

## **TI\_GERICHTE 36.2009.48 vom 7. Oktober 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-10-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2009.48\\_d20081007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.48_d20081007)

FR: TI\_GERICHTE 36.2009.48 du 7 octobre 2008

IT: TI\_GERICHTE 36.2009.48 del 7 ottobre 2008

### **Regeste**

Affiliazione d'ufficio di frontaliere a CM Svizzera. Mancata tempestiva opzione per sistema sanitario del Paese di residenza. Termine di sanatoria decorso infruttuoso: ricorrente ha spedito il 7 ottobre 2008 il formulario TI 1 a causa della morte del cugino, che però non è un motivo giustificativo

### **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. 3**

LAMal, l'autorità designata dal Cantone assegna ad un assicuratore le persone che non hanno assolto tempestivamente l'obbligo di assicurazione. Decide inoltre delle domande di esenzione dall'obbligo di assicurazione. È fatto salvo l'articolo 18 capoverso 2bis e 2ter (relativo all'istituzione comune LAMal). L'art. 6a cpv. 4 LAMal prevede che gli assicuratori comunicano all'autorità cantonale competente i dati necessari per il controllo dell'osservanza dell'obbligo di assicurazione. Per l'art. 10 cpv. 1 OAMal, i Cantoni informano periodicamente la popolazione circa l'obbligo d'assicurazione. Provvedono segnatamente affinché le persone provenienti dall'estero e i genitori di neonati siano informati tempestivamente. A norma dell'art. 10 cpv. 1bis OAMal, le informazioni sull'obbligo d'assicurazione destinate ai detentori di un permesso di dimora di corta durata, di un permesso di dimora o di un permesso di domicilio valgono parimenti per i loro familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia. L'art. 10 cpv. 2 OAMal prevede che l'autorità cantonale competente decide delle domande di cui all'articolo 2 capoversi 3-5 e all'articolo 6 capoverso 3. Gli assicuratori sociali preposti al pagamento delle rendite e gli organi dell'assicurazione contro la disoccupazione assistono i Cantoni nel compito d'informare circa l'obbligo d'assicurazione delle persone di cui all'articolo 6a capoverso 1 lettere b e c della legge (art. 10 cpv. 3 OAMal). Per il cpv. 4 delle Disposizioni finali della modificazione del 22 maggio 2002 dell'OAMal i Cantoni, in collaborazione con l'UFAS e con i datori di lavoro competenti, informano i frontalieri che risiedono in uno Stato membro delle Comunità europea in merito all'obbligo d'assicurazione al più tardi tre mesi dopo l'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone. Queste informazioni valgono parimenti per i familiari residenti in uno Stato

