

## **TI\_GERICHTE 36.2009.87 vom 10. Februar 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-02-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2009.87\\_d20090210](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.87_d20090210)

FR: TI\_GERICHTE 36.2009.87 du 10 février 2009

IT: TI\_GERICHTE 36.2009.87 del 10 febbraio 2009

### **Regeste**

Affiliazione d'ufficio di frontaliere a CM Svizzera. Mancata tempestiva opzione per sistema sanitario del Paese di residenza. Termine di sanatoria decorso infruttuoso: ricorrente non ha mai spedito il formulario TII. La dimenticanza ed il bisogno economico non sono motivi giustificativi sufficienti

### **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. 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 1994 ed è al beneficio di un permesso di lavoro G CE/AELS. In generale, per i frontalieri già attivi in Svizzera antecedentemente l'entrata in vigore dell'ALC, il termine di 3 mesi per fare valere il diritto di opzione decorreva dal 1° giugno 2002. Per quanto attiene all'ricorrente, questo termine è quindi scaduto infruttuoso. Infatti, dall'entrata in vigore degli Accordi e del relativo regolamento n. 1408/71, l'assicurata non ha validamente esercitato 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 di invalidità, comprese quelle dirette a conservare o migliorare la capacità di guadagno; c) le prestazioni di vecchiaia; d) le prestazioni ai superstiti; e) le prestazioni per infortunio sul lavoro e malattie professionali; f) gli assegni in caso di morte; g) le prestazioni di disoccupazione; h) le prestazioni familiari (art. 4 n. 1; cfr. a tal proposito: DTF 132 V 50 consid. 3.2.3; DTF 131 V 395 consid. 3.2).

