

# **TI\_GERICHTE 36.2014.106 vom 7. August 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-08-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2014.106\\_d20130807](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.106_d20130807)

FR: TI\_GERICHTE 36.2014.106 du 7 août 2013

IT: TI\_GERICHTE 36.2014.106 del 7 agosto 2013

## **Regeste**

Richiesta di esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera. Conferma dell'affiliazione teorica dal 1.1.1996 per una cittadina di un Paese UE che lavora ed è domiciliata nel nostro Paese. In concreto non sono date le condizioni dell'esonero ai sensi dell'art. 2 cpv. 8 OAMal

## **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 le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 della legge del 22 giugno 2007 1 sullo Stato ospite.

### **E. 2.7**

L'art. 2 OAMal elenca le possibilità di esenzione. In particolare per l'art. 2 cpv. 2 OAMal, nel tenore in vigore fino al 31 maggio 2002, a domanda erano esentate dall'obbligo assicurativo le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù del diritto estero, se l'assoggettamento all'assicurazione svizzera costituiva un doppio onere e se esse beneficiavano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. Per l'art. 2 cpv. 3 OAMal, sempre nel tenore in vigore fino al 31 maggio 2002, a domanda, erano esentate dall'obbligo assicurativo le persone che beneficiavano nell'ambito dell'aiuto reciproco internazionale in materia di prestazioni, di una copertura equivalente per le cure in Svizzera. L'art. 2 cpv. 8 OAMal, nel tenore in vigore dal 1° giugno 2002, prevede: " A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone a cui l'assoggettamento all'assicurazione svizzera provoca un netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi e che a causa della loro età e/o del loro stato di salute non possono stipulare un'assicurazione complementare equiparabile o lo possono fare solo a condizioni difficilmente sostenibili. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare." In concreto occorre stabilire se sono dati i presupposti dell'esonero previsti dall'art. 2 cpv. 8 OAMal per il periodo dal 1° giugno 2002 e 2 cpv. 2 OAMal per il periodo precedente. Circa quest'ultimo disposto, in una sentenza K 138/98 del 29 giugno 2000, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha rilevato che il carattere obbligatorio dell'assicurazione " ... non è fine a sé stesso, bensì un strumento destinato a garantire la necessaria solidarietà. Considerata la volontà del legislatore, si giustificava quindi di circoscrivere in modo restrittivo le eccezioni di