membro della Comunità europea. 8. Nel caso di specie gli insorgenti, cittadini di un Paese membro dell'Unione Europea, domiciliati in Italia e, per quanto concerne il padre RI 1, esercitante un'attività lucrativa in Svizzera, in virtù dell'ALC e del regolamento n. 1408/71 sono, di principio, assicurati 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 punti i e iv 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 – il padre - 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 – e con esso automaticamente (cifra 3 lett. a punto iv dell' Allegato II all' ALC e dell' Allegato VI al regolamento n. 1408/71) anche le persone che non svolgono un'attività lavorativa - ha il diritto di optare per il sistema sanitario italiano. La domanda di esenzione, conformemente alla summenzionata cifra 3 lett. b/aa, deve essere presentata entro i tre mesi successivi all'obbligo di assicurarsi in Svizzera. Unica eccezione prevista dai due citati Allegati è la presenza di " casi giustificati ". 9. In concreto, RI 1 esercita un'attività lucrativa in Svizzera dal 2 maggio 2008 ed è al beneficio di un permesso di lavoro G CE/AELS (doc. XII). Tuttavia, da quando ha iniziato a lavorare nel nostro Paese, l' assicurato non ha esercitato entro il termine di 3 mesi il diritto d' opzione a favore del sistema assicurativo nazionale italiano. Di principio, quindi, il ricorrente ed i membri della sua famiglia che non esercitano un'attività lucrativa sono automaticamente assicurati obbligatoriamente all' assicurazione malattia svizzera. Eppure, come il ricorrente, molti altri frontalieri residenti in Italia ed attivi professionalmente nel Cantone Ticino non hanno mai optato espressamente per il loro assicuratore sociale nazionale successivamente all'entrata in vigore dell'ALC. Il 12 febbraio 2008 (doc. XIII/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* . Gli assicurati sono di nazionalità italiana e pertanto cittadini di uno Stato contraente (art. 1 cpv. 2 Allegato II ALC). Inoltre, in qualità di lavoratore autonomo o subordinato, RI 1 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). I figli, senza attività lucrativa, in ambito di assicurazione malattia, come esposto in seguito, seguono la sorte del padre, frontaliere salariato all' estero. Con sentenza del 20 febbraio 2004 (H 197/03) concernente una cittadina germanica che beneficiava in Svizzera di una rendita straordinaria ed è ritornata nel proprio Paese, l' allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha affermato: " (...) Die Verfügung der SAK vom 12. Dezember 2002 wurde nach Inkrafttreten des FZA am 1. Juni 2002 erlassen und beschlägt Rentenleistungen für die Zeit ab 1. Januar 2003. Das Abkommen und die Koordinierungsverordnungen sind somit in zeitlicher Hinsicht anwendbar. Sie gelten für die Beschwerdeführerin ferner auch persönlicher Hinsicht, weil sie Arbeitnehmerin war, für welche die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, und Staatsangehörige eines Mitgliedstaates ist (Art. 2 Abs. 1 Verordnung Nr. 1408/71). (...)." Quanto al necessario

nesso transfrontaliero, esso è senz'altro dato (STF C 124/06 del 25 gennaio 2007, consid. 4.3). Ugualmente data è l'applicabilità *ratione materiae*, ritenuto che il regolamento n. 1408/71 si applica a tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale riguardanti: a) le prestazioni di malattia e di maternità; b) le prestazioni d'invalidità, comprese quelle dirette a conservare o migliorare la capacità di guadagno; c) le prestazioni di vecchiaia; d) le prestazioni ai superstiti; e) le prestazioni per infortunio sul lavoro e malattie professionali; f) gli assegni in caso di morte; g) le prestazioni di disoccupazione; h) le prestazioni familiari (art. 4 n. 1; cfr. a tal proposito: DTF 132 V 50 consid. 3.2.3; DTF 131 V 395 consid. 3.2).