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

dell' UE sono assoggettati alla legislazione del loro Stato di residenza se una parte dell' attività vi è esercitata (art. 14 par. 2 punto b lett. i del regolamento n. 1408/71). Se il salariato non lavora nel suo Stato di residenza, è di regola assicurato nello Stato della sede del suo datore di lavoro (art. 14 par. 2 punto b lett. ii del regolamento n. 1408/71). Se lavora per più datori di lavoro che hanno sede in Stati differenti, va assicurato nel suo Stato di residenza (art. 14 par. 2 punto b lett. i del regolamento n. 1408/71). Per quanto concerne gli indipendenti, i cittadini svizzeri o dell' UE che lavorano come indipendenti solo in uno Stato dell' UE non sono assoggettati alla legislazione svizzera (art. 13 par. 2 lett. b regolamento n. 1408/71), a meno che non abbiano lo statuto di lavoratori distaccati. Invece, l' indipendente svizzero o dell' UE che lavora solo in Svizzera, sottostà alle leggi svizzere (art. 13 par. 2 lett. b del regolamento n. 1408/71), a meno di essere distaccato. Di regola, i cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano l' attività indipendente in due o più Stati dell' UE o in Svizzera e nell' UE, sono assicurati nel luogo di residenza se una parte dell' attività vi è esercitata. Se non esercita alcuna attività nel suo Paese di residenza, è assicurato nel paese dove esercita l' attività principale (art. 14bis par. 2 del regolamento n. 1408/71). I cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano simultaneamente un' attività indipendente in Svizzera e un' attività salariata in uno Stato dell' UE, sono di regola assicurati in entrambi gli Stati (eccezione al principio dell' affiliazione in un solo Stato). I cittadini svizzeri o dell' UE che esercitano simultaneamente un' attività salariata in Svizzera e un' attività indipendente in uno Stato dell' UE sono di regola assoggettati in Svizzera per l' insieme dei redditi acquisiti nei differenti Paesi. Per diversi Stati (tra cui l' Italia) v' è tuttavia un' eccezione. In tale particolare ipotesi, un cittadino svizzero o dell' UE è assoggettato in Svizzera per la sua attività salariata e nell' UE per la sua attività indipendente quando esercita la sua attività indipendente in uno Stato dell' Unione Europea. A questo proposito, l' art. 14quater del regolamento n. 1408/71 ( Norme particolari applicabili alle persone che esercitano simultaneamente un'attività subordinata ed un'attività autonoma nel territorio di vari Stati membri), prevede: " La persona che esercita simultaneamente un'attività subordinata a un'attività autonoma nel territorio di vari Stati membri è soggetta: a) fatta salva la lettera b), alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività subordinata o, qualora eserciti una tale attività nel territorio di due o più Stati membri, alla legislazione determinata conformemente all'articolo 14 punti 2 o 3; b) nei casi menzionati nell'allegato VII: alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività subordinata, essendo questa legislazione determinata conformemente all'articolo 14 punti 2 o 3, qualora essa eserciti siffatta attività nel territorio di due o più Stati membri, e alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio esercita un'attività autonoma, essendo questa legislazione determinata conformemente all'articolo 14 bis punti 2, 3 o 4, qualora essa eserciti siffatta attività nel territorio di due o più Stati membri." A norma dell' art. 17 del regolamento n. 1408/71: " Due o più Stati membri, le autorità competenti di detti Stati o gli organismi designati da tali autorità possono prevedere di comune accordo, nell'interesse di determinate categorie di persone o di determinate persone, eccezioni alle disposizioni degli articoli da 13 a 16." In merito alle norme citate, il Messaggio del Consiglio Federale del 23 giugno 1999 concernente l'approvazione degli Accordi bilaterali tra la Svizzera e la CE (FF 1999 4590: [http://www.ti.ch/generale/accordi/documenti/ac\\_messaggio.pdf](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'un régime français. En fonction de ce droit d'option, l'assuré peut être couvert soit en Suisse soit en France. Il a le choix entre le régime fédéral d'assurance maladie (LAMal), le régime de base de la sécurité sociale (CMU), l'assurance maladie privée en France (cette dernière possibilité sera toutefois fermée le 1 er juin 2014). Il est important de rappeler, qu'au regard du droit communautaire, les personnes qui résident en France et qui travaillent en Suisse ainsi que celles qui bénéficient d'une rente du régime suisse doivent en principe s'assurer en Suisse (la règle). Pour cette raison, si elles ne le souhaitent pas, elles doivent faire état de leur droit d'option dans un délai de trois mois qui commence à courir à partir de l'obligation d'assurance (l'exception). Passé ce délai, elles devront obligatoirement entrer dans le régime suisse d'assurance maladie. Ce délai de trois mois doit s'exercer à partir du jour où les personnes sont soumises au régime obligatoire d'assurance maladie suisse (1 er jour de travail pour les frontaliers, 1 er jour de versement de la rente pour les frontaliers rentiers, 1 er jour d'installation en France pour les résidents en Suisse, au bénéfice d'une rente suisse qui viennent s'installer et vivre en France)". Questa regola è comunque applicabile soltanto se questi frontalieri lavorano esclusivamente in Svizzera. Se, per esempio, essi lavorano sia in Svizzera sia in uno degli Stati UE che prevedono questa opzione, questi cittadini sono invece tenuti ad assicurarsi nel loro Paese di residenza (cfr. "Accordo sulla libera circolazione delle persone e sicurezza sociale con particolare riferimento ai rapporti fra Svizzera ed Italia", in RDAT I-2002, in particolare pag. 29 e seg.). La decisione di aderire alla copertura assicurativa del servizio sanitario nazionale deve essere formulata entro tre mesi a contare dall'inizio dell'assoggettamento al diritto svizzero (principio dell' "opting out", cfr. "Accordo sulla libera circolazione delle persone e sicurezza sociale con particolare riferimento ai rapporti fra Svizzera ed Italia", in RDAT I-2002, pag. 30. La domanda di aderire (o rimanere) al sistema sanitario dello Stato