coloro che esulano, per non essere tenuti all'obbligo assicurativo, dalla comunità di persone solidali. Il motivo per cui è esclusa, giusta l'art. 2 cpv. 2 OAMal, la possibilità di assicurarsi facoltativamente all'estero va quindi ricercato, in primo luogo, nel rischio di vedere il carattere obbligatorio dell'assicurazione svizzera facilmente eluso. Ciò sarebbe il caso se si accettasse la possibilità di provare, quale motivo di esonero, anche l'esistenza di un'assicurazione estera facoltativa (RAMI 2000 no. KV pag. 20 consid. 4c)." In RAMI 2000 KV 102 pag. 16 segg. l'Alta Corte ha rilevato: " Dass Art. 2 Abs. 2 KVV nicht die Befreiung jener Personen vom Obligatorium vorsieht, die im Ausland über eine nicht-obligatorische Krankenversicherung verfügen, kann zwar, wie auch der vorliegende Fall zeigt, durchaus zu Problemen für die Betroffenen führen; dies namentlich für ältere Personen, die eine freiwillige ausländische Krankenversicherung besitzen. Diesen Personen steht der Abschluss einer tragbaren Zusatzversicherung nicht ohne weiteres offen; auch können sich bei einer allfälligen Rückkehr ins Herkunftsland Schwierigkeiten ergeben, wenn die frühere freiwillige Krankenversicherung im Hinblick auf das schweizerische Obligatorium gekündigt worden ist. Diese Probleme dürften sich indessen in manchen Fällen lösen lassen, etwa auf dem Wege der Sistierung des ausländischen Versicherungsvertrags oder der temporären Umwandlung der ausländischen Versicherung in eine Ergänzungsversicherung zur Schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung. Nicht von der Hand zu weisen ist, dass sich möglicherweise auch neue Regelungen im (nationalen oder zwischenstaatlichen) schweizerischen Recht aufdrängen." Con sentenza del 4 febbraio 2004, inc. 36.2003.14, il TCA ha posto le seguenti condizioni per poter beneficiare dell'esonero dall'obbligo d'assicurazione in applicazione dell'art. 2 cpv. 8 OAMal, in vigore dal 1° giugno 2002: " (...) A proposito dell'interpretazione del citato disposto, dalla sentenza dell'Alta Corte emerge innanzitutto che, prima di accordare un eventuale esonero dall'assicurazione obbligatoria e dunque prima di esaminare se i presupposti dell'art. 2 cpv. 8 OAMal sono dati (netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi, impossibilità di stipulare un'assicurazione complementare equiparabile a causa dello stato di salute e/o età oppure possibilità ma solo a condizioni difficilmente sostenibili), occorre innanzitutto accertare se l'assicurato può mantenere le coperture assicurative estere non assicurabili in Svizzera e, nel contempo, assicurarsi nel nostro Paese per le cure di base. Se vi è una possibilità in tal senso, un esonero è escluso. Infatti, l'art. 2 cpv. 8 OAMal, che prevede un'eccezione all'obbligo assicurativo, e va dunque interpretato restrittivamente, va inteso nel senso che un esonero assicurativo è possibile se, oltre alle condizioni enumerate nella norma, l'assicurato non può mantenere l'assicurazione estera più estesa per le prestazioni non coperte dall'assicurazione obbligatoria Svizzera." Per quanto concerne le altre condizioni, il TCA ha poi affermato: " (...) Innanzitutto l'esonero dall'assicurazione obbligatoria può essere concesso unicamente se all'estero i rischi assicurati sono coperti qualitativamente e quantitativamente meglio che non in Svizzera. Occorre in altre parole effettuare una valutazione complessiva e globale della situazione e, solo se l'assicurazione estera permette una copertura nettamente più estesa rispetto a quella prevista dalla LAMal, l'amministrazione potrà ritenere adempiuta la prima condizione (" l'assoggettamento in Svizzera provoca un netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi "). Infine, se anche questo requisito sarà adempiuto, l'amministrazione dovrà esaminare l'ultima condizione, ossia stabilire se a causa dell'età e/o dello stato di salute dell'interessato non è possibile stipulare un'assicurazione complementare equiparabile a quella estera o è possibile solo a condizioni estremamente difficili. Solo se tutte le sopra citate condizioni sono adempiute l'assicurato può beneficiare

dell'esonero. La possibilità di ottenere l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria appare di conseguenza assai limitata." In una sentenza K 109/06 del 5 dicembre 2007, pubblicata in DTF 134 V 34, a proposito di una richiesta di esonero dall'assicurazione obbligatoria, il TF ha rilevato: " (...) 5.5. Questa Corte ha più volte avuto modo di affermare che, malgrado l'art. 3 cpv. 2 LAMal conceda al Consiglio federale un ampio potere di apprezzamento, in considerazione dello scopo perseguito dalla legge, consistente nell'attuazione della solidarietà, eccezioni al principio dell'assicurazione obbligatoria sono ammesse solo in maniera restrittiva. (...)

## **E. 2.9**

Resta da esaminare se l'interessata può far valere la propria buona fede. Essa afferma infatti che l'amministrazione od il Comune di domicilio avrebbero dovuto informarla dell'obbligo assicurativo in Svizzera. La circostanza che l'assicurata sostiene di non sapere dell'obbligo di affidarsi presso un assicuratore svizzero per le cure medico-sanitarie non può esserle d'aiuto per il periodo fino al 31 dicembre 2002, poiché, prima dell'entrata in vigore della LPGa e del suo art. 27, nessuno poteva prevalersi dell'ignoranza della legge (DTF 124 V 220 consid. 2b/aa con rinvii). In concreto infatti la ricorrente non fa valere un'informazione errata, ma semmai una mancanza di informazione. Dal 1° gennaio 2003 invece la questione è regolata dall'art. 27 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). Questa importante disposizione legale ha il seguente tenore: " 1 Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. 2 Ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa. 3 Se un assicuratore constata che un assicurato o i suoi congiunti possono rivendicare prestazioni di altre assicurazioni sociali, li informa immediatamente." L'art. 27 LPGa sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere collettivo, generale e permanente di fornire informazioni (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso e su esplicita richiesta, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2) (Su questi aspetti cfr. in particolare la sentenza del 14 settembre 2005, C 192/04, consid. 4.1., pubblicata in DTF 131 V 472; cfr. anche sentenza del 9 maggio 2006, C 241/04, consid. 6 e sentenza del 28 ottobre 2005, C 157/05, consid. 4.2.; E. Imhof - CH Zünd, "ATSG und Arbeitslosenversicherung" in SZS 2003 pag. 291 seg. (306); E. Imhof, "Anhang zur Vertiefung von art. 27 ATSG über Aufklärung, Beratung und Kenntnissgabe" in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira, "Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 LPGa" in SZS 2001 pag. 524 seg. (527); U. Kieser, "ATSG - Kommentar", 2a edizione 2009, ad art. 27 pag. 397 e seguenti). Il capoverso 1 dell'art. 27 LPGa prevede un obbligo di informazione generale e permanente nei confronti di una cerchia indeterminata di persone, che non deve avvenire unicamente su richiesta degli interessati, bensì regolarmente e d'ufficio, e a cui viene fatto fronte ad esempio tramite la consegna di opuscoli informativi, direttive, inserzioni, internet, ecc. (cfr. sentenza del 9 maggio 2006, C 241/04, consid. 6; DTF 131 V 476 consid. 4.1.; DLA 2002 pag. 194). Per quanto attiene al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPGa, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi. Quest'obbligo concerne soltanto l'ambito di

