

TI_GERICHTE 36.2009.26 vom 23. Januar 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-01-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.26_d20090123

FR: TI_GERICHTE 36.2009.26 du 23 janvier 2009

IT: TI_GERICHTE 36.2009.26 del 23 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. Ricorrente non ha validamente comprovato l'invio per posta semplice. No reformatio in pejus

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per i dipendenti di organizzazioni internazionali e di Stati esteri.

E. 2.1

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 hierfür 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).

E. 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.

E. 2.3

An der Erfüllung der Informationspflicht (Erw. 2.2 hievov) 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.

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, dass die ehemalige Arbeitgeberin mit Schreiben vom 5. September 2001 nicht auf die Abredevversicherung 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 Abredevversicherung (jedoch auf das Ende des Unfallversicherungsschutzes) hingewiesen hat. Da jedoch eine Information mittels Aushang am Anschlagbrett ausreichend ist (vgl. Erw. 2.2 hievov), ändert die Nichterwähnung der Abredevversicherung 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 della redattrice) 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. 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.". Inoltre, l'art. 19 LCAMal recita quanto segue: " 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 [Cpv. abrogato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203]. 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.". 12. In concreto, va innanzitutto rilevato che il cpv. 4 delle Disposizioni finali della modificazione del 22 maggio 2002 dell'OAMal (cfr. consid. 6 in fine) non trova applicazione, poiché l'assicurato ha iniziato a lavorare in Svizzera nell'aprile 2008, quando l'ALC era ormai entrato in vigore da quasi 6 anni. Inoltre, 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 (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 (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. In effetti l'Ufficio assicurazione malattia, 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 al fine di permettere a coloro che avevano omesso di far valere la loro opzione, di sanare la loro situazione. In tale contesto, 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, peraltro 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 e di una lettera accompagnatoria dove figuravano le conseguenze in caso di mancato invio di questo modulo. L'amministrazione ha inoltre trasmesso una comunicazione specifica a 13'569 datori di lavoro, ha informato 11 sindacati (_____) ed ha coinvolto 8 enti vari con spettro d'azione allargato (_____). Complessivamente l'UAM ha trasmesso 26'333 invii cartacei, personalizzati nell'ambito dell'operazione di " sanatoria ". Questa 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 3 giugno 2008 il Governo cantonale ha trasmesso ai media cantonali un comunicato stampa ed il Capo Ufficio dell'UAM, _____, 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, cifra 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. A prescindere dalla questione a sapere se la fattispecie descritta configuri effettivamente un'ipotesi di "caso giustificato", accertato come l'UAM abbia 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 e dell'UFAS e STF U 255/03 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. Come rileva il Tribunale federale nella citata sentenza U 255/03, da una persona adulta come la ricorrente 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 importa a maggior ragione nel caso concreto