda transfrontaliera, i lavoratori dipendenti o autonomi che lavorano contemporaneamente in più Stati membri e il personale delle ambasciate e dei consolati. Una clausola evasiva (art. 17) permette in singoli casi deroghe a favore degli assicurati. Se le norme previste non permettono di stabilire l'assoggettamento di una persona alla legislazione di uno Stato, il regolamento impone a titolo sussidiario il principio del Paese di residenza.". La regola dell' assoggettamento alla legislazione di un solo Stato (art. 13 regolamento n. 1408/71) non si applica ai lavoratori che non sono cittadini dell' UE, dell' AELS o della Svizzera. In effetti, nei casi non regolati dall' ALC, l' affiliazione alla LAMal viene stabilita sulla base delle Convenzioni internazionali sulla sicurezza sociale sottoscritte dalla Svizzera. Se invece non esiste alcuna Convenzione, l' assoggettamento è determinato secondo il diritto svizzero. A questo proposito, in merito ai frontalieri l' art. 3 OAMal recita: " 1 A loro domanda vengono assoggettati all'assicurazione svizzera i frontalieri che esercitano un'attività lucrativa in Svizzera non soggetti all'obbligo d'assicurazione ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera d ed e nonché i loro familiari, purché non esercitino all'estero un'attività lucrativa per cui siano tenuti ad assicurarsi contro le malattie. 2 Sono considerati familiari il coniuge e i figli che non hanno ancora compiuto i 18 anni come pure i figli in formazione che non hanno ancora compiuto i 25 anni.". 6. Di principio, dunque, gli assicurati sono soggetti alla legislazione di un solo Stato membro, di regola quella dello Stato in cui lavorano ( principio dell'assoggettamento contributivo ). Tuttavia, nell' ambito dell' assoggettamento all'assicurazione malattie, per alcuni Paesi vige il diritto di opzione, nel senso che i cittadini di Paesi membri dell'Unione europea residenti in questi Paesi possono scegliere tra l'assicurazione del loro luogo di residenza e l'assicurazione dello Stato in cui lavorano. L'art. 89 del regolamento n. 1408/71 prevede che " le modalità particolari di applicazione delle legislazioni di alcuni Stati membri sono indicate nell'Allegato VI ". L'Allegato II dell'ALC, Sezione A, al punto 1, lett. o, prevede di aggiungere nell'allegato VI del regolamento n. 1408/71 diverse disposizioni, fra cui un testo relativo all'assicurazione obbligatoria nell' ambito dell' assicurazione malattia svizzera e possibilità di esenzione ( <http://www.admin.ch/ch/i/rs/i1/0.142.112.681.it.pdf> , cifra 3 a pag. 46): " o) nell'allegato VI [ <http://www.admin.ch/ch/i/rs/i8/0.831.109.268.1.it.pdf> ] è aggiunto il testo seguente: (...) 3. Assicurazione obbligatoria nell'assicurazione malattia svizzera e possibilità di esenzione. a) Le disposizioni giuridiche svizzere sull'assicurazione malattia obbligatoria si applicano alle seguenti persone che non risiedono in Svizzera: i) le persone soggette alle disposizioni giuridiche svizzere in virtù del titolo II del regolamento; ii) le persone per le quali la Svizzera è lo Stato competente in virtù degli articoli 28, 28bis o 29 del regolamento; iii) le

persone che ricevono indennità di disoccupazione dall'assicurazione svizzera; iv) i familiari delle persone citate ai punti i) e iii) o di un lavoratore autonomo o dipendente che risiede in Svizzera ed è assicurato nel regime assicurativo di quel paese, quando i suoi familiari non risiedono in uno dei seguenti Stati: Danimarca, Spagna, Ungheria, Portogallo, Svezia e Regno Unito; v) i familiari delle persone citate al punto ii) o di un titolare di pensione o di rendita che risiede in Svizzera ed è assicurato dal regime di assicurazione malattia svizzero quando questi familiari non risiedono in uno dei seguenti Stati: Danimarca, Portogallo, Svezia e Regno Unito. Per 'familiari' si intendono quelle persone ritenute familiari in conformità con la legislazione dello Stato di residenza; b) le persone citate alla lettera a) possono, su richiesta, essere esentate dall'assicurazione obbligatoria per tutto il tempo in cui risiedono in uno dei seguenti Stati e dimostrano di beneficiare di una copertura in caso di malattia: Germania, Austria, Francia, Italia e – nei casi di cui alla lettera a), punti iv) e v), Finlandia e, nei casi contemplati alla lettera a), punto ii), Portogallo. La domanda aa) dev'essere presentata entro i tre mesi successivi all'obbligo di assicurarsi in Svizzera; quando in casi giustificati, la richiesta è presentata dopo questo termine, l'esenzione diventa efficace dall'inizio dell'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria; bb) si applicherà a tutti i familiari residenti nello stesso stato.". I lavoratori frontalieri ed i loro familiari residenti in Italia possono dunque optare per il regime assicurativo dello Stato di residenza. In virtù dell'ALC, infatti, i cittadini di Paesi membri dell' UE possono essere esentati dall'assicurazione obbligatoria svizzera, semplicemente optando per il sistema sanitario nazionale o assicurativo del loro Paese di residenza. Questa facoltà è accordata in particolare ai residenti in Francia, Germania, Austria ed Italia. Al riguardo GUYLAINE RIONDEL BESSON, "Le droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'accord sur la libre circulation des personnes: difficultés de mise en oeuvre et conséquences pour les assurés", in: Cahier genevois et romands de sécurité sociale n° 42-2009 pag. 33 seg., ricorda che: " De la combinaison des dispositions précitées, il ressort, qu'en principe, les travailleurs exerçant une activité professionnelle en Suisse, les titulaires d'une pension ou d'une rente suisse ainsi que les membres de leur famille sont obligatoirement assurés auprès du régime suisse de l'assurance maladie. Cette obligation connaît cependant des exceptions. Conformément à la lettre b) du chapitre 3 sous « Suisse » de l'annexe VI du règlement 1408/71, ces personnes peuvent faire usage d'un droit d'option: sur demande de leur part, elles peuvent être exemptées de l'assurance maladie obligatoire en Suisse si elles prouvent qu'elles bénéficient d'une couverture maladie équivalente en France. Cette demande vaut pur l'assuré mais également pour les membres de sa famille non actifs et donc non obligatoirement assurés auprès d'une régime français. En fonction de ce droit d'option, l'assuré peut être couvert soit en Suisse soit en France. Il a le choix entre le régime fédéral d'assurance maladie (LAMal), le régime de base de la sécurité sociale (CMU), l'assurance maladie privée en France (cette dernière possibilité sera toutefois fermée le 1 er juin 2014). Il est important de rappeler, qu'au regard du droit communautaire, les personnes qui résident en France et qui travaillent en Suisse ainsi que celles qui bénéficient d'une rente du régime suisse doivent en principe s'assurer en Suisse (la règle). Pour cette raison, si elles ne le souhaitent pas, elles doivent faire état de leur droit d'option dans un délai de trois mois qui commence à courir à partir de l'obligation d'assurance (l'exception). Passé ce délai, elles devront obligatoirement entrer dans le régime suisse d'assurance maladie. Ce délai de trois mois doit s'exercer à partir du jour où les personnes sont soumises au régime obligatoire d'assurance maladie suisse (1 er jour de travail pour les frontaliers, 1 er jour de versement de la rente pour les frontaliers rentiers, 1 er jour d'installation en France pour les résidents en