5. L'ALC, per quanto concerne le assicurazioni sociali, rinvia al citato regolamento (CEE) n. 1408/71 e meglio ai suoi artt. 13-17bis che contengono le norme relative alla determinazione della legislazione applicabile. Il titolo II del regolamento n. 1408/71 (artt. 13 a 17bis) contiene delle regole atte a determinare la legislazione applicabile. L'art. 13 n. 1 enuncia il principio dell'unicità della legislazione applicabile in funzione delle regole previste dagli artt. 13 n. 2 a 17bis, dichiarando determinanti le disposizioni di un solo Stato membro. Salvo eccezioni, il lavoratore subordinato è soggetto alla legislazione del suo Stato di occupazione salariata, anche se risiede sul territorio di un altro Stato membro o se l'impresa o il datore di lavoro da cui dipende ha la propria sede o il proprio domicilio nel territorio di un altro Stato membro (principio della *lex loci laboris*; art. 13 n. 2 lett. a del regolamento n. 1408/71). Il lavoratore frontaliero sarebbe quindi soggetto, in virtù di questo principio, alla legislazione dello Stato in cui lavora (DTF 132 V 57 consid. 4.1 con riferimento, STFA del 25 gennaio 2007, C 124/06, consid. 5; cfr. anche l'articolo dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS), "Accordo sulla libera circolazione delle persone e sicurezza sociale con particolare riferimento ai rapporti fra Svizzera ed Italia", in RDAT I-2002, pag. 41 segg.; P. Cadotsch et Marie-Pierre Cardinaux, "Les effets de l'accord sur l'assujettissement et l'obligation de cotiser à l'AVS" in "L'accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE et ses effets à l'égard de la sécurité sociale en Suisse", Berna 2001, pag. 131 segg.). L'art. 13 del regolamento n. 1408/71 enumera le norme generali: "1. Le persone per cui è applicabile il presente regolamento sono soggette alla legislazione di un solo Stato membro, fatti salvi gli articoli 14quater e 14septies. Tale legislazione è determinata in base alle disposizioni del presente titolo. 2. Con riserva degli articoli da 14 a 17: a) la persona che esercita un'attività subordinata nel territorio di uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato anche se risiede nel territorio di un altro Stato membro o se l'impresa o il datore di lavoro da cui dipende ha la propria sede o il proprio domicilio nel territorio di un altro Stato membro; b) la persona che esercita un'attività autonoma nel territorio di uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato anche se risiede nel territorio di un altro Stato membro; (...) f) la persona cui cessi d'essere applicabile la legislazione di uno Stato membro senza che ad essa divenga applicabile la legislazione di un altro Stato membro in forza di una delle norme enunciate alle precedenti lettere o di una delle eccezioni o norme specifiche di cui agli articoli da 14 a 17, è soggetta alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio risiede, in conformità delle disposizioni di questa sola legislazione." L'ALC prevede dunque il principio dell'assoggettamento alla legislazione di un solo Stato (art. 13 del regolamento n. 1408/71). I cittadini dell'UE che lavorano solo in Svizzera sono soggetti alla legge svizzera (art. 13 del regolamento n. 1408/71), a meno di essere lavoratori distaccati o di far parte di una categoria speciale. I cittadini svizzeri o dell'UE che lavorano solo in uno degli Stati dell'UE non sottostanno alla legislazione svizzera (art. 13 del regolamento n. 1408/71), a meno che siano distaccati. L'art. 14 del regolamento n. 1408/71 concerne delle norme particolari