dove l'interessato, per potere lavorare, si è recato in un'altra nazione, nella quale gli aventi diritto di voto sono stati chiamati in numerose occasioni ad esprimersi 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. Nulla cambia la circostanza che l'assicurato non sarebbe stato informato tramite la Sezione dei permessi e dell'immigrazione giacché determinante, nel caso di specie, è la circostanza che l'autorità cantonale, competente per informare circa il diritto di opzione, ha ampiamente divulgato questa problematica tramite numerosi canali. Tant'è che il ricorrente, nel corso della procedura di sanatoria, ha comunque ricevuto dall ' UAM il formulario TI 1. Inoltre, il ricorrente ha chiaramente affermato di essere stato informato dal suo datore di lavoro verso fine giugno-inizio luglio 2008 del suo diritto d ' opzione, dopo che la ditta ha ricevuto nel giugno 2008 dall ' UAM una nota informativa (doc. I punto 1). Va del resto evidenziato che il rappresentante dell'insorgente in sede di ricorso ha rilevato che " Anche RA 1 per informare i lavoratori ha fornito un contributo significativo, distribuendo un volantino con le spiegazioni, nei luoghi di passaggio delle varie frontiere di maggiore afflusso. Proprio il sottoscritto ricorda d'aver partecipato alla distribuzione del materiale nel corso del periodo di sanatoria. " (doc. I punto 4.1 pag. 4). Infine, anche la circostanza che " Ancora attualmente, nonostante la sensibilizzazione alla tematica, abbiamo informazioni che anche i nuovi assunti non sono così solerti nell'esercitare l'opzione " (doc. I punto 4.2 pag. 4), oltre a non concernere l'insorgente, non può essere imputata all'UAM, che ha ampiamente informato nel miglior modo possibile le persone interessate. L'autorità cantonale, visto tra l'altro l'alto numero di lavoratori in Ticino che provengono dall'Italia, non può infatti essere tenuta a seguire passo dopo passo ogni frontaliero. Spetta piuttosto a questi ultimi, che si recano in un'altra nazione per svolgere la propria attività lavorativa, dar prova di maggior senso di responsabilità, chiedendo eventuali informazioni supplementari. Non può pertanto essere chiesto all'autorità cantonale di sincerarsi in un secondo tempo se la persona interessata ha capito ed è consapevole della scelta che deve compiere né di passare da un sistema "opzionale" ad un sistema di "scelta obbligatoria" per uno dei sistemi sanitari nazionali. Infatti, il principio dell'affiliazione al luogo di lavoro è voluto dall'Unione europea e la Svizzera non può che applicare le norme internazionali a cui ha aderito (in casu : ALC). Un diverso modo di affiliazione deve pertanto essere deciso a livello di autorità europee e non certo da parte dell'UAM. Visto quanto precede, non può dunque essere imputata all'UAM alcuna violazione del dovere di informazione di cui all'art. 27 LPG e quindi anche del principio della buona fede, facendo infatti difetto la prima delle cinque summenzionate condizioni cumulative (cfr. consid. 11). Pertanto, in assenza di un effettivo "caso giustificato", la pretesa ignoranza del diritto rispettivamente l ' asserita mancata informazione diretta tramite raccomandata, non costituiscono palesemente un "caso giustificato" nel senso della cifra 3 lett. b punto aa dell ' Allegato II dell ' ALC e dell ' Allegato VI del regolamento n. 1408/71. L ' opzione formulata dal ricorrente contestualmente al reclamo e con il ricorso è dunque tardiva. Nulla cambia, purtroppo, la triste circostanza che suo figlio sia portatore di handicap e che quindi percepisce una prestazione d ' invalidità dall ' INPS (doc. VIII risposta n. 7). 13. 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 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.