Suisse, au bénéficiaire d'une rente suisse qui viennent s'installer et vivre en France)". Questa regola è comunque applicabile soltanto se questi frontalieri lavorano esclusivamente in Svizzera. Se, per esempio, essi lavorano sia in Svizzera sia in uno degli Stati UE che prevedono questa opzione, questi cittadini sono invece tenuti ad assicurarsi nel loro Paese di residenza (cfr. "Accordo sulla libera circolazione delle persone e sicurezza sociale con particolare riferimento ai rapporti fra Svizzera ed Italia", in RDAT I-2002, in particolare pag. 29 e seg.). La decisione di aderire alla copertura assicurativa del servizio sanitario nazionale deve essere formulata entro tre mesi a contare dall'inizio dell'assoggettamento al diritto svizzero (principio dell' "opting out", cfr. "Accordo sulla libera circolazione delle persone e sicurezza sociale con particolare riferimento ai rapporti fra Svizzera ed Italia", in RDAT I-2002, pag. 30. La domanda di aderire (o rimanere) al sistema sanitario dello Stato di residenza esplica effetti anche per i familiari residenti in quello stesso Stato. La Svizzera ha recepito questo motivo di esonero nel diritto nazionale. A norma dell' art. 2 cpv. 6 OAMal, infatti, a domanda, sono esentate dall' obbligo d' assicurazione le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all' Accordo sulla libera circolazione delle persone ed al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza e che durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera. 7. Va ancora rammentato che per l'art. 6 cpv. 1 LAMal, i Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione. A norma dell'art. 6 cpv. 2 LAMal, l'autorità designata dal Cantone affilia ad un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente. L'art. 6a cpv. 1 LAMal prevede che i Cantoni informano circa l'obbligo di assicurazione le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi in virtù di un'attività lucrativa esercitata in Svizzera (lett. a), le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione (lett. b), le persone tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una rendita svizzera e che trasferiscono la loro residenza in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia (lett. c). Per l'art. 6a cpv. 2 LAMal, l'informazione secondo il capoverso 1 vale automaticamente per i familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia. Giusta l'art. 6a cpv. 3 LAMal, l'autorità designata dal Cantone assegna ad un assicuratore le persone che non hanno assolto tempestivamente l'obbligo di assicurazione. Decide inoltre delle domande di esenzione dall'obbligo di assicurazione. È fatto salvo l'articolo 18 capoverso 2bis e 2ter (relativo all'istituzione comune LAMal). L'art. 6a cpv. 4 LAMal prevede che gli assicuratori comunicano all'autorità cantonale competente i dati necessari per il controllo dell'osservanza dell'obbligo di assicurazione. Per l'art. 10 cpv. 1 OAMal, i Cantoni informano periodicamente la popolazione circa l'obbligo d'assicurazione. Provvedono segnatamente affinché le persone provenienti dall'estero e i genitori di neonati siano informati tempestivamente. A norma dell'art. 10 cpv. 1bis OAMal, le informazioni sull'obbligo d'assicurazione destinate ai detentori di un permesso di dimora di corta durata, di un permesso di dimora o di un permesso di domicilio valgono parimenti per i loro familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia. L'art. 10 cpv. 2 OAMal prevede che l'autorità cantonale competente decide delle domande di cui all'articolo 2 capoversi 3-5 e all'articolo 6 capoverso 3. 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'articolo 6a capoverso 1 lettere b e c della legge (art. 10 cpv. 3 OAMal). Per il cpv. 4 delle Disposizioni finali della modificazione del 22 maggio 2002 dell'OAMal i Cantoni, in collaborazione con l'UFAS e con i datori di lavoro competenti, informano i frontalieri che risiedono in uno Stato membro delle Comunità europea in merito all'obbligo d'assicurazione al più tardi tre mesi dopo l'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone. Queste informazioni valgono parimenti per i familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea. 8. Nel caso di specie l'insorgente, cittadino di un Paese membro dell'Unione Europea, domiciliato in Italia ed esercitante un'attività lucrativa in Svizzera, in virtù dell'ALC e del regolamento n. 1408/71 è, di principio, assicurato in Svizzera contro le malattie (art. 13 par. 2 punto a del regolamento n. 1408/71: principio della lex loci laboris e cifra 3 lett. a punto i dell'Allegato II dell'ALC rispettivamente dell'Allegato VI del regolamento n. 1408/71). Tuttavia, in conformità delle norme citate, in particolare dell'Allegato II all'ALC e dell'Allegato VI al regolamento n. 1408/71 al capitolo riguardante la Svizzera, cifra 3 lett. b, quale cittadina di un Paese membro dell'Unione Europea residente in uno dei Paesi confinanti con la Svizzera (in Italia) ed esercitante un'attività lucrativa in Svizzera, beneficiando dello statuto di frontaliere il ricorrente ha il diritto di optare per il sistema sanitario italiano. La domanda di esenzione, conformemente alla summenzionata cifra 3 lett. b/aa, deve essere presentata entro i tre mesi successivi all'obbligo di assicurarsi in Svizzera. Unica eccezione prevista dai due citati Allegati è la presenza di " casi giustificati ". 9. In concreto, l'assicurato esercita un'attività lucrativa in Svizzera dal 1985 ed è al beneficio di un permesso di lavoro G CE/AELS. In generale, per i frontalieri già attivi in Svizzera antecedentemente l'entrata in vigore dell'ALC, il termine di 3 mesi per fare valere il diritto di opzione decorreva dal 1° giugno 2002. Per quanto attiene al ricorrente, questo termine è quindi scaduto infruttuoso. Infatti, dall'entrata in vigore degli Accordi e del relativo regolamento n. 1408/71, l'assicurato non ha validamente esercitato il diritto d'opzione a favore del sistema assicurativo nazionale italiano. Di principio, quindi, il ricorrente ed i membri della sua famiglia che non esercitano un'attività lucrativa sono automaticamente assicurati obbligatoriamente all'assicurazione malattia svizzera. Eppure, come il ricorrente, molti altri frontalieri residenti in Italia ed attivi professionalmente nel Cantone Ticino non hanno (mai) optato espressamente per il loro assicuratore sociale nazionale successivamente all'entrata in vigore dell'ALC. Il 12 febbraio 2008 l'UAM ha quindi segnalato all'Ufficio federale della sanità pubblica questa circostanza, quantificando in 12'208 i lavoratori beneficiari del permesso G per frontalieri – esclusi i familiari - che tra il 2002 ed il 2007 non hanno rispedito l'apposito modulo TI 1 relativo al diritto d'opzione per il sistema assicurativo nazionale che lo stesso Ufficio assicurazione malattia, al momento in cui hanno ottenuto il permesso G, ha trasmesso ad ognuno di loro unitamente ad una lettera che spiegava il principio dell'assoggettamento al diritto svizzero, ad una tavola sinottica e ad una busta recante l'indirizzo del destinatario. Con risposta del 13 marzo 2008 l'Ufficio federale della sanità pubblica ha riconosciuto che la procedura adottata dall'ALC è difficile da concretizzare. Inoltre, i frontalieri italiani fanno fatica a capire il sistema assicurativo svizzero, dato che non hanno l'abitudine di intraprendere passi amministrativi particolari per affiliarsi all'assicurazione malattia, poiché assicurati automaticamente in Italia. Pertanto, l'UFSP non ha ritenuto opportuno affiliare d'ufficio con effetto retroattivo le persone che non hanno fornito all'amministrazione cantonale le necessarie informazioni. L'amministrazione federale ha sottolineato l'importanza per tutti i frontalieri e le loro famiglie di una copertura assicurativa in caso di malattia, in Svizzera o in Italia, e per evitare gli

