

## **TI\_GERICHTE 36.2009.18 vom 19. Januar 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-01-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2009.18\\_d20090119](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.18_d20090119)

FR: TI\_GERICHTE 36.2009.18 du 19 janvier 2009

IT: TI\_GERICHTE 36.2009.18 del 19 gennaio 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 nonostante ampia campagna informativa di UAM a frontalieri, datori di lavoro, sindacati. Nessun obbligo d'informazione personale e diretto

### **Erwägungen**

#### **E. 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 e 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 e 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 cui è applicabile l'Accordo di cui al capoverso 1 lettera a. 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." Va a questo proposito rammentato che il 1° giugno 2002 è entrato in vigore l'Accordo tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione Svizzera, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone " (RS 0.142.112.681, di seguito: ALC), che rinvia, per quanto concerne la sicurezza sociale al " Regolamento (CEE) N. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità ", modificato ed aggiornato dal regolamento (CEE) N. 118/97, regolamento (CEE) N. 1290/97, regolamento (CEE) N. 1223/98, regolamento (CEE) N.

1606/98 e regolamento (CEE) N. 307/1999 e modificato dall'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Comunità europea e i suoi Stati membri da una parte e la Svizzera dall'altra parte. Ratione temporis sono applicabili sia l'ALC che il regolamento (CEE) n. 1408/71 poiché 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. sentenza del 25 gennaio 2007, C 124/06, consid. 4.2; sentenza del 24 luglio 2006 nella causa M., I 667/05, consid. 6.2; DTF 130 V 53 consid. 4.3; Pratique VSI 2004 pag. 209 consid. 3.2 [sentenza del 27 febbraio nella causa M., H 281/03]; SVR 2004 AHV no. 12 pag. 38 consid. 5 [sentenza del 5 febbraio 2004 nella causa S., 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'ALC ed il regolamento (CEE) n. 1408/71 si applicano pure ratione personae. L'interessato è di nazionalità italiana e pertanto cittadino di uno Stato contraente (art. 1 cpv. 2 Allegato II ALC). Quanto al necessario nesso transfrontaliero, esso è senz'altro dato. La presente vertenza ricade anche ratione materiae nel campo di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71. Quest'ultimo si applica infatti 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). In concreto dunque trovano applicazione sia le norme dell'ALC che del regolamento (CEE) n. 1408/71. 2.3. L'ALC, per quanto concerne le assicurazioni sociali, rinvia al citato regolamento (CEE) n. 1408/71 e meglio ai suoi art. 13-17bis che contengono le norme relative alla determinazione della legislazione applicabile. Il titolo II del regolamento (CEE) n. 1408/71 (art. 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 art. 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 frontaliere 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.; cfr. 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.). Per l'art. 13 regolamento (CEE) n. 1408/71: "1. Le persone per cui è applicabile il presente regolamento sono soggette alla legislazione di un solo Stato membro, fatti salvi gli articoli 14 quater e 14 septies. 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 (CEE) n. 1408/71). I cittadini di Paesi membri dell'UE o svizzeri che lavorano solo in Svizzera sono soggetti alla legge svizzera (art. 13 del regolamento (CEE) n. 1408/71), a meno di essere lavoratori distaccati o di far parte di una categoria speciale. I cittadini svizzeri o di Paesi membri 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 (CEE) n. 1408/71 si riferisce a norme particolari applicabili alle persone, diverse dai marittimi, che esercitano un'attività subordinata. In generale, i cittadini svizzeri o di Paesi membri dell'UE che esercitano un'attività salariata in due o più Stati membri 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 (CEE) 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 (CEE) 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 (CEE) n. 1408/71). Per quanto concerne gli indipendenti, i cittadini svizzeri o di Paesi membri 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 (CEE) 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 (CEE) n. 1408/71), a meno di essere distaccato. Di regola, i cittadini svizzeri o di Paesi membri 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 (CEE) n. 1408/71). I cittadini svizzeri o di Paesi membri 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 di Paesi membri dell'UE che esercitano simultaneamente un'attività salariata in Svizzera e un'attività indipendente in uno Stato dell'UE sono di regola assicurati in Svizzera. Per diversi Stati (tra cui l'Italia) v'è tuttavia un'eccezione. In tale particolare ipotesi, un cittadino svizzero o di un Paese membro 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. 14 quater del regolamento (CEE) n. 1408/71 (Norme particolari applicabili alle persone che esercitano simultaneamente un'attività subordinata e 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 (CEE) 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." A proposito delle 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 (CEE) n. 1408/71) non si applica ai lavoratori che non sono cittadini di Paesi membri dell'UE, dell'AELS o della Svizzera. Nei casi non regolati dall'ALC, l'affiliazione alla LAMal viene stabilita sulla base delle Convenzioni internazionali sulla sicurezza sociale sottoscritte dalla Svizzera. Se non esiste alcuna Convenzione, l'assoggettamento è determinato secondo il diritto svizzero. A questo proposito l'art. 3 OAMal prevede che (cfr. anche doc. XVI/4, Accordo con la Comunità europea sulla libera circolazione delle persone: ripercussioni sull'assicurazione malattie, Informazione ai Cantoni, pag. 14, n. 5.3, secondo paragrafo): " 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." 2.4. 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 l'assicurazione del loro luogo di residenza. 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 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). 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. 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, si veda inoltre 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 *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale* n° 42-2009 pag. 33 e segg.). La domanda di aderire (o rimanere) al sistema sanitario dello Stato di residenza esplica, come visto, effetti anche per familiari residenti in quello stesso Stato. A questo proposito l'Allegato II all'ALC, Sezione A, punto 1, lett. o prevede: "o) nell'allegato VI 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, 28 bis 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." La Svizzera ha recepito questo motivo di esonero nel diritto nazionale. A norma dell'art. 2 cpv. 6 OAMal a domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone e al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza e che durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera. 2.5. 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 a 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. A norma dell'art. 6 cpv. 3 LAMal l'autorità designata dal Cantone assegna a un assicuratore le persone che non hanno assolto tempestivamente l'obbligo di assicurazione. Decide inoltre delle domande di esenzione dall'obbligo di assicurazione. E' fatto salvo l'articolo 18 capoverso 2bis e ter (relativo all'istituzione comune LAMal). L'art.