14. In secondo luogo, il ricorrente, come visto, ha affermato di avere esercitato tempestivamente il diritto d'opzione verso il suo Paese di residenza, avendo compilato e spedito già a fine agosto-inizio settembre 2008 all'Ufficio assicurazione malattia il modulo TI 1 che il suo datore di lavoro gli ha consegnato dopo essere intervenuto presso la competente autorità cantonale. L'autorità competente, per contro, nega di averlo ricevuto. Occorre dunque accertare se effettivamente l'assicurato abbia spedito a fine estate 2008 questo modulo.

15. 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. 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. 16.

Per quanto attiene la notifica delle decisioni e l'inoltro di atti ed istanze nei confronti dei quali la 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, quali la mancata protesta da parte di una persona che riceve richiami (S TCA del 22 luglio 2005, inc. 36.2005.3 e 4). 17. Nel caso concreto, l'assicurato rileva di avere inoltrato tempestivamente, ossia ad inizio settembre 2008, il suo modulo TI 1 all'Ufficio assicurazione malattia per l'esercizio del diritto d'opzione del sistema sanitario, e meglio non appena il suo datore di lavoro gliel'ha consegnato dopo averlo a sua volta ottenuto dall'UAM. Per sua stessa ammissione, egli ha spedito questo formulario per invio non raccomandato (doc. I punto 9 pag. 9). La questione del preteso invio all'UAM, da parte del ricorrente, del modulo TI 1, va risolta alla luce della consolidata giurisprudenza sviluppata da questo Tribunale (prima fra tutte: S TCA del 17 ottobre 2005, inc. 36.2005.86; fra le ultime: S TCA del 21 luglio 2008, inc. 36.2008.49+53+54; S TCA del 5 agosto 2009, inc. 36.2009.106; S TCA del 19 ottobre 2009, inc. 36.2009.141; S TCA del 9 novembre 2009, inc. 36.2009.171; S TCA del 23 novembre 2009, 36.2009.77; S TCA del 23 novembre 2009, 36.2009.81; S TCA del 25 novembre 2009, 36.2009.71; S TCA del 30 novembre 2009, 36.09.23 e 36.2009.24). Pertanto, chi inoltra un'istanza od un gravame 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. 18. Nella fattispecie, dagli atti a disposizione non si può desumere il rispetto dei termini per l'inoltro del modulo. Non v'è infatti documentazione che comprovi quanto sostiene l'assicurato. La spedizione mediante posta semplice, come visto, non permette di ammettere con la necessaria certezza l'avvenuto invio del formulario TI 1 nel periodo indicato dall'interessato. Va rilevato, al riguardo, che un possibile errore d'impostazione da parte dell'assicurato, di consegna della Posta od altro, non possono essere fatti ricadere sull'amministrazione. In queste circostanze, in mancanza di prove concrete attestanti l'invio all'amministrazione entro il 30 settembre 2008 nell'ambito della procedura in sanatoria (e quindi l'assenza della ricevuta postale della spedizione per raccomandata o specifica corrispondenza riferentesi alla documentazione in discussione), l'interessato deve sopportare le conseguenze delle sue omissioni. Pertanto, questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni non deve ritenere come validamente trasmesso all'autorità competente il

formulario TI 1 con l'opzione per l'Italia, che il ricorrente avrebbe compilato e spedito a fine estate 2008. Ne discende, così, 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 esse sono manifestamente tardive.

19. Nell'ambito di un'altra procedura pendente presso questo Tribunale e relativa al medesimo tema, il rappresentante del ricorrente ha 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), ed 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, va evidenziato che si tratta di una categoria di frontalieri particolari, poiché non conosciuti dall'amministrazione visto che non sono ufficialmente censiti, non necessitando del permesso per frontaliere per potere 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 lucrativa 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 validamente valere il diritto di opzione neppure entro il termine di grazia scaduto il 30 settembre 2008. Pertanto, con la concessione di un termine supplementare l'autorità cantonale ha semmai ripristinato la parità di trattamento tra tutti i frontalieri, informando nuovamente - debitamente - 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 TF, 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 in esame non si può dedurre l'intenzione di mantenere, in futuro, una prassi discordante su tale tema.

20. Il ricorrente ritiene inoltre che vi sia disparità di trattamento tra i frontalieri dei Paesi dell'UE residenti in Italia ed i frontalieri dei Paesi extracomunitari residenti in Italia ed entrambi svolgono la loro attività lavorativa in Svizzera. I secondi, in applicazione dell'art. 3 OAMal (cfr. consid. 4 in fine), avrebbero infatti la facoltà di scegliere liberamente in quale Paese assicurarsi e potrebbero inoltre