effetti (decisamente sfavorevoli) ex tunc di tale affiliazione ha aderito alle richieste ticinesi, considerando pure che l' affiliazione d' ufficio di così tante persone avrebbe comportato un lavoro enorme per il Canton Ticino e gli assicuratori, oltre che ad una difficoltà di messa in pratica dell' affiliazione stessa, con rischi per l'incasso dei premi dell' assicurazione malattia svizzera. L' UFSP ha quindi fornito all' UAM indicazioni su come evadere i problemi connessi all' affiliazione tardiva segnalata. A questo proposito, il

#### **E. 24**

aprile 2008 l' amministrazione federale ha affermato tra l' altro che: " Comme vous le relevez à juste titre, la fixation d'un délai extraordinaire pour l'exercice du droit d'option dans des cas justifiés correspond à la solution prévue par l'annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes (section A, art. 3, let. b, p. aa). Dans le cas d'espèce, la prolongation du délai de trois mois se justifie du fait que les personnes qui étaient assurées en Italie n'ont vraisemblablement pas compris l'importance de remplir correctement le formulaire relatif au droit d'option. Conformément à la disposition susmentionnée, l'exemption déploie ses effets dès le début de l'assujettissement à l'assurance obligatoire, c'est-à-dire avec effet rétroactif, donc ex tunc (et non ex nunc, comme vous l'indiquez dans votre lettre du 2 avril 2008)". Sulla scorta delle indicazioni ricevute, il 29 aprile 2008 l' Ufficio assicurazione malattia ha quindi allestito una lettera personale per ogni lavoratore frontaliero che non aveva esercitato il diritto d' opzione, una lettera d' informazione destinata a tutti i datori di lavoro del Canton Ticino ed un comunicato stampa da parte del Consiglio di Stato del Cantone Ticino, che sono stati sottoposti alle autorità federali. Il 7 maggio 2008 l' Ufficio federale delle assicurazioni sociali rispettivamente il 8 maggio 2008 l' UFSP, hanno dato il loro benestare per questa procedura in sanatoria. Questi scambi epistolari sono stati innanzitutto concretizzati il 3 giugno 2008, quando il Consiglio di Stato ha comunicato a mezzo di un bollettino stampa informativo che siccome un gran numero di frontalieri non aveva a suo tempo, ossia nei tre mesi dall' ottenimento del permesso G, esercitato il diritto d' opzione per il proprio sistema sanitario nazionale o comunicato la copertura in virtù del sistema sanitario nazionale, onde evitare il loro assoggettamento obbligatorio al sistema assicurativo svizzero, ha ritenuto legittimo concedere un periodo supplementare di tre mesi, di carattere unico e straordinario, per l'eventuale esercizio del diritto d' opzione. Il Consiglio di Stato ha fissato al 30 settembre 2008 il termine ultimo per esercitare questo diritto in via di sanatoria. Il 12 giugno 2008 l' Ufficio assicurazione malattia ha inviato alla ricorrente – e ad altri 12 ' 630 lavoratori frontalieri toccati da questa procedura in sanatoria – una lettera di spiegazioni riguardante l' assoggettamento obbligatorio all'assicurazione svizzera contro le malattie in virtù degli Accordi bilaterali. Questo scritto avvisava poi ogni interessato della possibilità, entro il 30 settembre 2008 (termine supplementare di tre mesi, unico e straordinario), per eventualmente compilare l' allegato modulo TI 1 e ritornarlo al medesimo Ufficio a mezzo della busta allegata, già indirizzata. La lettera specificava inoltre, in calce, che " se ciò non dovesse avvenire, lei sarà obbligato ad assicurarsi in Svizzera, e con lei ogni suo familiare che non esercita attività lavorativa. Rammentiamo inoltre che di principio non sarà più possibile concedere, in futuro, proroghe di questa natura. ". 10. Va ancora rammentato che su questo aspetto un consigliere nazionale ha inoltrato un'interpellanza (n. 09.3596), chiedendo al Consiglio federale di prendere posizione sull'obbligo, in particolare per i frontalieri italiani, di farsi parte attiva per optare a favore del loro sistema assicurativo al quale, di principio, sono già assicurati (doc. XV). L'Esecutivo, dopo avere esposto brevemente le norme applicabili al caso concreto, ha affermato che spetta ai Cantoni verificare se i frontalieri che intendono