#### **E. 6**

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.

#### **E. 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). 2.6. Nel caso di specie l'assicurato, cittadino di un Paese membro dell'Unione Europea, domiciliato in Italia, ed esercitante unicamente un'attività lucrativa in Svizzera, in virtù dell'ALC e del regolamento (CEE) n. 1408/71 è, di principio, assicurato in Svizzera contro le malattie. Tuttavia, in conformità delle norme citate, in particolare dell'Allegato VI al regolamento (CEE) n. 1408/71 al capitolo riguardante la Svizzera, cifra 3 lett. b, quale cittadino 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 frontaliero, 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 la presenza di " casi giustificati ". 2.7. In concreto l'assicurato è in possesso di un permesso per frontaliero dal 1998 (doc. VIII). Pertanto il termine di 3 mesi per far valere il diritto di opzione ha iniziato a decorrere con l'entrata in vigore dell'ALC, il 1° giugno 2002. Tuttavia, 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. Nel febbraio 2008 l'UAM ha quindi segnalato all'UFSP questa circostanza, quantificando in 12 '2 08 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 l' UAM, al momento dell' ottenimento del 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'UFSP 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. A questo proposito, il 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'UAM ha 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 sottoposti alle autorità federali. Il 7 maggio 2008 l' Ufficio federale delle assicurazioni sociali, rispettivamente l' 8 maggio 2008 l' UFSP, hanno dato il loro benestare per questa procedura in " sanatoria ". Questi scambi epistolari sono stati 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'UAM ha inviato a oltre 12 ' 600 lavoratori frontalieri toccati da questa procedura una lettera di spiegazioni riguardante l'

' assoggettamento obbligatorio all'assicurazione svizzera contro le malattie in virtù degli Accordi bilaterali. Lo scritto avvisa 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 specifica 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. ". 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. L'Esecutivo, dopo aver rammentato 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. Va qui comunque evidenziato 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 la DTF 133 V 201: " Das Bundesamt für Sozialversicherungen beantragt in seiner Vernehmlassung sogar eine Praxisänderung in dem Sinne, dass Art. 3 Abs. 3 lit. a AHVG ausnahmslos bei allen nichterwerbstätigen Versicherten anzuwenden ist, deren erwerbstätiger Ehegatte eine Altersrente bezieht. Zur Begründung weist die Aufsichtsbehörde u.a. auf die erste Botschaft vom 21. Dezember 2005 zur 11. AHV-Revision (Neufassung; BBl 2006 S. 1957 ff.) hin . In dieser Revisionsvorlage schlägt der Bundesrat einen neuen Art. 3 Abs. 4 lit. b AHVG vor, wonach Absatz 3 auch Anwendung findet für die Kalenderjahre, in denen der erwerbstätige Ehegatte eine Altersrente bezieht oder aufschiebt (BBl 2006 S. 2003 und 2045). Es besteht indessen kein Anlass, in diesem Sinne zu entscheiden, umso weniger, als National- und Ständerat die Beratung der Vorlage noch nicht in Angriff genommen haben ." e sentenza H 158/06 del 5 settembre 2007: „ 7.1 L'OFAS, citant le Conseil fédéral dans son Premier message du 21 décembre 2005 relatif à la 11e révision de l'AVS (nouvelle version, FF 2006 II 1962), propose d'appliquer l'art. 3 al. 3 let. a LAVS aux personnes sans activité lucrative, dont le conjoint perçoit une rente de vieillesse et poursuit l'exercice d'une activité lucrative, afin que tous les couples puissent à nouveau profiter de la libération de l'obligation de cotiser, indépendamment des conséquences sur le revenu annuel moyen déterminant du conjoint non-actif. 7.2 Déjà, dans l'arrêt H 73/06, l'OFAS avait fait la même proposition de changement de pratique. Le Tribunal de céans a considéré qu'il n'y avait pas lieu de se prononcer dans ce sens, d'autant moins que la nouvelle version du projet de 11e révision de l'AVS devait encore être discutée devant le Conseil National et le Conseil des Etats (ATF 133 V 201 consid. 4.4 p. 204 s.). Il n'y a dès lors aucune raison qu'il en aille autrement dans

le cas particulier .“, sottolineature del redattore). 2.8. Dalla documentazione agli atti emerge che il ricorrente non ha esercitato il diritto d'opzione per il sistema sanitario del Paese di residenza neppure nell'ambito della procedura in sanatoria conclusasi il 30 settembre 2008. L'interessato ha giustificato il mancato invio del formulario TI 1 con l'assenza di qualsiasi informazione in merito ai suoi diritti, conosciuti solo il 22 dicembre 2008, allorché il datore di lavoro si è informato circa la sua situazione assicurativa. Egli rileva in particolare di non aver ottenuto alcuna informazione tramite raccomandata, fa valere la sua buona fede ed invoca l'applicazione dell'art. 27 LPGGA, rilevando di aver nel frattempo esercitato il diritto d'opzione. L'UAM da parte sua afferma di aver adempiuto al suo dovere d'informazione, tramite lettere personali, lettere al datore di lavoro e alle organizzazioni sindacali, nonché comunicati stampa ed interviste.