applicabili alle persone, diverse dai marittimi, che esercitano un'attività subordinata. In generale, i cittadini svizzeri o dell'UE che esercitano un'attività salariata in due o più Stati dell'UE sono assoggettati alla legislazione del loro Stato di residenza se una parte dell'attività vi è esercitata (art. 14 par. 2 punto b lett. i del regolamento n. 1408/71). Se il salariato non lavora nel suo Stato di residenza, è di regola assicurato nello Stato della sede del suo datore di lavoro (art. 14 par. 2 punto b lett. ii del regolamento n. 1408/71). Se lavora per più datori di lavoro che hanno sede in Stati differenti, va assicurato nel suo Stato di residenza (art. 14 par. 2 punto b lett. i del regolamento n. 1408/71). Per quanto concerne gli indipendenti, i cittadini svizzeri o dell'UE che lavorano come indipendenti solo in uno Stato dell'UE non sono assoggettati alla legislazione svizzera (art. 13 par. 2 lett. b regolamento n. 1408/71), a meno che non abbiano lo statuto di lavoratori distaccati. Invece, l'indipendente svizzero o dell'UE che lavora solo in Svizzera, sottostà alle leggi svizzere (art. 13 par. 2 lett. b del regolamento n. 1408/71), a meno di essere distaccato. Di regola, i cittadini svizzeri o dell'UE che esercitano l'attività indipendente in due o più Stati dell'UE o in Svizzera e nell'UE, sono assicurati nel luogo di residenza se una parte dell'attività vi è esercitata. Se non esercita alcuna attività nel suo Paese di residenza, è assicurato nel paese dove esercita l'attività principale (art. 14bis par. 2 del regolamento n. 1408/71). I cittadini svizzeri o dell'UE che esercitano simultaneamente un'attività indipendente in Svizzera e un'attività salariata in uno Stato dell'UE, sono di regola assicurati in entrambi gli Stati (eccezione al principio dell'affiliazione in un solo Stato). I cittadini svizzeri o dell'UE che esercitano simultaneamente un'attività salariata in Svizzera e un'attività indipendente in uno Stato dell'UE sono di regola assoggettati in Svizzera per l'insieme dei redditi acquisiti nei differenti Paesi. Per diversi Stati (tra cui l'Italia) v'è tuttavia un'eccezione. In tale particolare ipotesi, un cittadino svizzero o dell'UE è assoggettato in Svizzera per la sua attività salariata e nell'UE per la sua attività indipendente quando esercita la sua attività indipendente in uno Stato dell'Unione Europea. A questo proposito, l'art. 14quater del regolamento n. 1408/71 (Norme particolari applicabili alle persone che esercitano simultaneamente un'attività subordinata ed un'attività autonoma nel territorio di vari Stati membri), prevede: " La persona che esercita simultaneamente un'attività subordinata a un'attività autonoma nel territorio di vari Stati membri è soggetta: a) fatta salva la lettera b), alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività subordinata o, qualora eserciti una tale attività nel territorio di due o più Stati membri, alla legislazione determinata conformemente all'articolo 14 punti 2 o 3; b) nei casi menzionati nell'allegato VII: alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività subordinata, essendo questa legislazione determinata conformemente all'articolo 14 punti 2 o 3, qualora essa eserciti siffatta attività nel territorio di due o più Stati membri, e alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività autonoma, essendo questa legislazione determinata conformemente all'articolo 14 bis punti 2, 3 o 4, qualora essa eserciti siffatta attività nel territorio di due o più Stati membri." A norma dell'art. 17 del regolamento n. 1408/71: " Due o più Stati membri, le autorità competenti di detti Stati o gli organismi designati da tali autorità possono prevedere di comune accordo, nell'interesse di determinate categorie di persone o di determinate persone, eccezioni alle disposizioni degli articoli da 13 a 16." In merito alle norme citate, il Messaggio del Consiglio Federale del 23 giugno 1999 concernente l'approvazione degli Accordi bilaterali tra la Svizzera e la CE (FF 1999 4590: [http://www.ti.ch/generale/accordi/documenti/ac\\_messaggio.pdf](http://www.ti.ch/generale/accordi/documenti/ac_messaggio.pdf)), a pagina 185 prevede quanto segue: " Le persone coperte dal regolamento sono soggette esclusivamente alla legislazione di un solo Stato membro, di regola quella dello Stato in cui

lavora (principio dell'assoggettamento contributivo). Per determinati gruppi di persone sono applicabili norme speciali (in parte analoghe a quelle contenute nelle nostre convenzioni di sicurezza sociale). Queste norme concernono i lavoratori dipendenti e autonomi distaccati, le persone attive in diversi Stati, i lavoratori occupati in un'azienda transfrontaliera, i lavoratori dipendenti o autonomi che lavorano contemporaneamente in più Stati membri e il personale delle ambasciate e dei consolati. Una clausola evasiva (art. 17) permette in singoli casi deroghe a favore degli assicurati. Se le norme previste non permettono di stabilire l'assoggettamento di una persona alla legislazione di uno Stato, il regolamento impone a titolo sussidiario il principio del Paese di residenza.". La regola dell' assoggettamento alla legislazione di un solo Stato (art. 13 regolamento n. 1408/71) non si applica ai lavoratori che non sono cittadini dell' UE, dell' AELS o della Svizzera. In effetti, nei casi non regolati dall' ALC, l' affiliazione alla LAMal viene stabilita sulla base delle Convenzioni internazionali sulla sicurezza sociale sottoscritte dalla Svizzera. Se invece non esiste alcuna Convenzione, l' assoggettamento è determinato secondo il diritto svizzero. A questo proposito, in merito ai frontalieri l' art. 3 OAMal recita: " 1 A loro domanda vengono assoggettati all'assicurazione svizzera i frontalieri che esercitano un'attività lucrativa in Svizzera non soggetti all'obbligo d'assicurazione ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera d ed e nonché i loro familiari, purché non esercitino all'estero un'attività lucrativa per cui siano tenuti ad assicurarsi contro le malattie. 2 Sono considerati familiari il coniuge e i figli che non hanno ancora compiuto i 18 anni come pure i figli in formazione che non hanno ancora compiuto i 25 anni.". 6. Di principio, dunque, gli assicurati sono soggetti alla legislazione di un solo Stato membro, di regola quella dello Stato in cui lavorano ( principio dell'assoggettamento contributivo ). Tuttavia, nell' ambito dell' assoggettamento all'assicurazione malattie, per alcuni Paesi vige il diritto di opzione, nel senso che i cittadini di Paesi membri dell'Unione europea residenti in questi Paesi possono scegliere tra l'assicurazione del loro luogo di residenza e l'assicurazione dello Stato in cui lavorano. L'art. 89 del regolamento n. 1408/71 prevede che " le modalità particolari di applicazione delle legislazioni di alcuni Stati membri sono indicate nell'Allegato VI ". L'Allegato II dell'ALC, Sezione A, al punto 1, lett. o, prevede di aggiungere nell'allegato VI del regolamento n. 1408/71 diverse disposizioni, fra cui un testo relativo all'assicurazione obbligatoria nell' ambito dell' assicurazione malattia svizzera e possibilità di esenzione ( <http://www.admin.ch/ch/i/rs/i1/0.142.112.681.it.pdf> , cifra 3 a pag. 46): " o) nell'allegato VI [ <http://www.admin.ch/ch/i/rs/i8/0.831.109.268.1.it.pdf>] è aggiunto il testo seguente: (...)