chiedere l'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera dispongono di un'altra protezione assicurativa sufficiente ed ha rilevato che il termine di tre mesi per la presentazione della domanda è applicato in modo elastico nella maggior parte dei Cantoni. Il Consiglio federale ha inoltre evidenziato che le esperienze dei Cantoni hanno mostrato che sono soprattutto i frontalieri residenti in Italia ad avere difficoltà con questa procedura e che sono attualmente in corso trattative per adeguare l'allegato II dell'ALC che disciplina i sistemi di sicurezza sociale. L'intenzione è quella di conservare il diritto di opzione in quanto tale, ma per agevolare l'attuazione, la Svizzera concorderà speciali modalità esecutive con singoli Stati. In quest'ambito l'Esecutivo federale sta verificando la possibilità di negoziare una procedura speciale per i frontalieri italiani che vada maggiormente incontro alle esigenze degli interessati. Occorre qui comunque evidenziare che questo Tribunale deve applicare le norme attualmente in vigore e non può anticipare eventuali cambiamenti, che del resto non sono neppure ancora stati discussi a livello parlamentare (cfr., in tal senso, DTF 133 V 201).

11. Dalla documentazione agli atti emerge inoltre che l'insorgente non ha esercitato il diritto d'opzione per il sistema sanitario del Paese di residenza neppure nell'ambito della procedura in sanatoria del giugno-settembre 2008 attuata dall'Ufficio assicurazione malattia, ovvero entro il 30 settembre 2008. La conseguenza è stata, come anticipato nello scritto del 12 giugno 2008 inviato al ricorrente ed a tutti i frontalieri che non avevano ancora optato per il loro sistema sanitario, l'emanazione della decisione di affiliazione d'ufficio dell'assicurata ad una cassa malati svizzera da parte dell'Ufficio assicurazione malattia, in concreto emessa il 3 febbraio 2009 (doc. I). L'assicurato sostiene però di avere esercitato tempestivamente questo diritto, avendo compilato il 1° luglio 2008 e spedito già il 14 luglio successivo il modulo TI 1 all'Ufficio assicurazione malattia tramite la sua datrice di lavoro, insieme a tanti altri formulari relativi ad altri dipendenti della stessa ditta, i quali hanno optato per rimanere affiliati al sistema assicurativo italiano. L'autorità competente, per contro, nega di averlo ricevuto nell'estate 2008, mentre ne ha ricevuto un altro il 13 gennaio 2009, tuttavia compilato il 9 gennaio precedente.

12. Alla luce di queste considerazioni, occorre dunque accertare se effettivamente il ricorrente rispettivamente la sua datrice di lavoro abbiano spedito questo modulo nel luglio 2008 all'allora Ufficio assicurazione malattia.

13. Giova preliminarmente infatti rammentare che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio. Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente ed il giudice delegato ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. Alla fattispecie in discussione è applicabile la LPTCA, che prevede la massima dell'ufficialità, il principio inquisitorio e quello dell'applicazione d'ufficio del diritto (in questo senso: Marco Borghi e Guido Corti, Compendio di procedura amministrativa ticinese, edito dalla CFPG, Lugano, ad art. 18 pag. 89 e segg.; cfr. inoltre STFA U 94/01 del 5 settembre 2001; STFA I 83/01 del 31 maggio 2001; STFA U 429/00 del 13 marzo 2001; Untersuchungsgrundsatz, SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; AHI Praxis 1994 pag. 212; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). È dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale,