2.9. Secondo la giurisprudenza (cfr. SZS 1998 pag. 41; DTF 121 V 66; RAMI 1993 pag. 120-121, Pratique VSI 1993 pag. 21-22, RCC 1991 pag. 220 consid. 3a, RCC 1983 pag. 195 consid. 3, RCC 1982 pag. 368 consid. 2, RCC 1981 pag. 194 consid. 3, RCC 1979 pag. 155, DLAD 1992 p. 106; DTF 119 V 307 consid. 3a; DTF 118 Ia 254 consid. 4b; DTF 118 V 76 consid. 7; DTF 117 Ia 287 consid. 2b, 418 consid. 3b e sentenze ivi citate; RDAT I-1992 n° 63, DTF 116 V 298ss) e la dottrina (Grisel, *Traité de droit administratif*, vol. I, pag. 390ss; Knapp, *Précis de droit administratif*, 4a ed., n° 509, pag. 108-109; Haefliger, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetze gleich*, pag. 217ss) affinché la buona fede di un assicurato possa essere tutelata, nei casi in cui l'amministrazione formula una promessa o crea un'aspettativa in modo contrario alla legge, devono essere adempiute cumulativamente le seguenti condizioni: 1.- l'informazione deve riferirsi ad una situazione individuale e concreta; 2.- essa deve emanare da un organo competente o che possa essere ritenuto tale compatibilmente con l'attenzione esigibile nelle circostanze. 3.- la promessa dev'essere propria a ispirare fiducia. Ciò significa che l'interessato, date le circostanze, non deve poter riconoscere l'erroneità della disposizione. La comunicazione dell'amministrazione deve infatti essere interpretata come il destinatario può e deve capirla usando tutta l'attenzione da lui esigibile (protezione della buona fede dell'assicurato). Una mancanza di chiarezza di un'informazione da parte della cassa non può trarre seco conseguenze sfavorevoli per il cittadino (cfr. DTF 106 V 33, consid. 4; 104 V 18 consid. 4; RAMI 1991, p. 68). Inoltre l'informazione deve essere incondizionata. Qualora l'organo amministrativo che fornisce la comunicazione esprime - almeno implicitamente, ma con chiarezza - che la comunicazione non è definitiva, il destinatario della comunicazione non può far valere la propria buona fede (cfr. Imboden-Rhinow, *Schweiz. Verwaltungspraxis*, 5a. edizione, n. 75 B III b 3); 4.- l'informazione deve aver indotto il destinatario ad adottare un comportamento che gli è pregiudizievole. 5.- la legge non deve essere cambiata dal momento in cui l'informazione è stata data (RAMI 1991 p. 68ss; DTF 113 V 87 consid. 4c; 112 V 199 consid. 3a; 111 V 71; 110 V 155 consid. 4b; 109 V 55). Per l'art. 27 LPGGA : " 1 Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. 2 Ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa. 3 Se un assicuratore constata che un assicurato o i suoi congiunti possono rivendicare prestazioni di altre assicurazioni sociali, li informa immediatamente." L'art. 27 LPGGA sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere

collettivo, generale e permanente di fornire informazioni - ad esempio tramite opuscoli informativi - (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso e su esplicita richiesta, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2) (Su questi aspetti cfr. in particolare sentenza del

#### **E. 14**

settembre 2005 nella causa Regionales Arbeitsvermittlungszentrum Rapperswil c/ F., C 192/04, consid. 4.1., pubblicata in DTF 131 V 472; sentenza del 28 ottobre 2005 nella causa W., C 157/05, consid. 4.2.; E. Imhof – Ch. Zünd, " ATSG und Arbeitslosenversicherung " in SZS 2003 pag. 291 seg. (306); E. Imhof, " Anhang zur Vertiefung von art. 27 ATSG über Aufklärung, Beratung und Kenntnissgabe " in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira, " Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 LPG " in SZS 2001 pag. 524 seg. (527); U. Kieser, " ATSG - Kommentar ", 2a edizione, Zurigo, Basilea, Ginevra, 2009 ad art. 27 pag. 396 e seguenti, sul tema specifico si veda inoltre 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 CGSS 42-2009 pag. 33 e segg., in particolare punto 2.3.1. pag. 36 e 37). Per quanto attiene più specificatamente al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPG, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi. Quest'obbligo concerne soltanto l'ambito di competenza dell'assicuratore in questione e le informazioni possono esse fornite anche da non giuristi, come del resto prima dell'entrata in vigore della LPG. Contrariamente alle informazioni di carattere generale, la consulenza deve riferirsi al caso specifico (cfr. FF 1999 IV 3953). Inoltre tale diritto non è limitato alle persone assicurate, tuttavia deve esistere uno stretto rapporto con l'assicurazione interpellata, nel senso che la consulenza deve riferirsi a diritti e doveri che già esistono o che possono sorgere tra la persona che ha richiesto le informazioni e l'assicurazione interessata (cfr. U. Kieser, op. cit., ad art. 27 n. 19 e seguenti pag. 402ss). Come rileva Kieser, op. cit., ad art. 27 n. 8 pag. 399, a proposito del capoverso 1 " Als Trägerinnen der Aufklärungs- bzw. Beratungspflicht können ferner Arbeitgeberinnen und –geber infrage kommen. Auch hier kann sich die entsprechende Pflicht aus einer ausdrücklichen Festlegung ergeben (vgl. z.B. Art. 72 UVV und dazu BGE 121 V 32 ff.) oder sie kann aus einer Beauftragung zur Wahrnehmung der Information abgeleitet werden. In der Gerichtspraxis finden sich Entscheide, mit denen eine solche (sozialversicherungsrechtlich fundierte) Beauftragung angenommen (vgl. dazu BGE 111 V 72 betreffend Arbeitgeber) bzw. abgelehnt wurde (vgl. BGE 111 V 171 betreffend Arbeitgeber, SVR 2001 KV Nr. 3 betreffend BSV).“ Kieser rammenta poi, a pag. 401, che „Die in Art. 27 Abs. 1 ATSG festgelegte Informationspflicht kann etwa dadurch erfüllt werden, dass Informationsbroschüren, Merkblätter oder – allgemein verständliche – Wegleitungen abgegeben werden (dazu BGE 131 V 476). Ausreichend ist es, wenn über die Möglichkeit, eine Abredevversicherung in der UV abschliessen zu können, mit einem allgemein zugänglichen Aushang im Betrieb des Arbeitgebers informiert wird (dazu Entscheid des Bundesgerichts vom 29. März 2004, U 255/03) .“ In quest'ultima sentenza, citata da Kieser, l'Alta Corte, con riferimento all'art. 72 OAINF giusta il quale gli assicuratori provvedono a che i datori di lavoro siano sufficientemente informati in merito all'applicazione dell'assicurazione contro gli infortuni e i datori di lavoro sono obbligati a trasmettere queste informazioni ai dipendenti, ha affermato: " In einem Fall, in welchem es um die Tragweite der Informationspflichten von Versicherer und Arbeitgeber hinsichtlich

