

## **TI\_GERICHTE 36.2009.69 vom 14. Januar 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-01-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2009.69\\_d20090114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.69_d20090114)

FR: TI\_GERICHTE 36.2009.69 du 14 janvier 2009

IT: TI\_GERICHTE 36.2009.69 del 14 gennaio 2009

### **Regeste**

Affiliazione d'ufficio di frontaliere a CM Svizzera. Mancata tempestiva opzione per sistema sanitario del Paese di residenza. Termine di sanatoria decorso infruttuoso: timbro postale del 1 ottobre 2008, nonostante la ricorrente sostenga d'averne spedito il 5 settembre 2008 per posta semplice il modulo TI

### **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 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 2005 ed è al beneficio di un permesso di lavoro G CE/AELS. Tuttavia, da quando ha iniziato a lavorare nel nostro Paese, l'assicurata non ha esercitato entro il termine di 3 mesi il diritto d'opzione a favore del sistema assicurativo nazionale italiano. Di principio, quindi, la ricorrente ed i membri della sua famiglia che non esercitano un'attività lucrativa sono automaticamente assicurati obbligatoriamente all'assicurazione malattia svizzera. 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 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 le 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.". 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 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. 6. Va ancora rammentato che per l'art. 6 cpv. 1 LAMal, i Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione. A norma dell'art. 6 cpv. 2 LAMal, l'autorità designata dal Cantone affilia ad un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente. L'art. 6a cpv. 1 LAMal prevede che i Cantoni informano circa l'obbligo di assicurazione le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi in virtù di un'attività lucrativa esercitata in Svizzera (lett. a), le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione (lett. b), le persone tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una rendita svizzera e che trasferiscono la loro residenza in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia (lett. c). Per l'art. 6a cpv. 2 LAMal, l'informazione secondo il capoverso 1 vale automaticamente per i familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia. Giusta l'art. 6a cpv.

#### **E. 08**

i lavoratori beneficiari del permesso G per frontalieri – esclusi i familiari - che tra il 2002 ed il 2007 non hanno rispedito l' apposito modulo TI 1 relativo al diritto d' opzione per il sistema assicurativo nazionale che lo stesso Ufficio assicurazione malattia, al momento in cui hanno ottenuto il permesso G, ha trasmesso ad ognuno di loro unitamente ad una lettera che spiegava il principio dell' assoggettamento al diritto svizzero, ad una tavola sinottica e ad una busta recante l' indirizzo del destinatario. Con risposta del 13 marzo 2008 l' Ufficio federale della sanità pubblica ha riconosciuto che la procedura adottata dall' ALC è difficile da concretizzare. Inoltre, i frontalieri italiani fanno fatica a capire il sistema assicurativo svizzero, dato che non hanno l' abitudine di intraprendere passi amministrativi particolari per affiliarsi all' assicurazione malattia, poiché assicurati automaticamente in Italia. Pertanto, l' UFSP non ha ritenuto opportuno affiliare d' ufficio con effetto retroattivo le persone che non hanno fornito all'amministrazione cantonale le necessarie informazioni. L' amministrazione federale ha sottolineato l'importanza per tutti i frontalieri e le loro famiglie di una copertura assicurativa in caso di malattia, in Svizzera o in Italia, e per evitare gli effetti (decisamente sfavorevoli) ex tunc di tale affiliazione ha aderito alle richieste ticinesi, considerando pure che l' affiliazione d' ufficio di così tante persone avrebbe comportato un lavoro enorme per il Canton Ticino e gli assicuratori, oltre che ad una difficoltà di messa in pratica dell' affiliazione stessa, con rischi per l'incasso dei premi dell' assicurazione malattia svizzera. L' UFSP ha quindi fornito all' UAM indicazioni su come evadere i problemi connessi all' affiliazione tardiva segnalata. A questo proposito, il 24 aprile 2008 l' amministrazione federale ha affermato tra l' altro che: " Comme vous le relevez à juste titre, la fixation d'un délai extraordinaire pour l'exercice du droit d'option dans des cas justifiés correspond à la solution prévue par l'annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes (section A, art. 3, let. b, p. aa). Dans le cas d'espèce, la prolongation du délai de trois mois se justifie du fait que les personnes qui étaient assurées en Italie n'ont vraisemblablement pas compris l'importance de remplir correctement le formulaire relatif au droit d'option. Conformément à la disposition susmentionnée, l'exemption déploie ses effets dès le début de l'assujettissement à l'assurance obligatoire, c'est-à-dire avec effet

