

TI_GERICHTE 36.2009.34 vom 3. Februar 2009

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.34_d20090203

FR: TI_GERICHTE 36.2009.34 du 3 février 2009

IT: TI_GERICHTE 36.2009.34 del 3 febbraio 2009

Regeste

Affiliazione d'ufficio di frontaliere a CM Svizzera. Mancata tempestiva opzione per sistema sanitario del Paese di residenza. Termine di sanatoria decorso infruttuoso nonostante ampia campagna informativa di UAM. Ricorrente non ha validamente comprovato l'invio per posta semplice del modulo TI nel 2006

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 Abredeversicherung hingewiesen habe, und dass ihr dieser Brief zu spät geschickt worden sei, da sie sich zu dieser Zeit bereits im Ausland aufgehalten habe, was der Eisenbahn X. _____ bekannt gewesen sei. Es trifft zwar zu, dass die ehemalige Arbeitgeberin mit Schreiben vom 5. September 2001 nicht auf die Möglichkeit der Abredeversicherung (jedoch auf das Ende des Unfallversicherungsschutzes) hingewiesen hat. Da jedoch eine Information mittels Aushang am Anschlagbrett ausreichend ist (vgl. Erw. 2.2 hievov), ändert die Nichterwähnung der Abredeversicherung im Schreiben nichts an der Rechtslage. Damit haben die SUVA und die ehemalige Arbeitgeberin die Informationspflicht gemäss Art. 72 UVV mittels Aushang korrekt erfüllt; eine Verletzung der Informationspflicht ist nicht erstellt und eine Leistungspflicht der SUVA in der Folge zu verneinen (vgl. BGE 121 V 34 Erw. 2b in fine)." (sottolineature 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.". 13. 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'assicurata ha iniziato a lavorare in Svizzera nel giugno 2006, quando l'ALC era ormai entrato in vigore da 4 anni. Infatti, dagli accertamenti effettuati è risultato che l'autorità cantonale competente si è attivata già dal 2002 per fornire ai frontalieri tutte le informazioni necessarie per permettere loro di esercitare il diritto di opzione. Pertanto, non può essere rimproverato all'UAM una violazione dell'obbligo di informare all'entrata in vigore degli Accordi bilaterali. Anche nel caso di specie, dall'istruttoria condotta dal TCA è

emerso che l'UAM ha ampiamente adempiuto, con l'ausilio di numerosi canali informativi, ai suoi obblighi, come del resto rilevato sia dall'UFSP (doc. XVI, risposta 4 in fine: " Tramite tali azioni, l'UAM ha dunque adempiuto appieno ai suoi obblighi informativi, andando addirittura oltre le esigenze di legge ."), che dall'UFAS (doc. XVII, 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 di fatto 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 omissis 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 (Comedia, FTCA, UNIA, GaraNto, OCST, SEI, SEV, Sit, SSM, SSP/VPOD Lugano e Bellinzona, Syna) ed ha coinvolto 8 enti vari con spettro d'azione allargato (Camera di Commercio, Ticino Turismo, Associazione Industrie Ticinesi (AITI), Associazione ticinese dei Giornalisti, Unione contadini ticinesi e Segretariato agricolo, Hotelleriesuisse Ticino, Società svizzera impresari costruttori (SSIC TI), GastroTicino). Complessivamente l'UAM ha trasmesso 26'333 invii cartacei, personalizzati, nell'ambito dell'operazione di " sanatoria ". Questa iniziativa 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, Bruno Cereghetti, ha rilasciato numerose interviste, anche a giornali italiani, in cui ha informato i lavoratori frontalieri circa i passi da intraprendere per optare a favore dell'assicurazione del proprio Paese di residenza. Secondo lo scritto dell'UFSP del 24 aprile 2008, la fissazione del termine di grazia al 30 settembre 2008 per l'esercizio del diritto di opzione in casi giustificati, corrisponde alla soluzione prevista dall'annesso II all'ALC (sezione A, 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, doc. XIV e dell'UFAS, doc. XVI 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'interessata, per potere lavorare, si è recata 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'assicurata non sarebbe stata informata tramite il suo datore di lavoro giacché determinante, nella fattispecie, è la circostanza che l'autorità cantonale (UAM), competente per informare circa il diritto di opzione, ha ampiamente divulgato questa problematica tramite numerosi canali. 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. 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 LPGA e quindi anche del principio della buona fede, facendo infatti difetto la prima delle cinque summenzionate condizioni cumulative (cfr. consid. 12). 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 dalla ricorrente contestualmente al reclamo e con il ricorso è dunque tardiva. 14. 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. 15. In secondo luogo, la