einer Abredeversicherung nach Auflösung eines Arbeitsverhältnisses ging, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht zunächst in Bestätigung der Auffassung des damaligen kantonalen Gerichts erkannt, Art. 3 UVG umschliesse lediglich die Obliegenheit des Versicherers, die Abredeversicherung zu führen und anzubieten, nicht jedoch die Verpflichtung, jeden einzelnen Versicherten im Rahmen der Beendigung seines Arbeitsverhältnisses rechtzeitig über die Möglichkeit der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch Abschluss einer Abredeversicherung zu informieren (BGE 121 V 31 f. Erw. 1c). Hingegen ergebe sich aus der allgemeinen Informationspflicht des Versicherers (Art. 72 UVV) die Verpflichtung, nebst anderem über die Möglichkeit des Abschlusses einer Abredeversicherung zu informieren. Der Versicherer und auch der Arbeitgeber sind in diesem Regelungszusammenhang Organe der Versicherungsdurchführung und die Erfüllung ihrer Informationspflicht muss manifestiert werden und insbesondere im Hinblick auf die Weiterleitungspflicht des Arbeitgebers (Art. 72 Satz 2 UVV) vom Versicherten erkennbar sein. Damit wird von den Durchführungsorganen organisatorisch nicht mehr verlangt, als nach jahrzehntelanger Verwaltungspraxis in der von der SUVA betriebenen obligatorischen Unfallversicherung schon unter der Geltung des KUVG beachtet wurde, nämlich beispielsweise ein Aushang am ständigen Anschlag im unterstellten Betrieb, Informationen an Betriebsversammlungen usw. Da sich Versicherer und Arbeitgeber den Beweis der ihnen obliegenden Information mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch zumutbare Vorkehren ohne weiteres sichern können, rechtfertigt es sich, dem Versicherer die Beweislast hiefür auch insoweit aufzuerlegen, als die Erfüllung der Informationspflichten des Arbeitgebers in Frage steht (BGE 121 V 32 ff. Erw. 2a und b mit Hinweisen). Bei Verletzung der Informationspflichten hat der Versicherer für seine sowie die Unterlassungen des Arbeitgebers einzustehen, wobei dies unter dem Vorbehalt steht, dass die weiteren Voraussetzungen für eine erfolgreiche Berufung auf den Vertrauensschutz, insbesondere die kausal verursachte Disposition seitens des Arbeitnehmers aus unterbliebener Information, erfüllt sind (BGE 121 V 34 Erw. 2c mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 387 S. 274 f. Erw. 3b).

2.2 Wie die Abklärung der SUVA ergeben hat, sind in den vom Personal der Eisenbahn X.\_\_\_\_\_ benutzten Räumen Informationen der SUVA über die Abredeversicherung angeschlagen; weiter haben Arbeitskollegen der Beschwerdeführerin Abredeversicherungen abgeschlossen, was bedeutet, dass sie über diese Möglichkeit informiert worden sind. Eine - hier erfolgte - Information durch allgemeinen Anschlag ist für die Erfüllung der Informationspflicht gemäss Art. 72 UVV ausreichend (vgl. BGE 121 V 33 Erw. 2b mit Literaturhinweis), so wurde denn auch in RKUV 2000 Nr. U 387 S. 277 Erw. 4c implizit eine Information durch Broschüren als grundsätzlich genügend vorausgesetzt (auch wenn dies im konkreten Fall nicht ausreichend gewesen und nicht korrekt erfolgt ist). Das Genügen eines allgemein zugänglichen Aushangs für die Erfüllung der Informationspflicht ist insbesondere auch im Zusammenhang mit der Eigenverantwortung (Art. 6 BV) zu sehen: Von einer mündigen Bürgerin wie der Beschwerdeführerin kann ohne weiteres verlangt werden, dass sie sich zumindest Gedanken über den Versicherungsschutz macht und in dieser Hinsicht minimalste Abklärungen unternimmt (und sei es auch nur durch das Lesen der Anschläge in den Personalräumen), wenn sie ihre Arbeitsstelle kündigt, um - offenbar während längerer Zeit - Sprachaufenthalte zu absolvieren und sich zur Reiseleiterin ausbilden zu lassen. Dies ist hier um so mehr der Fall, als in den Lohnabrechnungen jeweils der vorgenommene Abzug für die Nichtberufsunfallversicherung ausgewiesen und damit monatlich die