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 pour 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour de travail pour les frontaliers, 1<sup>er</sup> jour de versement de la rente pour les frontaliers rentiers, 1<sup>er</sup> 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. 7. Va ancora rammentato che per l'art. 6 cpv. 1 LAMal, i Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione. A norma dell'art. 6 cpv. 2 LAMal, l'autorità designata dal Cantone affilia ad un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente. L'art. 6a cpv. 1 LAMal prevede che i Cantoni informano circa l'obbligo di assicurazione le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi in virtù di un'attività lucrativa esercitata in Svizzera (lett. a), le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione (lett. b), le persone tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una rendita svizzera e che trasferiscono la loro residenza in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia (lett. c). Per l'art. 6a cpv. 2 LAMal, l'informazione secondo il capoverso 1 vale automaticamente per i familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia. Giusta l'art. 6a cpv.

## **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 (doc. XIII/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. XIII/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. XIII/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. XIII/1) l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali rispettivamente l'

## **E. 8**

ottobre 2008 (doc. 1). Pertanto, questo esercizio non è avvenuto né al momento in cui ha iniziato la sua attività lucrativa in Svizzera, ossia entro fine luglio 2008, né nell'ambito della procedura in sanatoria del giugno-settembre 2008 (doc. XIII/3), ovvero entro il 30 settembre 2008. La conseguenza è stata, come anticipato nello scritto del 12 giugno 2008 inviato all'interessato 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 e dei suoi familiari ad una cassa malati svizzera da parte dell'Ufficio assicurazione malattia, in concreto emessa il 19 gennaio 2009 (doc. 2). Sia con il reclamo del 2 febbraio 2009 (doc. A2) sia con il ricorso del 6 aprile 2009 (doc. I), l'assicurato ha giustificato la ritardata spedizione all'UAM del formulario TI 1 entro il termine del 30 settembre 2008 invocando problemi familiari, e meglio l'accidentale morte di un cugino avvenuta a fine luglio 2008. Questi particolari elementi personali hanno distolto le sue attenzioni dalla gestione delle incombenze amministrative, impedendolo così di inoltrare tempestivamente alla competente autorità il modulo per l'esercizio del diritto d'opzione concernente la copertura assicurativa contro le malattie. 12. Occorre dunque verificare se le motivazioni addotte dal ricorrente siano sufficienti per scusare la sua inadempienza. 13. La cifra 3 lett. b/aa dell'Allegato II degli Accordi bilaterali prevede che la domanda di sottomissione al sistema sanitario sociale del Paese di residenza debba 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 (effetti ex tunc). La norma non specifica e non dettaglia le ipotesi in cui il ritardo possa essere giustificato. Questo Tribunale ritiene che i "casi giustificati" previsti da questo disposto siano assimilabili, per analogia, al principio della restituzione dei termini che, nell'ambito delle assicurazioni sociali rette dal diritto federale, è contemplato all'art. 41 LPGA. Questa norma prevede che se il richiedente o il suo rappresentante è stato impedito, senza sua colpa, di agire entro il termine stabilito, lo stesso è restituito, sempre che l'interessato lo domandi adducendone i motivi entro 30 giorni dalla cessazione dell'impedimento e compia l'atto omesso. Per "impedimento non colpevole" si intende, non soltanto l'impossibilità oggettiva o la forza maggiore, ma anche l'impossibilità che risulta da circostanze personali o da un errore scusabile. Queste circostanze devono comunque essere valutate oggettivamente. In definitiva, al richiedente non deve potere essere rimproverata una negligenza (DTF 96 II 265 consid. 1a; STFA I 393/01 del 21 novembre 2001; Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo 2009, N. 4 ad art. 41, pag. 526; Kieser

, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, pag. 170 seg.; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, Zurigo 1998, n. 151). La giurisprudenza federale ammette che il decesso, una grave malattia contratta improvvisamente, in particolare una patologia seria insorta quando il termine sta per scadere, la degenza in ospedale possano costituire un impedimento non colposo. Non basta però che l'interessato medesimo sia stato impedito di agire entro il termine stabilito, lo stesso dovendo oltre a ciò essere pure stato impossibilitato ad incaricare un terzo di compiere gli atti di procedura necessari (RDAT II-1999 n. 8, pag. 32; DTF 119 II 86, consid. 2a, DTF 112 V 255, consid. 2a; cfr., pure, STFA K 34/03 del 2 luglio 2003). Non costituiscono, per contro, motivi scusabili il sovraccarico di lavoro, l'ignoranza del diritto, rispettivamente l'insicurezza dovuta all'introduzione di una nuova norma legale (STFA C 366/99 del 18 gennaio 2000; DLA 2002 N. 15 pag. 113; DLA 2000 N. 6, consid. 2, pag. 31; DLA 1988 N. 17, consid. 4a, pag. 128; DTF 110 V 339, consid. 3; DTF 110 V 210, consid. 4). A livello cantonale, una regolamentazione simile è stata adottata nell'ambito del diritto alla riduzione dei premi dell'assicurazione obbligatoria (art. 65 LAMal), concretizzata a livello ticinese con la legge di applicazione (LCAMal) ed il regolamento (RLCAMal). Quest'ultimo, all'art. 11 cpv. 2, prevede che " Per casi particolari e per ragioni comprovate ", l'Istituto delle assicurazioni sociali può ritenere anche istanze che giungessero fuori dei termini stabiliti per l'inoltro della richiesta di riduzione dei premi. Partendo dalla considerazione che la LCAMal ed il RLCAMal vogliono una procedura semplice, senza necessità di produrre documentazione specifica e senza particolari esigenze formali, il Tribunale cantonale delle assicurazioni, nella sua costante prassi, ha interpretato in modo restrittivo tale norma cantonale. Il TCA ha, ad esempio, già considerato che un ritardo di oltre un anno a fronte di un'importante malattia dello stesso assicurato non poteva essere considerato fatto giustificativo sufficiente (STCA 24 aprile 2002, inc. 36.2002.5). Ha inoltre ritenuto insufficiente, come motivo giustificativo, che l'assicurato fosse tossicodipendente – con conseguenti difficoltà fisiche e psichiche – nel periodo per il quale ha chiesto il diritto alla riduzione del premio di cassa malati. Infatti, essendo coniugato e ritenuto come sua moglie si fosse occupata di lui e l'avesse aiutato a passare il brutto periodo che stava vivendo, è stato ritenuto che il ricorrente potesse e dovesse fare capo alla moglie anche per la gestione delle sue pratiche correnti e quindi anche quella relativa alla riduzione dei premi di cassa malati (STCA 14 marzo 2006, inc. 36.2006.16; STCA del 21 luglio 2008, inc. 36.2008.49/53/54). Alla medesima soluzione il TCA è giunto nel caso di un assicurato alla ricerca di un lavoro la cui moglie, gestante, ha avuto problemi di salute sia prima sia dopo il parto. Queste difficoltà non l'hanno comunque impedito di compilare e spedire la richiesta di sussidio, operazione che in sé richiede poco tempo (STCA dell'