rétroactif, donc ex tunc (et non ex nunc , comme vous l'indiquez dans votre lettre du 2 avril 2008)". Sulla scorta delle indicazioni ricevute, il 29 aprile 2008 l'Ufficio assicurazione malattia ha quindi allestito una lettera personale per ogni lavoratore frontaliero che non aveva esercitato il diritto d'opzione, una lettera d'informazione destinata a tutti i datori di lavoro del Canton Ticino ed un comunicato stampa da parte del Consiglio di Stato del Cantone Ticino, che sono stati sottoposti alle autorità federali. Il 7 maggio 2008 l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali rispettivamente l'

## **E. 8**

maggio 2008 l'UFSP, hanno dato il loro benestare per questa procedura in sanatoria. Questi scambi epistolari sono stati innanzitutto concretizzati il 3 giugno 2008, quando il Consiglio di Stato ha comunicato a mezzo di un bollettino stampa informativo che siccome un gran numero di frontalieri non aveva a suo tempo, ossia nei tre mesi dall'ottenimento del permesso G, esercitato il diritto d'opzione per il proprio sistema sanitario nazionale o comunicato la copertura in virtù del sistema sanitario nazionale, onde evitare il loro assoggettamento obbligatorio al sistema assicurativo svizzero, ha ritenuto legittimo concedere un periodo supplementare di tre mesi, di carattere unico e straordinario, per l'eventuale esercizio del diritto d'opzione. Il Consiglio di Stato ha fissato al 30 settembre 2008 il termine ultimo per esercitare questo diritto in via di sanatoria. Il 12 giugno 2008 l'Ufficio assicurazione malattia ha inviato 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. L'Esecutivo, dopo avere esposto brevemente le norme applicabili al caso concreto, ha affermato che spetta ai Cantoni verificare se i frontalieri che intendono chiedere l'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera dispongono di un'altra protezione assicurativa sufficiente ed ha rilevato che il termine di tre mesi per la presentazione della domanda è applicato in modo elastico nella maggior parte dei Cantoni. Il Consiglio federale ha inoltre evidenziato che le esperienze dei Cantoni hanno mostrato che sono soprattutto i frontalieri residenti in Italia ad avere difficoltà con questa procedura e che sono attualmente in corso trattative per adeguare l'allegato II dell'ALC che disciplina i sistemi di sicurezza sociale. L'intenzione è quella di conservare il diritto di opzione in quanto tale, ma per agevolare l'attuazione, la Svizzera concorderà speciali modalità esecutive con singoli Stati. In quest'ambito l'Esecutivo federale sta verificando la possibilità di negoziare una procedura speciale per i frontalieri italiani che vada maggiormente incontro alle esigenze degli interessati. Occorre qui comunque evidenziare che questo Tribunale deve applicare le norme attualmente in vigore e non può anticipare eventuali cambiamenti, che del resto non sono neppure ancora stati discussi a livello parlamentare (cfr., in tal senso, DTF 133 V 201). 10. Dalla documentazione agli atti