Problematik der Unfallversicherung in Erinnerung gerufen worden ist. Eine Sensibilisierung für den Unfallversicherungsschutz wäre im Übrigen um so mehr zu erwarten gewesen, als die Beschwerdeführerin bereits im Juni 2001 einen Unfall erlitten hatte und in der Folge bis zum 8. August 2001 arbeitsunfähig gewesen ist. Würde der Auffassung in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gefolgt, welche letztlich eine explizite Information in jedem Einzelfall verlangt, liefe dies schlussendlich darauf hinaus, einem Arbeitnehmer bei der Kündigung alles und jedes - nicht nur betreffend Abredeversicherung - mitteilen zu müssen; ein dermassen umfangreicher Informationskatalog würde in der Folge nicht mehr gelesen (vgl. das Beispiel bei Gunther Arzt, Strafbarkeit juristischer Personen: Andersen, vom Märchen zum Alptraum, Schweizerische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht 2002, S. 233 Fn 23: Viele Käufer eines Fernglases werden die voluminöse Bedienungsanleitung mit absurden Warnungen nicht lesen, sodass ihnen auch der sinnvolle Hinweis entgeht, mit dem Fernglas nicht in die Sonne zu schauen). Im Übrigen kann die Beschwerdeführerin auch nichts zu ihren Gunsten daraus ableiten, dass ein vom Inspektor der SUVA im Juni 2002 befragter Angestellter der Eisenbahn X.\_\_\_\_\_ den Aushang über die Abredeversicherung nicht gekannt hat, da dieser Mitarbeiter - anders als die Beschwerdeführerin - allenfalls gar keine Veranlassung hatte, sich über die Versicherungsdeckung nach einer Kündigung Gedanken zu machen.

2.3 An der Erfüllung der Informationspflicht (Erw. 2.2 hievor) ändert die Tatsache nichts, dass der Inspektor der SUVA am 20. Juni 2002 festgestellt hat, die Informationen der SUVA seien am Bahnhof in Y.\_\_\_\_\_ - Arbeitsort der Beschwerdeführerin - nicht angeschlagen gewesen; dies war offenbar nach einem erfolgten Umbau des Gebäudes unterlassen worden. Die Beschwerdeführerin hatte einerseits während ihrer Anstellung seit 1996 Gelegenheit, die angeschlagenen Informationen in den diversen von ihr benutzten Räumen in unterschiedlichen Bahnstationen zur Kenntnis zu nehmen. Diese Informationen waren andererseits auch ab dem Zeitpunkt des Umbaus in Y.\_\_\_\_\_ in den für das Personal vorgesehenen Räumen in anderen Bahnhöfen angeschlagen, wobei ausser Zweifel steht, dass sich die Beschwerdeführerin in ihrer Eigenschaft als Kondukteurin an solchen Orten aufgehalten hat. Damit ist die Informationspflicht im Sinne des Art. 72 UVV jedoch auch während der Zeit erfüllt worden, in der in Y.\_\_\_\_\_ keine Informationen ausgehängt gewesen sind.

2.4 Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, dass die ehemalige Arbeitgeberin mit Schreiben vom 5. September 2001 nicht auf die Abredeversicherung hingewiesen habe, und dass ihr dieser Brief zu spät geschickt worden sei, da sie sich zu dieser Zeit bereits im Ausland aufgehalten habe, was der Eisenbahn X.\_\_\_\_\_ bekannt gewesen sei. Es trifft zwar zu, dass die ehemalige Arbeitgeberin mit Schreiben vom 5. September 2001 nicht auf die Möglichkeit der Abredeversicherung (jedoch auf das Ende des Unfallversicherungsschutzes) hingewiesen hat. Da jedoch eine Information mittels Aushang am Anschlagbrett ausreichend ist (vgl. Erw. 2.2 hievor), ändert die Nichterwähnung der Abredeversicherung im Schreiben nichts an der Rechtslage. Damit haben die SUVA und die ehemalige Arbeitgeberin die Informationspflicht gemäss Art. 72 UVV mittels Aushang korrekt erfüllt; eine Verletzung der Informationspflicht ist nicht erstellt und eine Leistungspflicht der SUVA in der Folge zu verneinen (vgl. BGE 121 V 34 Erw. 2b in fine).“ (sottolineature del redattore) In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 428 il Tribunale federale ha affermato: " 11.3 Gemäss Art. 72 Satz 1 UVV sorgen die Versicherer dafür, dass die Arbeitgeber über die Durchführung der Unfallversicherung ausreichend informiert werden. Diese - nach Inkrafttreten des ATSG im Wortlaut unverändert belassene - Verordnungsbestimmung verpflichtet den Versicherer zu einer

substantiellen Information ihrer angeschlossenen Arbeitgeber von Amtes wegen. Die entsprechende Verfahrenspflicht geht nach der vor 1. Januar 2003 ergangenen Rechtsprechung über die praxisgemäss aus dem Grundsatz von Treu und Glauben hergeleitete allgemeine Pflicht der Sozialversicherungsträger, die an der Versicherung Beteiligten auf Verlangen in Einzelfragen zu beraten oder ihnen Auskunft zu erteilen, hinaus (BGE 121 V 28 E. 2a S. 32). Auch im Rahmen von Art. 72 UVV gilt - analog zu Art. 27 Abs. 2 ATSG - der Grundsatz, wonach die Verletzung der Informationspflicht nur dann zu Rechtsfolgen führen kann, wenn die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Berufung auf den verfassungsrechtlichen Vertrauensschutz (Art. 9 BV) allesamt erfüllt sind (RKUV 2004 Nr. U 517 S. 429 [U 255/03], 2001 Nr. U 441 S. 542 f. [U 285/99], 2000 Nr. U 387 S. 272 [U 340/99]).