di residenza esplica effetti anche per i familiari residenti in quello stesso Stato. La Svizzera ha recepito questo motivo di esonero nel diritto nazionale. A norma dell' art. 2 cpv. 6 OAMal, infatti, a domanda, sono esentate dall' obbligo d' assicurazione le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all' Accordo sulla libera circolazione delle persone ed al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza e che durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera. 6. Va ancora rammentato che per l'art. 6 cpv. 1 LAMal, i Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione. A norma dell'art. 6 cpv. 2 LAMal, l'autorità designata dal Cantone affilia ad un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente. L'art. 6a cpv. 1 LAMal prevede che i Cantoni informano circa l'obbligo di assicurazione le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi in virtù di un'attività lucrativa esercitata in Svizzera (lett. a), le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione (lett. b), le persone tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una rendita svizzera e che trasferiscono la loro residenza in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia (lett. c). Per l'art. 6a cpv. 2 LAMal, l'informazione secondo il capoverso 1 vale automaticamente per i familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia. Giusta l'art. 6a cpv.

#### **E. 08**

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

vraisemblablement pas compris l'importance de remplir correttamente 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 inoltre che l'insorgente non ha esercitato il diritto d'opzione per il sistema sanitario del Paese di residenza neppure nell'ambito della procedura in sanatoria del giugno-settembre 2008 attuata dall'Ufficio assicurazione malattia, ovvero entro il 30 settembre 2008. La conseguenza è stata, come anticipato nello scritto del 12 giugno 2008 inviato 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 10 febbraio 2009 (doc. B1). La ricorrente ha giustificato il mancato invio tempestivo all'UAM del formulario TI 1 per esercitare il suo diritto d'opzione a causa della sua disattenzione. Ha inoltre fatto valere gravi problemi economici qualora l'affiliazione all'assicurazione svizzera fosse confermata. L'Ufficio assicurazione malattia afferma di aver adempiuto al suo dovere d'informazione tramite lettere personali, lettere al datore di lavoro ed alle organizzazioni sindacali, nonché comunicati stampa ed interviste. 11. Come ha evidenziato l'UAM stesso nelle sue prese di posizione, in tale contesto l'autorità cantonale ha recapitato a tutti i lavoratori frontalieri recensiti e che non avevano optato per il sistema sanitario nazionale (12'684), una documentazione completa comprensiva del formulario TI 1, peraltro facilmente compilabile, essendo sufficiente indicare i propri dati ed apporre una crocetta nella casella "assicurazione malattie nel Paese di residenza", di una tabella sinottica indicante gli obblighi assicurativi dei cittadini di Paesi membri dell'UE, della busta di trasmissione con indirizzo prestampato e di una lettera accompagnatoria dove figuravano le conseguenze in caso di mancato invio di questo modulo. L'amministrazione ha inoltre trasmesso una comunicazione specifica a 13'569 datori di lavoro, ha informato 11 sindacati (Comedia, F TCA, UNIA, GaraNto, OCST, SEI, SEV, Sit, SSM, SSP/VPOD Lugano e Bellinzona, Syna) ed ha coinvolto 8 enti vari con spettro d'azione allargato (Camera di Commercio, Ticino Turismo, Associazione Industrie Ticinesi (AITI), Associazione ticinese dei Giornalisti, Unione contadini ticinesi e Segretariato agricolo, Hotelleriesuisse Ticino, Società svizzera impresari costruttori (SSIC TI), Gastroticino). Complessivamente l'UAM ha trasmesso 26'333 invii cartacei, personalizzati nell'ambito dell'operazione di "sanatoria". Questa operazione ha avuto un grande impatto tra i lavoratori frontalieri, poiché ha comportato 7'700 consulenze telefoniche e 29'000 verifiche relative all'avvenuta opzione ed ha permesso al 95,8% dei frontalieri di procedere regolarmente all'opzione a favore del sistema sanitario del proprio Paese di residenza. Inoltre, il 3 giugno 2008 il Governo cantonale ha trasmesso ai media cantonali un comunicato stampa ed il Capo Ufficio dell'UAM, Bruno Cereghetti, ha rilasciato numerose interviste, anche a giornali italiani, in cui ha informato i lavoratori frontalieri circa i passi da intraprendere per optare a favore dell'assicurazione del proprio Paese di residenza. Secondo lo scritto dell'UFSP del 24 aprile 2008, la fissazione del termine di grazia al 30 settembre 2008 per l'esercizio del diritto di opzione in casi giustificati, corrisponde alla soluzione prevista dall'annesso II all'ALC (sezione A, cifra 3, lett. b, punto aa) e si è resa necessaria a causa del fatto che le persone che erano assicurate in Italia non avevano compreso l'importanza di riempire correttamente il formulario relativo al diritto d'opzione. Nella sentenza U 255/03 del 29 marzo 2004, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha affermato che gli assicuratori provvedono a che i datori di lavoro siano sufficientemente informati in merito all'applicazione dell'assicurazione contro gli infortuni ed i datori di