revocare in ogni tempo la loro scelta (doc. I punto 5). Questa censura, già risolta in altre procedure parallele (cfr., fra le ultime, S TCA del 16 novembre 2009, 36.2009.150), va respinta. Infatti, i cittadini di Paesi non membri dell'UE o dell'AELS hanno uno statuto giuridico differente. Proprio per questo motivo non possono beneficiare dei vantaggi dell'ALC, tra i quali l'accesso al mercato del lavoro svizzero senza alcuna discriminazione in funzione della nazionalità. Il diritto interno svizzero ha pertanto dovuto trovare una soluzione per i cittadini di quei Paesi con i quali la Svizzera non ha concluso alcuna Convenzione in ambito di sicurezza sociale ed ai quali non si applica l' ALC. Ciò anche per permettere loro, se impossibilitati ad assicurarsi nel Paese di residenza, di avere una copertura assicurativa in Svizzera. 21. Il ricorrente ravvisa un'ulteriore disparità nella misura in cui ai frontalieri non sarebbe garantita alcuna libertà di scelta, giacché sarebbero affiliati d'ufficio ad un assicuratore senza previamente essere stati diffidati, mentre i residenti o i dimoranti potrebbero scegliere liberamente il loro assicuratore e, solo dopo essere stati diffidati, verrebbero assegnati ad una Cassa malati autorizzata ad esercitare in Svizzera. Inoltre, per i residenti il controllo incombe ai Comuni, mentre per i frontalieri all'UAM e non vi sarebbe il termine di 3 mesi per l'iscrizione coatta all'assicurazione. Questa lamentela è infondata. Innanzitutto, anche per i domiciliati esiste il termine di tre mesi, nella misura in cui l'art. 3 cpv. 1 LAMal prevede che " 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 ." Inoltre anche in questo caso esiste l'affiliazione coatta, giacché per l'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. Di conseguenza, anche per le persone domiciliate in Svizzera esiste un termine di tre mesi entro il quale devono assicurarsi nel nostro Paese. In assenza di affiliazione l'autorità cantonale deve intervenire, assicurando d'ufficio le persone recalcitranti. Va del resto evidenziato come il termine di tre mesi dell'ALC sia stato stabilito a livello europeo in un accordo internazionale, vincolante per la Svizzera, e dal quale l'UAM non può di certo derogare. Se entro tre mesi da quando è tenuto ad affiliarsi in Svizzera l'interessato non fa valere il suo diritto di opzione, tranne in casi giustificati, qui non dati, deve essere assicurato contro le malattie nel nostro Paese. L'art. 19 LCAMal, relativo alla diffida, citato dal ricorrente, si applica laddove le persone obbligate ad assicurarsi in Svizzera si rifiutano di aderire ad un assicuratore riconosciuto. In altre parole, con la diffida non si concede alla persona interessata un termine per decidere se assicurarsi o meno in Svizzera, bensì per indicare il nome dell'assicuratore presso il quale l'interessato intende assicurarsi. Se ciò non avviene, l'autorità cantonale impone un assicuratore di sua scelta. In concreto, l'insorgente sembra invece a torto ritenere che l'autorità cantonale debba diffidarlo per chiedergli se vuole o meno assicurarsi in Svizzera e solo in caso di risposta affermativa possa procedere come ha fatto nel caso in esame. Va comunque abbondanzialmente evidenziato come l'autorità cantonale, con la procedura in sanatoria, abbia di fatto diffidato i frontalieri a scegliere il sistema sanitario desiderato. Il ricorrente ritiene inoltre che gli sia preclusa la libertà di scelta, giacché è stato affiliato d'ufficio presso un assicuratore riconosciuto. Nella fattispecie, tuttavia, l' assicurato non chiede di essere assicurato presso un'altra Cassa malati, bensì di essere esonerato dall'obbligo assicurativo. Del resto all'assicurato non è preclusa la libertà di scegliersi liberamente il proprio assicuratore. Egli, nei modi e nei tempi previsti dalla LAMal, può infatti disdire il rapporto assicurativo che lo lega all'attuale assicuratore e scegliersene un altro che esercita la LAMal per i frontalieri residenti in Italia. 22. Infine, l'insorgente