11.4 Die Frage, ob die SUVA aufgrund der unwidersprochenen Entgegennahme von Prämienzahlungen und von erteilten Auskünften ihre Informationspflicht gemäss Art. 27 Abs. 2 ATSG und Art. 72 UVV verletzt hat und der Beschwerdegegner infolgedessen gestützt auf den Grundsatz von Treu und Glauben Versicherungsschutz beanspruchen kann, lässt sich aufgrund der Akten nicht beantworten. Es liegt aber eine Notiz der SUVA vom 4. Mai 2006 vor, wonach die Arbeitgeberin bis am 3. Februar 2006 im Glauben gewesen sei, dass ihre Angestellten bei der SUVA gegen Unfall versichert seien. Anlässlich des Betriebserfassungsbesuches vom 15. März 2005 sei nicht darüber informiert worden, dass für Entsandte das Formular E101 hätte ausgefüllt werden müssen. Gemäss den Angaben des BSV wurde zudem erst seit dem 1. Januar 2006 in den Weisungsbestimmungen festgehalten, dass Arbeitnehmer, die ausschliesslich zum Zweck der Entsendung eingestellt wurden, nicht als Entsandte betrachtet werden könnten, eine Entsendung jedoch ausnahmsweise zulässig sei, wenn der Arbeitnehmer vor der Entsendung bereits in der Schweiz versichert gewesen sei. Das kantonale Gericht hatte zu dieser Problematik aufgrund seiner Beurteilung nicht Stellung zu nehmen. Die SUVA hat sich zu diesem Punkt bisher nicht geäussert. Die Vorinstanz, an welche die Sache zurückzuweisen ist, wird diesbezüglich sachdienliche Abklärungen vorzunehmen und alsdann darüber zu befinden haben, ob dem Beschwerdegegner gestützt auf den Vertrauensschutz Leistungen der SUVA zustehen oder nicht.“

Va ancora evidenziato che la legge cantonale di applicazione della LAMal (LCAMal), a proposito del controllo dell'obbligo assicurativo, all'art.

#### **E. 16**

prevede che: " 1 Il datore di lavoro fornisce al lavoratore non domiciliato soggetto all'obbligo d'assicurazione le informazioni necessarie relative all'adempimento di questo obbligo. 2 L'assicurato e il datore di lavoro sono solidalmente debitori dei premi arretrati a decorrere dal giorno in cui avrebbe dovuto avere inizio l'obbligo assicurativo, fatta deduzione dei sussidi di legge, per le seguenti categorie: a) lavoratori in possesso di un permesso di lavoro di durata inferiore ad un anno; b) lavoratori in possesso di un permesso di dimora annuale, per il primo anno di attività, così come per i rispettivi familiari. 3 Ogni pretesa di cui al cpv. 2 è soggetta a perenzione dopo cinque anni." L'art.

#### **E. 19**

LCAMal prevede: " 1 Il Consiglio di Stato fa iscrivere d'ufficio, previa diffida scritta, le persone soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che rifiutano di aderire ad un assicuratore riconosciuto e autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal e della relativa Ordinanza (OAMal). 2 3 Il regolamento può definire i criteri di ripartizione tra gli assicuratori." Per l'art. 5 RLCAMal: " 1 Previa richiesta dell'Istituto delle assicurazioni