lavoro sono obbligati a trasmettere queste informazioni ai dipendenti. Inoltre, il TF ha rilevato che ad una persona adulta come la ricorrente può essere richiesto che si ponga delle domande circa il suo obbligo assicurativo. Ciò importa a maggior ragione nel caso concreto dove l'interessata, per potere lavorare, si è recata in un'altra nazione, nella quale gli aventi diritto di voto sono stati chiamati in numerose occasioni ad esprimersi sull'ALC, con conseguenti articoli di fondo sui giornali, accesi dibattiti e numerosi cartelloni pubblicitari che hanno creato polemiche anche oltre i confini nazionali elvetici. In conclusione, l'Ufficio assicurazione malattia ha quindi dato ampia divulgazione di questa problematica, adempiendo così ai suoi obblighi legali e non violando l'art. 27 LPGA. 12. Riguardo all'argomentazione sollevata dalla ricorrente concernente le sue marcate difficoltà economiche, che non le permettono di accollarsi il pagamento dei premi di cassa malati svizzera, la stessa non può essere ritenuta alla stregua di un "caso giustificato" ai sensi dell'Allegato II all'ALC. Al proposito, questo Tribunale osserva 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. Quanto all'affermazione che il mancato esercizio del diritto d'opzione è dovuto ad una sua disattenzione, occorre rilevare che l'insorgente avrebbe potuto tutelarsi maggiormente non appena ha ricevuto lo scritto del 12 giugno 2008 dell'Ufficio assicurazione malattia che l'invitava ad esercitare (nuovamente) il diritto d'opzione entro il 30 settembre 2008. L'assicurata avrebbe quindi potuto e dovuto domandarsi il motivo della ricezione di questa comunicazione, ed attivarsi presso il predetto Ufficio per chiedere dei chiarimenti. L'autorità competente le avrebbe spiegato la necessità di procedere con l'opzione in favore del sistema assicurativo del suo Paese di residenza oppure per quello svizzero. Se si fosse informata direttamente presso l'amministrazione cantonale, l'insorgente sarebbe stata ancora in tempo per esercitare il diritto d'opzione, visto che il termine di sanatoria scadeva il 30 settembre 2008 ed avrebbe evitato l'affiliazione d'ufficio. 13. 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. 14. Stanti le considerazioni esposte, ne discende che l'esercizio del diritto d'opzione da parte della ricorrente non è avvenuto entro il termine legale di tre mesi e mezzo previsto dalla sanatoria e che quindi tale situazione non può esonerarla dall'obbligo di essere affiliata alla cassa malati svizzera fintanto che lavora in Svizzera. Neppure le (implicite) dichiarazioni di volontà di rimanere affiliata al sistema sanitario italiano espresse con il reclamo ed il ricorso possono aiutarla, essendo anch'esse manifestamente tardive. 15. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata va confermata. Vista la specifica domanda in tal senso, occorre qui precisare alla ricorrente che la richiesta di potere 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, deve essere sottoposta in primo luogo all ' Ufficio assicurazione malattia di Bellinzona, autorità competente ad emettere una decisione formale per i sussidi. Va inoltre ricordato che è sua facoltà, nei termini e nei modi previsti dalla legge, di cambiare l ' assicuratore presso cui è stata affiliata d ' ufficio dall ' amministrazione cantonale.

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