ricorrente, come visto, ha affermato di avere esercitato tempestivamente il diritto d'opzione verso il suo Paese di residenza, avendo compilato e spedito già nel giugno/luglio 2006 all'Ufficio assicurazione malattia il modulo TI 1. Ella avrebbe quindi optato per l'Italia appena ha iniziato la sua attività lavorativa in Svizzera, rispettando il termine di tre mesi. L'autorità competente, per contro, nega di avere mai ricevuto detto formulario. Occorre dunque accertare se effettivamente l'assicurata abbia spedito ad inizio estate 2006 questo modulo.

16. 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. 17. 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 (STCA del 22 luglio 2005, inc. 36.2005.3 e 4). 18. Nel caso concreto, l'assicurata rileva di avere inoltrato tempestivamente, ossia nel giugno/luglio 2006, il suo modulo TI 1 all'Ufficio assicurazione malattia per l'esercizio del diritto d'opzione del sistema sanitario, e meglio entro i tre mesi da quando ha iniziato a lavorare nel nostro Cantone. Per sua stessa ammissione, ella ha spedito all'Ufficio assicurazione malattia questo formulario per posta A e quindi non ha la prova dell'avvenuta consegna al destinatario (doc. I punto 4). La questione del preteso invio all'UAM, da parte della ricorrente, del modulo TI 1, va risolta alla luce della consolidata giurisprudenza sviluppata da questo Tribunale (prima fra tutte: STCA del 17 ottobre 2005, inc. 36.2005.86; fra le ultime: STCA del 21 luglio 2008, inc. 36.2008.49+53+54; STCA del 5 agosto 2009, inc. 36.2009.106; STCA del 19 ottobre 2009, inc. 36.2009.141; STCA del 9 novembre 2009, inc. 36.2009.171; STCA del 23 novembre 2009, 36.2009.77; STCA del 23 novembre 2009, 36.2009.81; STCA del 25 novembre 2009, 36.2009.71; STCA del 30 novembre 2009, 36.2009.23 e 36.2009.24; STCA del 2 dicembre 2009, 36.2009.26; STCA dell'

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 della 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, cittadina di un Paese membro dell'Unione Europea, domiciliata in Italia ed esercitante un'attività lucrativa in Svizzera, in virtù dell'ALC e del regolamento n. 1408/71 è, di principio, assicurata in