emerge che la ricorrente ha esercitato il diritto d'opzione per il sistema sanitario del Paese di residenza soltanto il 1° ottobre 2008 a mezzo del formulario TI 1 e l'Ufficio assicurazione malattia l'ha ricevuto il 2 ottobre 2008 (doc. 1). Pertanto, ciò non è avvenuto né al momento in cui ha iniziato la sua attività lucrativa in Svizzera, né nell'ambito della procedura in sanatoria del giugno-settembre 2008, ovvero entro il 30 settembre 2008. La conseguenza è stata, come anticipato nello scritto del 12 giugno 2008 inviato alla ricorrente ed a tutti i frontalieri che non avevano ancora optato per il loro sistema sanitario, l'emanazione della decisione di affiliazione d'ufficio dell'assicurata ad una cassa malati svizzera da parte dell'Ufficio assicurazione malattia, in concreto emessa il 14 gennaio 2009 (doc. 2). L'assicurata, essendo venuta a conoscenza dell'obbligo di optare per l'uno o l'altro servizio sanitario nazionale prima della scadenza del termine di sanatoria fissato dall'UAM, sostiene di avere compilato e spedito già il 5 settembre 2008 il suo formulario TI 1. L'autorità competente, per contro, afferma di averlo ricevuto soltanto il 2 ottobre 2008, tutt'al più che il timbro postale apposto è del 1° ottobre 2008. 11. Alla luce di queste considerazioni, occorre dunque accertare se effettivamente la ricorrente abbia spedito questo modulo il 5/6 settembre 2008 all'Ufficio assicurazione malattia. 12. 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. 13. 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'insieme delle circostanze, quali la mancata protesta da parte di una persona che riceve richiami (S TCA del 22 luglio 2005, inc. 36.2005.3 e 4). 14. In primo luogo, questo Tribunale osserva che, con il reclamo del 16 febbraio 2009 (doc. 3), l'assicurata ha evidenziato che " non so neppure io come sia arrivata in ritardo il mio formulario avendolo compilato il 5 settembre e spedito il giorno dopo. ". In seguito, anche con il ricorso, il 15 aprile 2009, l'interessata ha affermato di " aver provveduto a compilare il formulario TI1 il 5 settembre 2008 e di averlo consegnato in posta il giorno successivo. ". Per contro, rispondendo alle domande poste dal Giudice delegato, il 20 maggio 2009 (doc. VI) la ricorrente ha indicato alla risposta n. 7 che " ho compilato il formulario che mi è stato recapitato regolarmente in fase di sanatoria il 5 settembre 2008 e l'ho spedito il giorno stesso. ". Inoltre, in coda alle risposte date, l'insorgente ha ribadito che " Ricordo perfettamente di averla imbucata a \_\_\_\_\_ lo stesso pomeriggio della compilazione, quindi il 5 settembre ". Seppure rimangano dei dubbi riguardo al momento in cui la ricorrente avrebbe spedito il predetto modulo - circostanza, questa, determinante per verificare se essa ha tempestivamente esercitato il suo diritto d'opzione in conformità dell'Allegato II all'ALC e dell'Allegato VI al regolamento n. 1408/71 -, va essenzialmente ritenuto che l'assicurata rileva di avere inoltrato tempestivamente il suo modulo TI 1 all'Ufficio assicurazione malattia. Inoltre, per sua stessa ammissione, ella ha affermato di avere spedito questo formulario per invio non raccomandato (doc. VI in fine: " ho ricevuto un documento con posta normale e l'ho rispedito indietro con altrettanta affrancatura normale. "; doc. X). 15. La questione del preteso invio tempestivo all'UAM, da parte della ricorrente, del modulo TI 1, va risolta alla luce della consolidata giurisprudenza sviluppata da questo Tribunale (prima fra tutte: S TCA del 17 ottobre 2005, inc. 36.2005.86; fra le ultime: S TCA del 21 luglio 2008, inc. 36.2008.49+53+54; S TCA del 5 agosto 2009, inc. 36.2009.106; S TCA del 19 ottobre 2009, inc. 36.2009.141; S TCA del 9 novembre 2009, inc. 36.2009.171; S TCA del 23 novembre 2009, 36.2009.77; S TCA del 23 novembre 2009, 36.2009.81; S TCA del 25 novembre 2009, 36.2009.71; S TCA del 30 novembre 2009, 36.2009.23, S TCA del 2 dicembre 2009, 36.2009.26; S TCA del 14 dicembre 2009, 36.2009.28). 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. 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 al 5 e neppure al 6 settembre 2008. Il fatto che l'insorgente possieda la copia del formulario TI 1 compilata il 5 settembre 2008 non consente ancora di dimostrare che tale documento sia stato effettivamente spedito quel giorno. 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 ad inizio settembre 2008 (e quindi l'assenza della ricevuta postale della spedizione per raccomandata o specifica corrispondenza riferentesi alla documentazione in discussione, nonché la testimonianza del buralista postale), l'interessata deve sopportare le conseguenze delle sue omissioni. 16. Resta quindi da esaminare la tempestività dell'esercizio del diritto d'opzione da parte della ricorrente. Nel caso in discussione, va osservato che il formulario TI 1 relativo all'opzione per il sistema sanitario italiano, seppure compilato il 5 settembre 2008 (doc. 1), è pervenuto all'Ufficio assicurazione malattia (soltanto) il 2 ottobre 2008 (cfr. timbro apposto dall'autorità cantonale sul predetto modulo). Ora, malgrado le rassicurazioni della ricorrente che, come visto, sostiene di averlo spedito il 5/6 settembre 2008, ciò che conta è che la busta di trasmissione prestampata pervenuta all'autorità competente è stata elaborata dall'Ufficio postale di \_\_\_\_\_ il 1° ottobre 2008, come è chiaramente osservabile dal timbro postale apposto sul francobollo, e che essa è pervenuta all'UAM il 2 ottobre 2008. Stante quanto precede, non si può manifestamente desumere il rispetto del termine del 30 settembre 2008 fissato dall'autorità competente per l'inoltro del formulario. Di conseguenza, questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni non deve ritenere come validamente trasmesso all'autorità competente il formulario TI 1 con l'opzione per l'Italia, che la ricorrente ha compilato il 5 settembre 2008 e spedito il 1° ottobre 2008. Ne discende, così, che l'esercizio del diritto d'opzione da parte dell'insorgente non è avvenuto entro il termine legale di tre mesi stabilito con la procedura di sanatoria 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 anch'esse sono manifestamente tardive. 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. 17. Non va inoltre dimenticato che la possibilità di optare per l'assicurazione del proprio Paese di residenza è un'eccezione al principio generale dell'affiliazione al luogo di lavoro prevista dal diritto comunitario, concessa dalla Svizzera in particolare ai Paesi confinanti, tra cui l'Italia, membro fondatore dell'UE ed i cui cittadini devono pertanto essere a conoscenza dei principi generali che reggono il diritto comunitario. Del resto la facoltà di opzione, che non è prevista in senso contrario - ovvero per gli svizzeri che si recano a lavorare in Italia o in un altro Paese confinante -, se esercitata