ravvisa un'altra disparità di trattamento nella circostanza che si troverebbe assicurato due volte, in Svizzera ed in Italia. Tale conseguenza non è da imputare all'agire dell'UAM, poiché, secondo il diritto europeo, l'interessato, di regola, è affiliato unicamente nel Paese dove svolge l'attività lucrativa. Spetterà quindi al ricorrente, ormai assicurato in Svizzera, chiedere di essere stralciato dall'assicurazione malattia in Italia. Non spetta del resto al diritto svizzero supplire ad eventuali manchevolezze della legge italiana che, secondo l'insorgente, gli impedirebbe di rinunciare al proprio sistema sanitario. Va qui ribadito che l'UAM non ha fatto nient'altro che applicare il diritto europeo, codificato nell'ALC, e che prevede l'affiliazione, di principio, al sistema sanitario del luogo di lavoro, tranne nel caso di opzione entro il termine di tre mesi dall'inizio dell'obbligo assicurativo o di casi giustificati. La circostanza che il diritto interno italiano non permetterebbe la rinuncia al proprio sistema sanitario, oltre a non essere comprovata, non impedisce comunque alla Svizzera di applicare il diritto europeo preminente. 23. Non deve invece essere qui risolta la questione sollevata dal ricorrente secondo il quale dovrebbero trascorrere 6 mesi dalla cessazione dell'attività lavorativa in Svizzera per poter riformulare l'opzione. Questa tematica non è infatti oggetto della decisione impugnata che, per costante giurisprudenza federale, costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (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 Nr. 81, pag. 294). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (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). Nel caso in discussione, oggetto del contendere è unicamente la questione di sapere se il ricorrente ha optato tempestivamente in favore del suo sistema sanitario nazionale. Il quesito circa il tempo che deve trascorrere per potere riformulare l'opzione in caso di cessazione del rapporto di lavoro non concerne attualmente l'interessato e pertanto non deve essere risolto in questa sede. 24. L'insorgente fa infine implicitamente valere un formalismo eccessivo ed una violazione del principio della proporzionalità, poiché egli ha comunque comunicato la sua intenzione di volere rimanere affiliato al sistema sanitario del suo Paese di residenza. 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 2008, 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 concordato con la autorità federali. Chiedere all'interessato di rispettare perlomeno l'ultimo termine assegnato (settembre 2008) non viola di certo il divieto del formalismo eccessivo ed il principio della proporzionalità. 25. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata va confermata. In sede di osservazioni l' autorità cantonale ha affermato che l'assicurazione dovrebbe essere estesa anche ai familiari del ricorrente se la di lui moglie non esercitasse attività lavorativa né in Italia, né in altro Stato CE o AELS (doc. X). Nel caso concreto, tuttavia, la questione in esame concerne soltanto l'affiliazione del ricorrente. Infatti, la decisione formale del 23 gennaio 2009 ha affiliato alla cassa malati svizzera unicamente l'insorgente (cfr. punto 1 del dispositivo della decisione) e gli ha ingiunto di segnalare all'assicuratore eventuali altri familiari (cfr. punto 4 del dispositivo della citata decisione). In effetti, poi, parallelamente al ricorso l' interessato ha comunicato all'UAM che sua moglie esercita un' attività lucrativa in Italia dal 5 settembre 2008, producendo il contratto di lavoro ed il conteggio degli stipendi. Ha inoltre indicato di avere tre bambini (doc. 5). Alla luce di quanto precede, si dovrebbe verificare se il coniuge dell' assicurato lavora ancora in Italia. Ciò nonostante, non va dimenticato che il TCA può, in linea di principio, riformare una decisione a svantaggio del ricorrente, dopo avergli dato la possibilità di prendere posizione in merito ed averlo reso attento sulla possibilità di ritirare il ricorso (art. 61 cpv. 1 lett. d LPG; DTF 122 V 166). Questo Tribunale, tuttavia, nell'evenienza concreta, quand'anche la moglie del ricorrente non lavorasse più in Italia, considerate tutte le circostanze del caso, rinuncia ad effettuare una reformatio in pejus, visto che comunque si tratta unicamente di una facoltà data all'autorità giudicante (STFA U 192/02 del 23 giugno 2003; STFA H 313/01 del 17 giugno 2003; STFA C 119/02 del 2 giugno 2003; STFA U 334/02 del 22 aprile 2003; DTF 119 V 249; STCA del 4 marzo 2009, 33.2008.6; STCA del 23 aprile 2008, 33.2008.3 consid. 2.9; STCA del 23 novembre 2007, 30.2007.32 consid. 13; STCA del 16 agosto 2007, 36.2007.69 consid. 9). Occorre qui infine 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 stata affiliata d' ufficio dall' amministrazione cantonale.