## **E. 11**

maggio 2007, consid. 3, in SVR 2007 EL n. 8 pag. 20). In effetti, dagli atti non emerge che il suo stato di salute, seppure compromesso emotivamente e psicologicamente, era tale da influire sulla sua capacità di comprendere i suoi obblighi e di gestirsi a livello personale ed amministrativo. Nemmeno la sofferenza patita, i problemi familiari che hanno investito la sua sfera personale ed affettiva possono giustificare l'invio tardivo, il 7 ottobre 2008, del formulario. Nella sentenza di principio emessa il 1° dicembre 2009 (36.2009.16), questo Tribunale non ha ammesso come motivo giustificativo del mancato invio del modulo TI 1 all'UAM entro il 30 settembre 2008, il fatto che l'assicurato fosse malato ed abbia subito un intervento chirurgico e che sua moglie fosse da tempo malata di cancro – ciò che

purtroppo ne ha comportato poi il decesso -, poiché anche in quell' evenienza è stato sottolineato che la compilazione del citato formulario è semplice e veloce e non richiede particolari conoscenze. Alla luce di quanto esposto, le spiegazioni fornite dal ricorrente non possono essere intese quali caso giustificato e non costituiscono motivo che possa sanare il mancato invio all' Ufficio assicurazione malattia della richiesta di opzione entro il termine supplementare del 30 settembre 2008, quale invece poteva essere una grave malattia improvvisa che avesse impedito l'assicurato di agire tempestivamente od avesse creato l'impossibilità, per altri motivi (per esempio un incidente con conseguenze notevoli), di compiere gli atti necessari entro il termine previsto per far valere l'opzione in questione. Non sono di conseguenza dati in specie i presupposti stabiliti dalla legge e dalla giurisprudenza, sia quella federale sia quella sviluppata da questo Tribunale, per giustificare il mancato rispetto del termine di tre mesi per esercitare il diritto d' opzione per il sistema sanitario nazionale in virtù della cifra 3 lett. b/aa dell' Allegato II dell' ALC e dell' Allegato VI del regolamento n. 1408/71. Questo Tribunale osserva poi che tanto più il bisogno economico è pressante, quanto più l' attenzione e la diligenza che le persone interessate debbono porre al rispetto del termine, che appare comunque sufficientemente lungo e facile da rispettare poiché le procedure non richiedono passi complessi, deve essere alta.

#### **E. 15**

Da quanto precede discende che in virtù dell'ALC ed in particolare del regolamento n. 1408/71, che prevede l'affiliazione obbligatoria nello Stato in cui viene svolta l'attività lucrativa (fatte salve determinate situazioni, quali quelle elencate all' a cifra 3 dell' Allegato VI del regolamento n. 1408/71, cfr. consid. 6, che in concreto non si sono realizzate), a giusta ragione l'Ufficio assicurazione malattia ha affiliato d' ufficio ad una cassa malati svizzera il ricorrente ed i suoi familiari non esercitanti un' attività lucrativa. Non presentando l' apposito formulario all' UAM, rispettivamente non avendo esercitato il proprio diritto d'opzione (nemmeno) nei tre mesi supplementari concessi in sanatoria, l' insorgente deve ora così sopportare le conseguenze della sua inadempienza, anche se dovuta ad un (banale) ritardo di 7 giorni, essendo egli in quel periodo concentrato sui suoi problemi familiari piuttosto che su altri di tipo amministrativo, come il diritto d' opzione.