Svizzera contro le malattie (art. 13 par. 2 punto a del regolamento n. 1408/71: principio della *lex loci laboris* e cifra 3 lett. a punto i dell' Allegato II dell' ALC rispettivamente dell' Allegato VI del regolamento n. 1408/71). Tuttavia, in conformità delle norme citate, in particolare dell' Allegato II all' ALC e dell' Allegato VI al regolamento n. 1408/71 al capitolo riguardante la Svizzera, cifra 3 lett. b, quale cittadina di un Paese membro dell'Unione Europea residente in uno dei Paesi confinanti con la Svizzera (in Italia) ed esercitante un'attività lucrativa in Svizzera, beneficiando dello statuto di frontiera la 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' assicurata esercita un' attività lucrativa in Svizzera dal giugno 2006 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 in virtù dell'ottenimento del permesso G, ossia dal giugno 2006. Come ha rilevato l' UAM, esso è però scaduto infruttuoso, non avendo l' amministrazione ricevuto alcunché dall' assicurata. Eppure, come la ricorrente, molti altri frontalieri residenti in Italia ed attivi professionalmente nel Cantone Ticino non hanno mai optato espressamente per il loro assicuratore sociale nazionale successivamente all'entrata in vigore dell'ALC. Il 12 febbraio 2008 (doc. X/1) 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' assicurata è di nazionalità italiana e pertanto cittadina di uno Stato contraente (art. 1 cpv. 2 Allegato II ALC). Inoltre, in qualità di lavoratrice autonoma o subordinata, è stata soggetta 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, STFA del 25 gennaio 2007, C 124/ 06, consid. 5; cfr. anche l'articolo dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS), " Accordo sulla libera circolazione delle persone e sicurezza sociale con particolare riferimento ai rapporti fra Svizzera ed Italia ", in RDAT I-2002, pag. 41 segg.; P. Cadotsch et Marie-Pierre Cardinaux , " Les effets de l'accord sur l'assujettissement et l'obligation de cotiser à l'AVS " in " L'accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE et ses effets à l'égard de la sécurité sociale en Suisse ", Berna 2001, pag. 131 segg.). L' art. 13 del regolamento n. 1408/71 enumera le norme generali: " 1. Le persone per cui è applicabile il presente regolamento sono soggette alla legislazione di un solo Stato membro, fatti salvi gli articoli 14quater e 14septies. Tale legislazione è determinata in base alle disposizioni del presente titolo. 2. Con riserva degli articoli da 14 a 17: a) la persona che esercita un'attività subordinata nel territorio di uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato anche se risiede nel territorio di un altro Stato membro o se l'impresa o il datore di lavoro da cui dipende ha la propria sede o il proprio domicilio nel territorio di un altro Stato membro; b) la persona che esercita un'attività autonoma nel territorio di uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato anche se risiede nel territorio di un altro Stato membro; (...) f) la persona cui cessi d'essere applicabile la legislazione di uno Stato membro senza che ad essa divenga applicabile la legislazione di un altro Stato membro in forza di una delle norme enunciate alle precedenti lettere o di una delle eccezioni o norme specifiche di cui agli articoli da 14 a 17, è soggetta alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio risiede, in conformità delle disposizioni di questa sola legislazione." L' ALC prevede dunque il principio dell' assoggettamento alla legislazione di un solo Stato (art. 13 del regolamento n. 1408/71). I cittadini dell' UE che lavorano solo in Svizzera sono soggetti alla legge svizzera (art. 13 del regolamento n. 1408/71), a meno di essere lavoratori distaccati o di far parte di una categoria speciale. I cittadini svizzeri o dell' UE che lavorano solo in uno degli Stati dell' UE non sottostanno alla legislazione svizzera (art. 13 del regolamento n. 1408/71), a meno che siano distaccati. L' art. 14 del regolamento n. 1408/71 concerne delle norme particolari applicabili alle persone, diverse dai marittimi, che esercitano un' attività subordinata. In generale, i cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano un' attività salariata in due o più Stati dell' UE sono assoggettati alla legislazione del loro Stato di residenza se una parte dell' attività vi è esercitata (art. 14 par. 2 punto b lett. i del regolamento n. 1408/71). Se il salariato non lavora nel suo Stato di residenza, è di regola assicurato nello Stato della sede del suo datore di lavoro (art. 14 par. 2 punto b lett. ii del regolamento n. 1408/71). Se lavora per più datori di lavoro che hanno sede in Stati differenti, va assicurato nel suo Stato di residenza (art. 14 par. 2 punto b lett. i del regolamento n. 1408/71). Per quanto concerne gli indipendenti, i cittadini svizzeri o dell' UE che lavorano come indipendenti solo in uno