in: Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; Kurmann ,  
Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz, in: Luzerner  
Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo  
comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di  
apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate  
dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover  
sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid.  
5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92;  
DTF 115 V 113; Beati in: Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali, Lugano 1993,  
pag. 1 seg). Su questi aspetti, si veda in particolare: Duc , Les assurances sociales en Suisse,  
Losanna 1995, pagg. 827-828 e Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna  
1997, pagg. 339-341, laddove quest'ultimo rileva che "besondere Bedeutung hat die  
Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person  
gar nicht (weiter) erstellt werden kann". L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti,  
correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il  
principio secondo cui l' onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo  
diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova (DTF 122 I 100 consid. 3b).  
L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo  
diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. Con sentenza del 18  
settembre 2001 (K 202/00, consid. 3b), il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha  
affermato : " (...) Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter,  
dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par  
la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les  
conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid.  
4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a à propos de l'art. 274d al. 3 CO). Car si le principe  
inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de  
la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en  
supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un  
fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344,  
p. 418 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe  
selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré  
(RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b; DTA 1998 n° 48, p. 284). (...)." In senso  
analogo, Borghi/Corti , op. cit. pag. 90. 14. Per quanto attiene la notifica delle decisioni e  
l'inoltro di atti ed istanze nei confronti dei quali il ricorrente ha espresso delle lamentele, va  
evidenziato che i Tribunali, ed in particolare l' allora Tribunale Federale delle  
Assicurazioni, hanno sviluppato nel corso degli anni un'abbondante giurisprudenza.  
Occorre anzitutto rilevare come l'onere della prova dell'avvenuta notifica di una decisione  
giudiziaria incombe all'autorità amministrativa (DTF 115 V 113 con riferimenti). Qualora la  
notifica o la relativa data sono contestate, in caso di dubbio fa stato la versione fornita dal  
destinatario (DTF 103 V 66 consid. 2a). L'andamento organizzativo di una spedizione da  
parte dell' autorità amministrativa non è sufficiente per provare la notifica di una decisione,  
in particolare quando si tratta di un invio per posta A (RCC 1992 pag. 395 consid. 3c).  
Questa prova può essere tuttavia portata per il tramite di indizi (per esempio:  
corrispondenza con l'autorità amministrativa, RCC 1984 pag. 123 consid. 1b), tenuto conto  
che, secondo la giurisprudenza del TFA, è sufficiente che la prova sia stata fornita secondo  
il principio della verosimiglianza preponderante (DTF 121 V 6 dove si trattava di un  
termine per salvaguardare la perenzione dei contributi AVS ex art. 16 cpv. 1 LAVS; Kieser

, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, N 364, pag. 166). In una sentenza del 22 febbraio 1993 pubblicata in DTF 119 V 7, il Tribunale federale delle assicurazioni sociali aveva invero avuto modo di stabilire che la tempestività dell'esercizio di un rimedio di diritto deve essere determinata con certezza (ad esempio fornendo la prova dell'invio mediante raccomandata) e che in simili casi, la regola della verosimiglianza preponderante, usuale nel diritto delle assicurazioni sociali, non è applicabile. In una successiva sentenza del 28 febbraio 1995 pubblicata in DTF 121 V 5 e AJP 1995 pag. 1090-1091, la nostra Massima Istanza ha precisato che la giurisprudenza citata (DTF 119 V 7) si applica solamente per valutare la tempestività di atti processuali, ma non invece nell'ambito dell'amministrazione di massa (ad esempio: l'emanazione di decisioni in materia di contributi) dove è applicabile l'abituale criterio della probabilità preponderante. Va comunque osservato che, anche in questa seconda occasione, in assenza di un invio raccomandato, il TFA, pur applicando il criterio della probabilità preponderante, ha ritenuto non avvenuta la notifica della decisione alla data indicata dall'amministrazione (per una critica della giurisprudenza federale, anche con riferimento al DTF 120 V 37, cfr. U. Kieser in: AJP 1995 pag. 1091-1092). A questo proposito va rilevato che in una sentenza del 26 settembre 1994 nella causa E.K. AG, il Tribunale federale delle assicurazioni ha riconfermato che colui che è in grado di comprovare l'avvenuta spedizione (ad esempio mediante una ricevuta postale), beneficia della presunzione che in quell'invio sono contenuti i documenti rilevanti ai fini dei diritti che si vogliono fare valere. In tale ipotesi, se l'amministrazione ritiene che in quell'invio figuravano altri documenti sta a lei fornire la prova delle proprie affermazioni. Nella sentenza del 14 dicembre 1999 pubblicata in DLA 2000 pag. 118 segg., l'Alta Corte ha rilevato che l'autorità sopporta le conseguenze della mancanza di prove (o della mancanza della probabilità preponderante) nel senso che, se la notifica o la rispettiva data sono contestate e se esistono effettivamente dubbi a tale proposito, occorre basarsi sulle dichiarazioni del destinatario dell'invio. La spedizione con la posta normale non consente in generale di stabilire se la comunicazione sia pervenuta al destinatario; la semplice presenza nel fascicolo della copia dell'invio non è sufficiente per dimostrare che tale lettera sia stata effettivamente spedita e ricevuta. Tuttavia, la prova della notifica di un atto può risultare da altri indizi o dall'assieme delle circostanze (DTF 101 Ia 8 consid. 1; STFA B 109/05 del 27 gennaio 2006, consid. 2.4), quali la mancata protesta da parte di una persona che riceve richiami (DTF 105 III 46 consid. 3; citata STFA B 109/05; STCA del 22 luglio 2005, inc. 36.2005.3 e 4). 15. Nel caso concreto, l'assicurato rileva di avere inoltrato tempestivamente, ossia il 14 luglio 2008, il suo modulo TI 1 all'Ufficio assicurazione malattia per l'esercizio del diritto d'opzione del sistema sanitario. Più precisamente, la sua datrice di lavoro si è occupata di questo invio, spedendo il formulario dell'insorgente insieme ai formulari di altri suoi dipendenti, giunti, essi, all'UAM. Per sua stessa (implicita) ammissione, essa ha però spedito questo formulario per posta semplice, quindi per posta A o B e non per raccomandata. La questione del preteso invio tempestivo all'UAM, da parte del ricorrente, del modulo TI 1, va risolta alla luce della consolidata giurisprudenza sviluppata da questo Tribunale (prima fra tutte: STCA del 17 ottobre 2005, inc. 36.2005.86; fra le ultime: STCA del 21 luglio 2008, inc. 36.2008.49+53+54; STCA del 5 agosto 2009, inc. 36.2009.106; STCA del 19 ottobre 2009, inc. 36.2009.141; STCA del 9 novembre 2009, inc. 36.2009.171; STCA del 23 novembre 2009, 36.2009.77; STCA del 23 novembre 2009, 36.2009.81; STCA del 25 novembre 2009, 36.2009.71; STCA del 30 novembre 2009, 36.2009.23, STCA del 2 dicembre 2009, 36.2009.26; STCA del 14 dicembre 2009, 36.2009.28). Pertanto, chi inoltra un'istanza od un ricorso all'autorità