16. A quest' ultimo proposito, va infine osservato che nemmeno la circostanza che durante la procedura amministrativa ed ancora davanti a questo Tribunale l' assicurato abbia chiesto di essere esonerato dall' affiliazione all' assicurazione malattia svizzera siccome egli è già debitamente assicurato al sistema sanitario nazionale italiano, può venirgli in aiuto. Al riguardo, il rappresentante dell' insorgente (doc. X) ha invocato l'eccezione dell' art. 2 cpv. 2 LAMal [ recte: art. 2 cpv. 2 OAMal] ed ha quindi chiesto di non essere tenuto all' obbligo assicurativo in Svizzera. Occorre tuttavia evidenziare che il ricorrente ha citato l' art. 2 cpv. 2 OAMal nel suo tenore in vigore fino al 31 maggio 2002: " A domanda, sono esentate dall' obbligo d' assicurazione le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù del diritto estero, se l' assoggettamento all' assicurazione svizzera costituirebbe un doppio onere e se esse beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. A domanda va accluso un attestato scritto dell' organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie.". Invece, con la modifica del 22 maggio 2002 (RU 2002 1633) dell' Ordinanza sull' assicurazione malattia (OAMal) a seguito dell' entrata in vigore degli Accordi bilaterali tra la Confederazione Svizzera e la Comunità Europea ed i suoi Stati membri, dal 1° giugno 2002 l' art. 2 cpv. 2 OAMal recita ora come segue: " A domanda, sono esentate dall' obbligo d' assicurazione le persone obbligatoriamente assicurate contro le

malattie in virtù del diritto di uno Stato con il quale non sussiste alcuna normativa concernente la delimitazione dell'obbligo di assicurazione, se l'assoggettamento all'assicurazione svizzera costituirebbe un doppio onere e se esse beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie." Questa norma, contrariamente a quanto ritiene il ricorrente, non può essere applicata al caso in esame e nemmeno ad altri ad esso simili, poiché si riferisce a situazioni in cui un assicurato è obbligatoriamente affiliato ad un sistema sanitario estero con il cui Stato la Svizzera non ha sottoscritto una Convenzione sulla sicurezza sociale e per il quale occorre dunque esaminare se sia data una copertura estera equivalente a quella svizzera. Ciò non è il caso dell'Italia, dato che esiste la Convenzione sulla sicurezza sociale del 14 dicembre 1962 fra il nostro Paese e la Repubblica italiana, sebbene con l'entrata in vigore dei citati Accordi bilaterali sia stata sospesa conformemente all'art. 20 ALC: "Salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo." Pertanto, come già esposto al considerando 6 in fine, nel caso di persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea che lavorano sul nostro territorio, va applicato l'art. 2 cpv. 6 OAMal, anch'esso nel tenore in vigore dal 1° giugno 2002: "A domanda, sono esentate dall'obbligo di assicurazione le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone e al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza e che durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera." Questa norma concretizza infatti quanto dispone l'Allegato II dell'ALC, Sezione A, al punto 1, lett. o, cifra 3, che esenta i cittadini comunitari residenti in Austria, Francia, Germania ed Italia dall'affiliarsi obbligatoriamente alla cassa malati svizzera. Ne discende che, in virtù di questa norma (cifra 3/aa) e di tutto quanto precede, l'assicurato, occorre ribadirlo, avrebbe dovuto esercitare il suo diritto d'opzione per l'Italia a tempo debito, ovvero entro il termine supplementare del 30 settembre 2008. Una successiva manifestazione di questa sua volontà (7 ottobre 2008) non può più supplire alla sua mancanza – come visto – ingiustificata, nel senso inteso dagli Accordi bilaterali. 17. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata va confermata. Occorre qui ancora rammentare al ricorrente che può chiedere all'UAM di beneficiare, se dati i presupposti, del diritto alla riduzione cantonale per il pagamento del premio dell'assicurazione malattie, conformemente a quanto previsto dall'art. 65a LAMal e che è sua facoltà, nei termini e nei modi previsti dalla legge, di cambiare l'assicuratore presso cui è stato affiliato dall'UAM.

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