Stato dell' UE non sono assoggettati alla legislazione svizzera (art. 13 par. 2 lett. b regolamento n. 1408/71), a meno che non abbiano lo statuto di lavoratori distaccati. Invece, l' indipendente svizzero o dell' UE che lavora solo in Svizzera, sottostà alle leggi svizzere (art. 13 par. 2 lett. b del regolamento n. 1408/71), a meno di essere distaccato. Di regola, i cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano l' attività indipendente in due o più Stati dell' UE o in Svizzera e nell' UE, sono assicurati nel luogo di residenza se una parte dell' attività vi è esercitata. Se non esercita alcuna attività nel suo Paese di residenza, è assicurato nel paese dove esercita l' attività principale (art. 14bis par. 2 del regolamento n. 1408/71). I cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano simultaneamente un' attività indipendente in Svizzera e un' attività salariata in uno Stato dell' UE, sono di regola assicurati in entrambi gli Stati (eccezione al principio dell' affiliazione in un solo Stato). I cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano simultaneamente un' attività salariata in Svizzera e un' attività indipendente in uno Stato dell' UE sono di regola assoggettati in Svizzera per l' insieme dei redditi acquisiti nei differenti Paesi. Per diversi Stati (tra cui l' Italia) v' è tuttavia un' eccezione. In tale particolare ipotesi, un cittadino svizzero o dell' UE è assoggettato in Svizzera per la sua attività salariata e nell' UE per la sua attività indipendente quando esercita la sua attività indipendente in uno Stato dell' Unione Europea. A questo proposito, l' art. 14quater del regolamento n. 1408/71 (Norme particolari applicabili alle persone che esercitano simultaneamente un'attività subordinata ed un'attività autonoma nel territorio di vari Stati membri), prevede: " La persona che esercita simultaneamente un'attività subordinata a un'attività autonoma nel territorio di vari Stati membri è soggetta: a) fatta salva la lettera b), alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività subordinata o, qualora eserciti una tale attività nel territorio di due o più Stati membri, alla legislazione determinata conformemente all'articolo 14 punti 2 o 3; b) nei casi menzionati nell'allegato VII: alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività subordinata, essendo questa legislazione determinata conformemente all'articolo 14 punti 2 o 3, qualora essa eserciti siffatta attività nel territorio di due o più Stati membri, e alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività autonoma, essendo questa legislazione determinata conformemente all'articolo 14 bis punti 2, 3 o 4, qualora essa eserciti siffatta attività nel territorio di due o più Stati membri.". A norma dell' art. 17 del regolamento n. 1408/71: " Due o più Stati membri, le autorità competenti di detti Stati o gli organismi designati da tali autorità possono prevedere di comune accordo, nell'interesse di determinate categorie di persone o di determinate persone, eccezioni alle disposizioni degli articoli da 13 a 16.". In merito alle norme citate, il Messaggio del Consiglio Federale del 23 giugno 1999 concernente l'approvazione degli Accordi bilaterali tra la Svizzera e la CE (FF 1999 4590: http://www.ti.ch/generale/accordi/documenti/ac_messaggio.pdf), 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 rispettato 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 (doc. X/1) 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 (doc. X/1) 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 (doc. X/1) l' Ufficio assicurazione malattia ha quindi allestito una lettera personale per ogni lavoratore frontaliero che non aveva esercitato il diritto d'

opzione, una lettera d'informazione destinata a tutti i datori di lavoro del Canton Ticino ed un comunicato stampa da parte del Consiglio di Stato del Cantone Ticino, che sono stati sottoposti alle autorità federali. Il 7 maggio 2008 (doc. X/1) l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali rispettivamente l'