amministrativa o giudiziaria, e quando l'atto sia dichiarato non pervenuto, deve dimostrarne l'avvenuto invio sia mediante la produzione della ricevuta della raccomandata, sia con la produzione di corrispondenza con l'Ufficio destinatario dell'invio relativa all'oggetto dell'istanza stessa, che attesti quindi che l'amministrazione ha ricevuto una precedente comunicazione da parte dell'assicurato. In questo contesto, la prova del tempestivo inoltro della domanda tocca all'assicurato medesimo ed in caso di mancata prova le conseguenze vengono sopportate dallo stesso, e meglio come alla giurisprudenza esposta ai punti precedenti.

16. Nella fattispecie, per comprovare l'avvenuto invio all'autorità cantonale, il ricorrente ha affermato quanto segue (doc. I punto 3.2 pagg. 3 e 4): "Nella fattispecie, un attento esame dell'insieme delle circostanze non può che condurre a ritenere come data la prova dell'avvenuta trasmissione all'IAS, da parte della datrice di lavoro \_\_\_\_\_, del formulario doc. F con il quale il ricorrente ha esercitato il proprio diritto d'opzione in favore dell'assicurazione malattia nel suo Paese d'origine. La presenza nell'incarto di una copia del formulario (doc. F) e della lettera accompagnatoria doc. H, che presa come tale non basterebbe a comprovarne l'invio, assurge a prova tenuto conto del mittente della stessa, ovvero la ditta \_\_\_\_\_. In effetti, \_\_\_\_\_ è un'affermata impresa fondata nel lontano 1958, leader mondiale nel proprio settore (), con rappresentanze in tutto il mondo (cfr. [www.\\_\\_\\_\\_\\_.ch](http://www._____.ch) e [www.\\_\\_\\_\\_\\_.com](http://www._____.com)) che ha addirittura ottenuto le severe certificazioni ISO 9001 e ISO 14001 (cfr. doc. M e N). In seno a \_\_\_\_\_ vigono quindi severe norme di qualità, che si riflettono non solo nella produzione, ma pure nella gestione e, meglio, nell'amministrazione dell'azienda. Considerato quanto precede, vi è la certezza quasi matematica che quando in un dossier di \_\_\_\_\_ figurano copie di lettere e documenti inviati, questi sono stati effettivamente spediti, come avvenuto per il formulario doc. F. Ciò a maggior ragione se si considera l'importanza data dalla datrice di lavoro del qui ricorrente alla questione dell'affiliazione all'assicurazione malattia (...)." Ora, senza intenzione alcuna di mettere in dubbio la serietà – non solo professionale - della ditta datrice di lavoro del ricorrente, occorre comunque rilevare che, dal profilo giuridico, quanto evidenziato dall'assicurato non è tuttavia sufficiente a comprovare che egli – o chi per esso - abbia effettivamente spedito il formulario TI 1 il 14 luglio 2008. In effetti, dagli atti a disposizione non vi sono né ricevute postali della spedizione per raccomandata, né specifica corrispondenza con l'amministrazione che indichi che le parti già avevano avuto dei contatti riguardo alla questione dell'affiliazione alla cassa malati svizzera e che quindi ciò lasci presumere che l'assicurato era intenzionato a spedire il modulo TI 1 con l'opzione per l'Italia. Si può infatti unicamente evocare che dalla documentazione agli atti risulta che il 16 febbraio 2009, quindi successivamente alla ricezione della decisione formale di affiliazione d'ufficio del 3 febbraio 2009, la datrice di lavoro ha telefonato alla competente autorità cantonale, dicendo che l'originale del modulo TI 1 concernente il ricorrente era archiviato in ditta, firmato dall'interessato il 1° luglio 2008 (doc. 2). Un altro contatto è avvenuto con l'Ufficio assicurazione malattia il 24 febbraio 2009. Sul reclamo del 19 febbraio 2009 (doc. 3) un funzionario dell'UAM ha scritto che "24.2.09 Ha tel. datore x info, spiegato che la decisione verrà emessa nelle pross. settimane.". Questi contatti non sono tuttavia d'aiuto all'insorgente, essendo avvenuti dopo la ricezione della decisione d'affiliazione d'ufficio e quindi non provano che vi fosse una reale intenzione da parte dell'interessato di dare seguito alla procedura di sanatoria spedendo effettivamente questo formulario all'autorità competente. Il fatto di possedere la copia del formulario inviato non consente comunque ancora di dimostrare, come noto, che tale documento sia stato effettivamente spedito e ricevuto dall'UAM. Inoltre, un possibile errore d'

impostazione da parte dell'assicurato, di consegna della Posta od altro, non possono essere fatti ricadere sull'amministrazione. Va ribadito che, contrariamente a quanto affermato dal ricorrente, spetta al mittente dell'invio, se per posta semplice come in specie, comprovarne l'avvenuta spedizione e non al destinatario di comprovare di non averlo ricevuto (doc. I punto 1 pag. 3). Occorre inoltre evidenziare che il formulario TI 1 che il ricorrente sostiene di avere spedito all'UAM il 14 luglio 2008, datato 1° luglio 2008, non è quello che l'amministrazione ha spedito a tutti i frontalieri soggetti alla procedura di sanatoria del giugno 2008. Si tratta, invece, come ha ben rilevato l'autorità cantonale, ed a non averne dubbio, di un vecchio esemplare di formulario TI 1 in cui fanno difetto diverse indicazioni e che l'interessato ha reperito autonomamente altrove. Comunque, ciò non significa che l'esercizio del diritto d'opzione mediante un altro formulario rispetto a quello inviato dall'ufficio dall'amministrazione non sia valido, ma unicamente che questa circostanza fa nascere qualche dubbio sull'effettivo invio, il 14 luglio 2008, del modulo TI 1.