sociali, i datori di lavoro devono fornire tempestivamente, in forma gratuita, ogni informazione in ordine al controllo dell'obbligo d'assicurazione per lavoratori non domiciliati. 2 Nell'ambito dell'applicazione dell'Accordo CH/CE sulla libera circolazione delle persone e della Convenzione istitutiva dall'AELS, tali informazioni possono riguardare anche i familiari, residenti in Svizzera o all'estero, del lavoratore domiciliato o non domiciliato in Svizzera." A norma dell'art. 7 RLCAMal: " 1 L'iscrizione d'ufficio delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione, non iscritte presso un assicuratore, è ordinata dall'Istituto delle assicurazioni sociali, previa diffida scritta. 2 La ripartizione tra i singoli assicuratori considera l'effettivo degli assicurati affiliati." 2.10. Nel caso di specie dall'istruttoria condotta dal TCA è emerso che l'UAM ha ampiamente adempiuto, con l'ausilio di numerosi canali informativi, ai suoi obblighi, come del resto rilevato sia dall'UFSP (doc. XVI, risposta 4 in fine: " Tramite tali azioni, l'UAM ha dunque adempiuto appieno ai suoi obblighi informativi, andando addirittura oltre le esigenze di legge .") che dall'UFAS (doc. XVIII, risposta 4: " A nostro avviso, l'autorità cantonale ha informato adeguatamente i lavoratori frontalieri residenti in Italia circa il loro diritto di opzione. Non vediamo come avrebbe potuto informare meglio ." e risposta 5 pag. 2 in fine: " Per permettere queste regolarizzazioni, l'autorità cantonale ha informato su vasta scala e adeguatamente i frontalieri residenti in Italia ."). L'amministrazione si è prodigata cercando di raggiungere tutti i frontalieri esercitanti un'attività lavorativa in Ticino in ben tre occasioni, concedendo ai medesimi, dopo aver contattato le autorità federali, perfino una proroga del termine di tre mesi previsto dall'ALC. L'UAM, oltre a prendere contatto nel 2002 e nel 2003 con i lavoratori frontalieri recensiti ufficialmente, informandoli della possibilità di optare per l'assicurazione del proprio Paese di residenza, nel 2008 ha compiuto uno sforzo notevole per permettere a coloro che avevano omissso di far valere la loro opzione, di sanare la loro situazione. L'autorità cantonale ha recapitato a tutti i lavoratori frontalieri recensiti e che non avevano optato per il sistema sanitario nazionale (12'684) una documentazione completa comprensiva del formulario TI 1, facilmente compilabile, essendo sufficiente indicare i propri dati ed apporre una crocetta nella casella " assicurazione malattie nel Paese di residenza ", di una tabella sinottica indicante gli obblighi assicurativi dei cittadini di Paesi membri dell'UE, della busta di trasmissione con indirizzo prestampato, con una lettera accompagnatoria dove figuravano le conseguenze in caso di mancato invio. L'amministrazione ha inoltre trasmesso una comunicazione specifica a 13'569 datori di lavoro, ha informato 11 sindacati (Comedia, FTCA, UNIA, GaraNto, OCST, SEI, SEV, Sit, SSM, SSP/VPOD Lugano e Bellinzona, Syna) ed ha coinvolto 8 enti vari con spettro d'azione allargato (Camera di Commercio, Ticino Turismo, Associazione Industrie Ticinesi (AITI), Associazione ticinese dei Giornalisti, Unione contadini ticinesi e Segretariato agricolo, Hotelleriesuisse Ticino, Società svizzera impresari costruttori (SSIC TI), Gastroticino). Complessivamente l'UAM ha trasmesso 26'333 invii cartacei, personalizzati nell'ambito dell'operazione di " sanatoria ". L'operazione ha avuto un grande impatto tra i lavoratori frontalieri, poiché ha comportato 7'700 consulenze telefoniche e 29'000 verifiche relative all'avvenuta opzione ed ha permesso al 95,8% dei frontalieri di procedere regolarmente all'opzione a favore del sistema sanitario del proprio Paese di residenza. Inoltre il Governo cantonale ha trasmesso ai media cantonali un comunicato stampa il 3 giugno 2008 e il Capo Ufficio dell'UAM, Bruno Cereghetti, ha rilasciato numerose interviste, anche a giornali italiani, in cui ha informato i lavoratori frontalieri circa i passi da intraprendere per optare a favore dell'assicurazione del proprio Paese di residenza. Secondo lo scritto dell'UFSP del 24 aprile 2008, la fissazione del termine di

grazia al 30 settembre 2008 per l'esercizio del diritto di opzione in casi giustificati, corrisponde alla soluzione prevista dall'annesso II all'ALC (sezione A, art. 3, lett. b, punto aa) e si è resa necessaria a causa del fatto che le persone che erano assicurate in Italia non avevano compreso l'importanza di riempire correttamente il formulario relativo al diritto d'opzione (cfr. lettera dell'UFSP del 24 aprile 2008). A prescindere dalla questione a sapere se la fattispecie descritta configura effettivamente un'ipotesi di "caso giustificato", accertato come l'UAM ha informato sufficientemente tutti gli interessati nel corso dei tre mesi di grazia tramite scritti ai datori di lavoro, ai lavoratori, ai sindacati ed ai giornali (cfr. lettera dell'UFSP, doc. XVI, dell'UFAS, doc. XVIII e DTF U255/03 del 29 marzo 2004), va evidenziato come un "ulteriore" caso giustificato, con un nuovo termine decorrente dopo il 30 settembre 2008, non può più essere ammesso. Nel caso di specie inoltre l'alto numero di frontalieri che esercitano un'attività per l'\_\_\_\_\_ (cfr. doc. XIV/1 dell'incarto della sezione dei permessi e dell'immigrazione: 198 "confinanti" presso l'\_\_\_\_\_ nel 2007) e l'infimo numero di coloro che sostengono di non aver saputo nulla (apparentemente 3, cfr. doc. F), significa che i dipendenti dell'\_\_\_\_\_ erano stati informati circa la facoltà di opzione (cfr. sentenza del 29 marzo 2004, U 255/03 consid. 2.2). Come rileva il Tribunale federale nella sentenza U 255/03 del 29 marzo 2004 da una persona adulta come il ricorrente, che del resto lavora in ambito sanitario, può essere richiesto che si ponga delle domande circa il suo obbligo assicurativo („Das Genügen eines allgemein zugänglichen Aushangs für die Erfüllung der Informationspflicht ist insbesondere auch im Zusammenhang mit der Eigenverantwortung (Art. 6 BV) zu sehen: Von einer mündigen Bürgerin wie der Beschwerdeführerin kann ohne weiteres verlangt werden, dass sie sich zumindest Gedanken über den Versicherungsschutz macht und in dieser Hinsicht minimalste Abklärungen unternimmt (und sei es auch nur durch das Lesen der Anschläge in den Personalräumen), wenn sie ihre Arbeitsstelle kündigt, um - offenbar während längerer Zeit - Sprachaufenthalte zu absolvieren und sich zur Reiseleiterin ausbilden zu lassen“). Ciò vale a maggior ragione nel caso concreto dove l'interessato, per poter lavorare (da oltre 10 anni), si è recato in un'altra nazione, nella quale oltretutto si è votato in numerose occasioni sull'ALC, con conseguenti articoli di fondo sui giornali, accesi dibattiti e numerosi cartelloni pubblicitari che hanno creato polemiche anche oltre i confini nazionali elvetici. Non va poi 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 e 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, se esercitata permette ai lavoratori frontalieri di non dover pagare premi notoriamente elevati che invece i residenti, 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. Ne segue che non può essere imputata all'UAM una violazione del dovere di informazione per cui, in assenza di un caso giustificato, e la pretesa ignoranza del diritto rispettivamente l'asserita mancata informazione diretta tramite raccomandata non costituiscono palesemente caso giustificato, l'opzione formulata dal ricorrente in sede di ricorso è tardiva. 2.11. Va ancora qui evidenziato che nell'ambito di altre procedure pendenti presso questo Tribunale e relative al medesimo tema, i ricorrenti hanno sollevato la censura della presunta disparità di trattamento tra i frontalieri di nazionalità italiana (o di altri Paesi dell'UE) che abitano in Italia e lavorano in Svizzera, ai quali il termine di tre