E. 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. 7. 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 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 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 ". 8. In concreto, l'assicurato esercita un'attività lucrativa in Svizzera ed è al beneficio di un permesso di lavoro G CE/AELS. Pertanto, il termine di tre mesi per far valere il diritto d'opzione decorreva da quando ha iniziato la sua attività nel nostro Paese, con l'ottenimento del permesso G. Come ha rilevato l'UAM, esso è quindi scaduto infruttuoso. Dalla documentazione agli atti emerge inoltre che l'insorgente non ha validamente 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'assicurato ad una cassa

malati svizzera da parte dell'Ufficio assicurazione malattia, in concreto emessa il 23 gennaio 2009 (doc. 1). Il 12 febbraio 2008 l'UAM ha quindi segnalato all'Ufficio federale della sanità pubblica questa circostanza, quantificando in 12 '2

E. 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).

4. 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, STF 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), 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." . 5. 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 bénéfice 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. 6. 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.

E. 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 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 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 frontaliere 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 l'

E. 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 al 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. ". 9. 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 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, 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 la 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 della redattrice). 10. Il ricorrente sostiene di avere sottoscritto e spedito il formulario TI 1 nel corso del mese di settembre 2008 (doc. I punto 9). La documentazione non è tuttavia mai giunta all' UAM. Egli, pur ammettendo di avere ricevuto il formulario TI 1 nel periodo della sanatoria, sostiene comunque che il suo diritto all' informazione sarebbe stato violato, avendo saputo dell' obbligo di optare soltanto dopo l' intervento all' UAM del datore di lavoro. La censura è manifestamente infondata già solo per il fatto che lo stesso insorgente ammette di essere stato informato tempestivamente. Tuttavia, rilevato che la medesima tematica è già stata trattata da questo Tribunale nell' ambito di numerosissimi altri incarti simili al presente, va evidenziato come, per i motivi che seguono, essa va comunque respinta. 11. L' autorità cantonale afferma di avere adempiuto al suo dovere d' informazione tramite lettere personali, lettere al datore di lavoro e alle organizzazioni sindacali, nonché comunicati stampa ed interviste. L' insorgente, da parte sua, fa valere, perlomeno implicitamente, di essere in buona fede, non essendo stato informato (violazione del diritto all' informazione, doc. I) circa la possibilità di optare in favore del sistema sanitario del suo Paese di residenza. Secondo la giurisprudenza (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 pag. 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 298) e la dottrina (Grisel , *Traité de droit administratif*, vol. I, pag. 390 segg.; Knapp , *Précis de droit administratif*, 4a ed., n° 509, pag. 108-109; Haefliger , *Alle Schweizer sind vor dem Gesetze gleich*, pag. 217 segg.), affinché il principio della buona fede, sancito dall' art.

E. 9

Cost. fed., tuteli la legittima fiducia dell' amministrato nei confronti dell' autorità amministrativa 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 data dall' autorità 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 deve essere propria ad 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 (DTF 106 V 33, consid. 4; 104 V 18 consid. 4; RAMI 1991, pag. 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 (Imboden/ Rhinow , *Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung*, 5a ed., n. 75 B III b 3); 4. l'informazione errata deve aver indotto il destinatario ad adottare un comportamento o un' omissione che gli è pregiudizievole; 5. la legge non deve essere cambiata dal momento in cui l'informazione è stata data (DTF 131 II 627 consid. 6.1; 130 I 26 consid. 8.1, DTF 113 V 87 consid. 4c; 112 V 199 consid. 3a; 111 V 71; 110 V 155 consid. 4b; RAMI 1991 pag. 68 segg.). La prima condizione da esaminare si concretizza nell'art. 27 LPGA concernente l'informazione e la consulenza, secondo cui " 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 LPGA 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 la sentenza del 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 Kenntnisgabe " 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 LPGA " 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 il punto 2.3.1. pag. 36 e 37). Per quanto attiene più specificatamente al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPGA, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca consulenza in merito ai suoi diritti ed 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 LPGA. 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 (U. Kieser, op. cit., ad art. 27 n. 19 e seguenti, pag. 402 segg.). 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). ". Lo stesso autore 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 Abredeversicherung 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: " (...)

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