Significativa, al riguardo, è anche la circostanza che il 13 gennaio 2009 è giunto all'Ufficio assicurazione malattia un formulario TI 1, firmato il 9 gennaio 2009 e spedito per posta B in pari data con busta personalizzata della datrice di lavoro del ricorrente. Questo modulo, più recente del precedente, corrisponde integralmente a quello utilizzato dall'autorità cantonale nella procedura di sanatoria, se non che in calce allo stesso non figura la scritta " Il presente modulo è da ritornare obbligatoriamente entro 3 mesi al seguente indirizzo " e nemmeno la piccola dicitura in verticale in basso a destra " san 06/2008 ". L'insorgente non ha spiegato il motivo per cui ha (ri)inviato questo (secondo) modulo all'UAM. Determinante è ritenere che se, come egli sostiene, aveva già optato per il sistema sanitario italiano il 1° luglio 2008 rispettivamente il 14 luglio 2008, non v'era più necessità alcuna di rioptare una seconda volta nel gennaio 2009, non essendovi (apparentemente) stata un'interruzione lavorativa in Svizzera. D'altronde, a quel momento l'assicurato non aveva ancora ricevuto la decisione di affiliazione d'ufficio del 3 febbraio 2009, quindi non poteva immaginare che il suo (primo) modulo TI 1 non fosse giunto a buon fine, ovvero che fosse stato ricevuto dall'autorità cantonale, già nell'estate 2008. Alla luce di ciò, appare sostenibile concludere che nel plico degli invii del 14 luglio 2008 effettuato dalla datrice di lavoro dell'insorgente non vi fosse anche il formulario TI 1 di quest'ultimo e che quindi con l'invio di un altro (secondo) formulario TI 1 ad inizio 2009 egli abbia in realtà voluto ovviare alla sua precedente dimenticanza. In queste circostanze, in mancanza di prove concrete attestanti l'invio del modulo TI 1 all'amministrazione nell'ambito della procedura in sanatoria - la spedizione mediante posta semplice non permette, occorre ribadirlo, di ammettere con la necessaria certezza l'avvenuto invio del formulario TI 1 il 14 luglio 2008, vista l'assenza della ricevuta postale della spedizione per raccomandata o di specifica corrispondenza relativa alla documentazione in discussione -, non si può desumere il rispetto dei termini per l'inoltro del modulo e quindi l'interessato deve sopportare le conseguenze delle sue omissioni. Pertanto, questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni non deve ritenere come validamente trasmessi all'autorità competente né il formulario TI 1 con l'opzione per l'Italia che il ricorrente ha compilato il 1° luglio 2008, né quello del 9 gennaio 2009, tardivo. Ne discende che l'esercizio del diritto d'opzione da parte del ricorrente non è avvenuto entro il termine legale di tre mesi e che quindi tale situazione non può esonerarlo dall'obbligo di essere affiliato alla cassa malati svizzera fintanto che lavora in Svizzera. Neppure le dichiarazioni di volontà di rimanere affiliato al sistema sanitario italiano espresse con il reclamo ed il ricorso possono soccorrerlo, poiché anch'esse sono manifestamente tardive. 17. Non va inoltre dimenticato che la possibilità di optare per

l'assicurazione del proprio Paese di residenza è un'eccezione al principio generale dell'affiliazione al luogo di lavoro prevista dal diritto comunitario, concessa dalla Svizzera in particolare ai Paesi confinanti, tra cui l'Italia, membro fondatore dell'UE ed i cui cittadini devono pertanto essere a conoscenza dei principi generali che reggono il diritto comunitario. Del resto la facoltà di opzione, che non è prevista in senso contrario - ovvero per gli svizzeri che si recano a lavorare in Italia o in un altro Paese confinante -, se esercitata permette ai lavoratori frontalieri di non dover pagare dei premi notoriamente elevati che invece i residenti su suolo elvetico, che sono di principio tenuti ad affiliarsi in Svizzera (assieme a tutta la famiglia), devono accollarsi senza alcuna possibilità di assicurarsi altrove. Ciò avrebbe dovuto imporre all'insorgente una maggiore attenzione. 18. L'insorgente solleva anche la tutela della sua buona fede. Egli afferma che tanto la sua datrice di lavoro quanto egli stesso potevano fare affidamento sul fatto che, qualora l'UAM non avesse ricevuto il formulario firmato dal ricorrente, l'amministrazione avrebbe contattato \_\_\_\_\_ per segnalare la questione, visto che l'autorità cantonale dispone(va) di tutti i nominativi dei dipendenti frontalieri attivi presso la ditta e che quindi, in applicazione del predetto principio, avrebbe potuto e dovuto avvertirla che uno dei suoi collaboratori non aveva ancora optato. Va rilevato che il principio generale della buona fede, sancito dall'art. 9 Cost. fed., permette al cittadino di esigere che l'autorità rispetti le proprie promesse e che essa eviti di contraddirsi. Così, un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a consentire ad un assicurato un vantaggio contrario alla legge. Tuttavia, secondo la giurisprudenza, di regola un'informazione erronea è vincolante quando l'autorità, intervenendo in una situazione concreta nei confronti di persone determinate, era competente a rilasciarla, il cittadino non poteva riconoscerne l'inesattezza e, sempre che l'ordinamento legale non sia mutato nel frattempo, fidandosi dell'informazione ricevuta egli abbia preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio (DTF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMI 2000 KV 126 pag. 223, KV 133 pag. 291 consid. 2a; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost. fed., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 121 V 66 consid. 2a e sentenze ivi citate). In concreto, il ricorrente non evidenzia di aver ricevuto informazioni errate ma, anzi, di non averne ricevute, nel senso che, a suo dire, l'UAM avrebbe dovuto avvertirlo rispettivamente avvertire la sua datrice di lavoro che non tutti i suoi dipendenti frontalieri avevano optato entro il termine del 30 settembre 2008. Ora, a prescindere dal fatto che questa incombenza non può manifestamente essere attribuita all'autorità cantonale come erroneamente ritiene il ricorrente, visto che spetta ai frontalieri medesimi attivarsi ed esercitare il loro diritto d'opzione verso uno o l'altro sistema assicurativo nazionale, va ulteriormente evidenziato che comunque manca già di primo acchito un presupposto per potere tutelare la sua buona fede, non avendo infatti l'amministrazione fornito alcuna errata informazione agli interessati. In questo senso, la lamentela esposta va pertanto respinta. 19. L'assicurato ha sollevato infine l'esistenza di un formalismo eccessivo quale componente del diniego di giustizia, vietato dall'art. 29 cpv. 1 Cost. fed. (doc. I punto 5 pag. 5). Va qui rammentato che gli art. 9 e 29 Cost. fed. prevedono che ognuno ha diritto d'essere trattato senza arbitrio e secondo il principio della buona fede da parte degli organi dello Stato e che in procedimenti dinanzi ad autorità giudiziarie o amministrative, ognuno ha diritto alla parità ed equità di trattamento, nonché ad essere giudicato entro un termine ragionevole. In DTF 127 I 131, il TF ha rammentato che “ Das aus Art. 29 Abs. 1 BV (früher aus Art. 4 aBV) fließende Verbot des überspitzten Formalismus wendet sich gegen prozessuale Formenstrenge, die als exzessiv erscheint, durch kein schutzwürdiges Interesse