permette ai lavoratori frontalieri di non dover pagare dei premi notoriamente elevati che invece i residenti su suolo elvetico, che sono di principio tenuti ad affiliarsi in Svizzera (assieme a tutta la famiglia), devono accollarsi senza alcuna possibilità di assicurarsi altrove. Ciò avrebbe dovuto imporre all'insorgente una maggiore attenzione. 18. L'insorgente solleva anche, genericamente, la tutela della sua buona fede. Va rilevato che il principio generale della buona fede, sancito dall'art. 9 Cost. fed., permette al cittadino di esigere che l'autorità rispetti le proprie promesse e che essa eviti di contraddirsi. Così, un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a consentire ad un assicurato un vantaggio contrario alla legge. Tuttavia, secondo la giurisprudenza, di regola un'informazione erronea è vincolante quando l'autorità, intervenendo in una situazione concreta nei confronti di persone determinate, era competente a rilasciarla, il cittadino non poteva riconoscerne l'inesattezza e, sempre che l'ordinamento legale non sia mutato nel frattempo, fidandosi dell'informazione ricevuta egli abbia preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio (DTF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMI 2000 KV 126 pag. 223, KV 133 pag. 291 consid. 2a; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost. fed., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 121 V 66 consid. 2a e sentenze ivi citate). In concreto, la ricorrente non evidenzia di aver ricevuto informazioni errate. Pertanto, manca già di primo acchito un presupposto per potere tutelare la sua buona fede. La lamentela esposta va pertanto respinta. 19.