mesi è applicato rigorosamente (tre mesi dall'inizio dell'attività lavorativa in Svizzera) e i frontalieri di nazionalità svizzera che vivono in Italia e lavorano in Svizzera, per i quali il termine di tre mesi comincerebbe a decorrere dalla conoscenza dell'esistenza del diritto d'opzione. A prescindere dalla circostanza che l'UAM ha rilevato trattarsi di casi isolati ("UAM specifica che i pochissimi frontalieri svizzeri che fossero risultati, il caso concreto non si è presentato, a conoscenza del diritto d'opzione in modo qualsiasi, non si sarebbero visti riconoscere il termine di tre mesi per l'esercizio del diritto ma il termine sarebbe decorso dalla data di conoscenza"), va evidenziato che si tratta di una categoria di frontalieri particolari, poiché non conosciuti dall'amministrazione visto che non sono censiti, non necessitando del permesso per frontaliere per poter lavorare in Svizzera. La questione non va comunque approfondita poiché nel caso di specie l'insorgente non è stato affiliato d'ufficio a causa della mancata opzione a favore del diritto nazionale entro i tre mesi dall'inizio dell'attività lavorativa in Svizzera (rispettivamente dall'entrata in vigore dell'ALC), bensì perché, malgrado l'ampia procedura di informazione messa in atto dall'UAM, l'interessato non ha fatto valere il diritto di opzione neppure entro il termine di grazia. Per cui con la concessione di un termine supplementare l'autorità cantonale ha semmai ripristinato la parità di trattamento tra tutti i frontalieri, informando nuovamente i lavoratori residenti all'estero. Non va poi dimenticato che comunque non può esservi parità di trattamento nell'illegalità. Con sentenza K 109/06 del 5 dicembre 2007, pubblicata in DTF 134 V 34, il Tribunale federale, nell'ambito dell'assicurazione malattie, in un caso dove l'insorgente ha chiesto di poter essere esonerato dall'obbligo assicurativo in Svizzera, invocando un trattamento diverso ricevuto da due ex colleghi domiciliati in due altri Cantoni e beneficiari della medesima assicurazione, ha affermato che: "(...) Poiché, per quanto detto, tale esenzione non può essere riconosciuta, in conformità all'ordinamento in materia, a una persona trovantesi nella sua medesima situazione, l'interessato potrebbe pretendere una simile dispensa in forza di un'eventuale prassi contraria unicamente se fossero eccezionalmente adempiuti i presupposti per ammettere una parità di trattamento nell'illegalità, in deroga al principio di legalità. Ciò presuppone tuttavia l'esistenza di una prassi illegale dell'autorità competente (... omissis ...) dalla quale la stessa non intenda scostarsi. Irrilevante sarebbe per contro l'esistenza di una prassi contraria in altri Cantoni (DTF 131 V 9 consid. 3.7 pag. 20; RAMI 2006 no. KV 367 pag. 206, consid. 11 pag. 225 [K 25/05] con riferimenti). Ora, nel caso concreto, non risulta in alcun modo che (... omissis ...) abbia in passato istituito una prassi contraria alla legge. Né tantomeno si può seriamente dedurre dalle sue prese di posizione l'intenzione di mantenere una simile prassi." Analogamente, nel caso di specie non si può dedurre l'intenzione di mantenere, in futuro, una prassi discordante. 2.12. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata va confermata. Va qui rammentato al ricorrente che può chiedere all'UAM, se dati i presupposti, di essere messo al beneficio del sussidio per il pagamento del premio dell'assicurazione malattie conformemente a quanto previsto dall'art. 65a LAMal ed è sua facoltà, nei termini e nei modi previsti dalla legge, di cambiare assicuratore. Non deve invece essere qui risolta la questione circa l'impossibilità, per i frontalieri, di poter accedere ad una franchigia più elevata o ad altri modelli assicurativi, non essendo oggetto della decisione impugnata, che, per costante giurisprudenza federale, costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. SVR 2005 AHV Nr. 19; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata

una sentenza nel merito (cfr. STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1; DTF 125 V 414 consid. 1A; DTF 119 Ib 36 consid. 1b). 2.13. L'insorgente chiede, genericamente, l'assunzione di numerose prove (documenti, testi, perizia, interrogatorio formale, richiamo documenti dall'UAM, edizione documenti). Il TCA ha sentito le parti nel corso di un'udienza ed ha richiamato tutta la documentazione relativa allo scambio di corrispondenza tra l'UAM e le autorità federali, sottoponendola al ricorrente che ha potuto esprimersi in merito. Questo Tribunale ritiene che non sia necessario assumere ulteriori prove, essendo quelle prodotte dalle parti sufficienti per poter decidere nel merito del ricorso. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

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