E. 8

maggio 2008 (doc. X/1) l'UFSP, hanno dato il loro benestare per questa procedura in sanatoria. Questi scambi epistolari sono stati innanzitutto concretizzati il 3 giugno 2008 (doc. X/1), 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 (doc. X/3) l'Ufficio assicurazione malattia ha inviato alla ricorrente – e ad altri 12'630 lavoratori frontalieri toccati da questa procedura in sanatoria – una lettera di spiegazioni riguardante l'assoggettamento obbligatorio all'assicurazione svizzera contro le malattie in virtù degli Accordi bilaterali. Questo scritto avvisava poi ogni interessato della possibilità, entro il 30 settembre 2008 (termine supplementare di tre mesi, unico e straordinario), per eventualmente compilare l'allegato modulo TI 1 e ritornarlo al medesimo Ufficio a mezzo della busta allegata, già indirizzata. La lettera specificava inoltre, in calce, che " se ciò non dovesse avvenire, lei sarà obbligato ad assicurarsi in Svizzera, e con lei ogni suo familiare che non esercita attività lavorativa. Rammentiamo inoltre che di principio non sarà più possibile concedere, in futuro, proroghe di questa natura. ". 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 (doc. XVIII). 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. Dalla documentazione agli atti emerge che la ricorrente non ha validamente esercitato il diritto d'opzione per il sistema sanitario del Paese di residenza. Ciò non è avvenuto né al momento in cui ha iniziato l'attività lucrativa in Svizzera nel giugno 2006, né nell'ambito della procedura in sanatoria del giugno-settembre 2008 (doc. X/3), ovvero entro il 30 settembre 2008. La conseguenza è stata, come anticipato nello scritto del 12 giugno 2008 inviato all'interessata ed a tutti i frontalieri che non avevano ancora optato per il loro sistema sanitario, l'emanazione della decisione di affiliazione d'ufficio dell'assicurata ad una cassa malati svizzera da parte dell'Ufficio assicurazione malattia, in concreto emessa il 3 febbraio 2009 (doc. 1). L'assicurata ha giustificato il mancato invio tempestivo all'UAM del formulario TI 1 per esercitare il suo diritto d'opzione, adducendo l'assenza di qualsiasi informazione ricevuta in merito ai suoi diritti e ciò fino a quando ha ricevuto dall'amministrazione cantonale la summenzionata decisione del 3 febbraio 2009, a seguito della quale ha contattato l'Ufficio assicurazione malattia per ottenere dei chiarimenti sulla questione. Essa ha inoltre affermato di avere già spedito nel giugno 2006 all'autorità competente il formulario TI 1 con l'opzione per l'Italia. 11. Viste le motivazioni addotte, occorre verificare se le giustificazioni portate dall'insorgente siano sufficienti per scusare la sua inadempienza. 12. L'interessata fa valere di essere in buona fede, non essendo stata informata circa la possibilità di optare in favore del sistema sanitario del suo Paese di residenza (doc. I punto 4). L'autorità cantonale, da parte sua, afferma di avere adempiuto al suo dovere d'informazione tramite lettere personali, lettere al datore di lavoro ed alle organizzazioni sindacali, nonché comunicati stampa ed interviste. 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. 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 Kenntnissgabe " in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira , " Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 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: " (...)

E. 11

gennaio 2010, 36.2009.70). 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. 19. 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' assicurata. 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' interessata. D' altronde, essa stessa ha affermato di non avere la prova dell' avvenuta consegna all' autorità competente della lettera che le ha spedito nell' estate 2006. Va rilevato, al riguardo, che un possibile errore d' impostazione da parte dell' assicurata, 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 dell' apposito formulario TI 1 relativo all' esercizio del diritto d' opzione già nel giugno 2006, e tanto meno 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' interessata 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 il sistema assicurativo italiano contro le malattie, che l' insorgente sostiene d' avere compilato e spedito all' UAM nell' estate 2006. Ne discende, così, che l' esercizio del diritto d' opzione da parte della ricorrente non è avvenuto entro il termine legale di tre mesi – né dal momento in cui ha iniziato la sua attività in Svizzera né dall'avvio della procedura di sanatoria del 2008 - e che quindi tale situazione non può esonerarla dall' obbligo di essere affiliata alla cassa malati svizzera fintanto che lavora nel nostro Paese. Neppure le dichiarazioni di volontà di rimanere affiliata al sistema sanitario italiano espresse con il reclamo ed il ricorso possono soccorrerla, poiché esse sono manifestamente tardive. 20. Infine, l' insorgente ha proposto l' assunzione di ulteriori prove, quale l' audizione - generica - di alcuni testimoni (doc. I). A questo proposito va rammentato che un' audizione può essere rifiutata senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l' obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (sentenza 9C_578/2008 del 29 maggio 2009; sentenza I 472/06 del 21 agosto 2007; nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata). In concreto, non essendo stata presentata una domanda espressa di procedere ad un' udienza pubblica, questo TCA rinuncia ad un' audizione, poiché superflua ai fini dell' esito della vertenza (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2). Peraltro, la documentazione raccolta da l TCA è sufficientemente chiara per potere statuire in merito alla causa senza dover far capo ad ulteriori accertamenti, in particolare all' audizione di testi peraltro non specificatamente indicati . In proposito, va ancora evidenziato come conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l' istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l' amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser , Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA H 103/01 dell'11 gennaio 2002; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (e in precedenza dall'art. 4 vCost. fed.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 21. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata va confermata. Occorre qui ancora rammentare alla 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 dall'UAM.

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