gerechtfertigt ist, zum blossen Selbstzweck wird und die Verwirklichung des materiellen Rechts in unhaltbarer Weise erschwert oder gar verhindert. Das Bundesgericht prüft frei, ob eine solche Rechtsverweigerung vorliegt (BGE 125 I 166 E. 3a S. 170 mit Hinweisen) .“. Il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha ancora rilevato, in DTF 130 V 177, che „ Überspitzter Formalismus ist eine besondere Form der Rechtsverweigerung. Eine solche liegt vor, wenn für ein Verfahren rigorose Formvorschriften aufgestellt werden, ohne dass die Strenge sachlich gerechtfertigt wäre, wenn die Behörde formelle Vorschriften mit übertriebener Schärfe handhabt oder an Rechtsschriften überspannte Anforderungen stellt und den Bürgern und Bürgerinnen den Rechtsweg in unzulässiger Weise versperrt (BGE 120 V 417 Erw. 4b). Wohl sind im Rechtsgang prozessuale Formen unerlässlich, um die ordnungsgemässe und rechtsgleiche Abwicklung des Verfahrens sowie die Durchsetzung des materiellen Rechts zu gewährleisten. Nicht jede prozessuale Formstrenge steht demnach mit Art. 29 Abs. 1 BV im Widerspruch. Überspitzter Formalismus ist nur gegeben, wenn die strikte Anwendung der Formvorschriften durch keine schutzwürdigen Interessen gerechtfertigt ist, zum blossen Selbstzweck wird und die Verwirklichung des materiellen Rechts in unhaltbarer Weise erschwert oder verhindert (BGE 128 II 142 Erw. 2a, 127 I 34 Erw. 2a/bb; zu Art. 4 Abs. 1 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 125 I 170 Erw. 3a, 118 V 315 Erw. 4 mit Hinweis) .“. Il principio della proporzionalità esige che le misure adottate dall'ente pubblico siano idonee a raggiungere lo scopo desiderato e che, di fronte a soluzioni diverse, si scelgano quelle meno pregiudizievoli per i diritti dei privati (art. 36 cpv. 3 Cost. fed., DTF 128 II 340 consid. 4; 125 I 209 consid. 10d/aa pag. 223, 441 consid. 3b). Nella fattispecie l'amministrazione, che avrebbe potuto affiliare d'ufficio l'interessato tre mesi dopo l'inizio dell'obbligo assicurativo nel corso del 2002 con l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali e quindi dell'obbligo di affiliazione all'assicurazione malattia del luogo in cui l'assicurato lavora, si è invece attivata su più fronti ed in modo eterogeneo, riuscendo ad ottenere dalle autorità federali la possibilità di concedere una sanatoria a tutti quei frontalieri che non hanno optato entro il termine di tre mesi previsto dall'ALC e provvedendo così successivamente ad informare ampiamente tutti i lavoratori frontalieri toccati da questa misura. Inoltre, l'UAM ha applicato un termine più volte prorogato (nel 2002 e nel 2003) e per di più concordato con le autorità federali. Chiedere all'interessato di rispettare perlomeno l'ultimo termine assegnato (30 settembre 2008) non viola di certo il principio della proporzionalità ed il divieto del formalismo eccessivo, né tanto meno crea un diniego di giustizia. Per contro, esonerare il ricorrente dall'obbligo d'affiliazione alla cassa malati violerebbe il principio di uguaglianza di trattamento nei confronti di altri lavoratori frontalieri dipendenti attivi nel nostro Paese che, o perché non hanno mai optato per il sistema italiano o perché l'hanno fatto ma tardivamente come nel caso in oggetto, sono stati giustamente affiliati d'ufficio all'assicurazione malattia svizzera (per una casistica non esaustiva in questo senso, cfr. consid. 1 e 15). 20. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata va confermata. Occorre qui ancora rammentare al ricorrente che può chiedere all'UAM di beneficiare, se dati i presupposti, del diritto alla riduzione cantonale per il pagamento del premio dell'assicurazione malattie, conformemente a quanto previsto dall'art. 65a LAMal e che è sua facoltà, nei termini e nei modi previsti dalla legge, di cambiare l'assicuratore presso cui è stato affiliato dall'UAM.