L'assicurata ha sollevato infine una violazione del principio della proporzionalità ed implicitamente un formalismo eccessivo, ritenuto che la comunicazione della sua intenzione di volere rimanere affiliata al sistema sanitario del suo Paese di residenza è stata timbrata dalla Posta svizzera soltanto il 1° ottobre 2008 (doc. X). Va qui rammentato che gli art. 9 e 29 Cost. fed. prevedono che ognuno ha diritto d'essere trattato senza arbitrio e secondo il principio della buona fede da parte degli organi dello Stato e che in procedimenti dinanzi ad autorità giudiziarie o amministrative, ognuno ha diritto alla parità ed equità di trattamento, nonché ad essere giudicato entro un termine ragionevole. In DTF 127 I 131, il TF ha rammentato che “ Das aus Art. 29 Abs. 1 BV (früher aus Art. 4 aBV) fließende Verbot des überspitzten Formalismus wendet sich gegen prozessuale Formenstrenge, die als exzessiv erscheint, durch kein schutzwürdiges Interesse gerechtfertigt ist, zum blossen Selbstzweck wird und die Verwirklichung des materiellen Rechts in unhaltbarer Weise erschwert oder gar verhindert. Das Bundesgericht prüft frei, ob eine solche Rechtsverweigerung vorliegt (BGE 125 I 166 E. 3a S. 170 mit Hinweisen) “. Il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha ancora rilevato, in DTF 130 V 177, che „ Überspitzter Formalismus ist eine besondere Form der Rechtsverweigerung. Eine solche liegt vor, wenn für ein Verfahren rigorose Formvorschriften aufgestellt werden, ohne dass die Strenge sachlich gerechtfertigt wäre, wenn die Behörde formelle Vorschriften mit übertriebener Schärfe handhabt oder an Rechtschriften überspannte Anforderungen stellt und den Bürgern und Bürgerinnen den Rechtsweg in unzulässiger Weise versperrt (BGE 120 V 417 Erw. 4b). Wohl sind im Rechtsgang prozessuale Formen unerlässlich, um die ordnungsgemässe und rechtsgleiche Abwicklung des Verfahrens sowie die Durchsetzung des materiellen Rechts zu gewährleisten. Nicht jede prozessuale Formstrenge steht demnach mit Art. 29 Abs. 1 BV im Widerspruch. Überspitzter Formalismus ist nur gegeben, wenn die strikte Anwendung der Formvorschriften durch keine schutzwürdigen Interessen gerechtfertigt ist, zum blossen Selbstzweck wird und die Verwirklichung des materiellen Rechts in unhaltbarer Weise erschwert oder verhindert (BGE 128 II 142 Erw. 2a, 127 I 34 Erw. 2a/bb; zu Art. 4 Abs. 1 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 125 I 170 Erw. 3a, 118 V 315

Erw. 4 mit Hinweis). “ Il principio della proporzionalità esige che le misure adottate dall'ente pubblico siano idonee a raggiungere lo scopo desiderato e che, di fronte a soluzioni diverse, si scelgano quelle meno pregiudizievoli per i diritti dei privati (art. 36 cpv. 3 Cost. fed., DTF 128 II 340 consid. 4; 125 I 209 consid. 10d/aa pag. 223, 441 consid. 3b). Nella fattispecie l'amministrazione, che avrebbe potuto affiliare d'ufficio l'interessata tre mesi dopo l'inizio dell'obbligo assicurativo nel corso del 2005, si è invece attivata su più fronti ed in modo eterogeneo, riuscendo ad ottenere dalle autorità federali la possibilità di concedere una sanatoria a tutti quei frontalieri che non hanno optato entro il termine di tre mesi previsto dall'ALC e provvedendo così successivamente ad informare ampiamente tutti i lavoratori frontalieri toccati da questa misura. Inoltre, l'UAM ha applicato un termine più volte prorogato (nel 2002 e nel 2003) e concordato con le autorità federali. Chiedere all'interessata di rispettare perlomeno l'ultimo termine assegnato (30 settembre 2008) non viola di certo il principio della proporzionalità ed il divieto del formalismo eccessivo. 20. La ricorrente invoca da ultimo l' applicazione dell' art. 3 OAMal, sostenendo che i lavoratori frontalieri hanno la facoltà di scelta e non l'obbligo di assicurarsi in Svizzera se non optano in favore del sistema assicurativo del proprio Paese di residenza. Questa censura, già risolta in altre procedure parallele (cfr., fra le ultime, S TCA del 16 novembre 2009, 36.2009.150), va respinta. Infatti, l' art. 3 OAMal indicato dall' assicurata si applica ai frontalieri cittadini di Paesi extracomunitari (cfr. consid. 4 in fine), mentre per i frontalieri cittadini dei Paesi dell'UE vige l'ALC. In questo senso, i cittadini di Paesi non membri dell'UE o dell'AELS hanno uno statuto giuridico differente. Proprio per questo motivo non possono beneficiare dei vantaggi dell'ALC, tra i quali l'accesso al mercato del lavoro svizzero senza alcuna discriminazione in funzione della nazionalità. Il diritto interno svizzero ha pertanto dovuto trovare una soluzione per i cittadini di quei Paesi con i quali la Svizzera non ha concluso alcuna Convenzione in ambito di sicurezza sociale ed ai quali non si applica l' ALC. Ciò anche per permettere loro, se impossibilitati ad assicurarsi nel Paese di residenza, di avere una copertura assicurativa in Svizzera. 21. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata va confermata. Occorre qui ancora rammentare alla ricorrente, che lamenta difficoltà finanziarie, 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.