competenza dell'assicuratore in questione e le informazioni possono esse fornite anche da non giuristi, come del resto prima dell'entrata in vigore della LPGA. Contrariamente alle informazioni di carattere generale, la consulenza deve riferirsi al caso specifico (cfr. FF 1999 IV 3953). Inoltre tale diritto non è limitato alle persone assicurate, tuttavia deve esistere uno stretto rapporto con l'assicurazione interpellata, nel senso che la consulenza deve riferirsi a diritti e doveri che già esistono o che possono sorgere tra la persona che ha richiesto le informazioni e l'assicurazione interessata (cfr. U. Kieser, op. cit., ad art. 27 n. 18 pag. 402). Nel caso di specie l'insorgente afferma di essere venuta a conoscenza dell'obbligo assicurativo solo nel corso del 2013 quando la Cassa ha preso per la prima volta contatto con lei. Tuttavia, oltre ad essere previsto dall'art. 3 cpv. 1 LAMal, l'obbligo di assicurarsi in Svizzera per le cure medico-sanitarie è stato comunicato a tutti i cittadini tramite la pubblicazione sul Foglio Ufficiale del Canton Ticino, nei seguenti termini: " V.2. Obbligo assicurativo delle cure medico-sanitarie 1. Principio generale La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) – entrata in vigore il 1° gennaio 1996 – prevede l'obbligo assicurativo generalizzato delle cure medico-sanitarie su tutto il territorio nazionale, e quindi per tutti i cittadini residenti nel Cantone Ticino. L'obbligo assicurativo qui menzionato deve essere adempiuto presso un assicuratore malattie liberamente scelto dal cittadino, purché riconosciuto dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). L'assicuratore è tenuto ad affiliare – almeno per le prestazioni obbligatorie – ogni persona che ne postuli l'adesione, indipendentemente dall'età o dallo stato di salute. 2. Categorie di cittadini soggetti all'obbligo assicurativo Cfr. tabella allegata. 3. Esenzione dall'obbligo d'assicurazione La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) prevede anche la possibilità di ottenere un'esenzione dall'obbligo d'assicurazione per taluni cittadini che ai sensi di legge vi sarebbero astretti. (...)" Questa pubblicazione è avvenuta dall'entrata in vigore, il 1° gennaio 2003, dell'art. 27 LPGA, e meglio: FU 10/2003 del 4 febbraio 2003 pag. 833 e seguenti; FU 8/2004 del 27 gennaio 2004 pag. 634; FU 6/2005 del 21 gennaio 2005 pag. 466; FU 15/2006 del 21 febbraio 2006 pag. 1166; FU 11/2007 del 6 febbraio 2007 pag. 989 e seguenti; FU 23/2008 del 18 marzo 2008 pag. 2190 e seguenti; FU 25/2009 del 31 marzo 2009 pag. 2359. L'insorgente in presenza di una pubblicazione su un organo ufficiale non può pertanto far valere di non aver ottenuto quell'informazione generale ed astratta cui aveva diritto in virtù dell'art. 27 cpv. 1 LPGA. Infatti l'osservanza dell'obbligo d'assicurazione incombe ai Cantoni (cfr. art. 6 LAMal) e, nel Canton Ticino, competente per statuire circa l'esonero dall'obbligo assicurativo era l'UAM (dal 1° febbraio 2010: Cassa cantonale di compensazione; cfr. art. 12 LCAMal, RL 6.4.6.1). Spettava semmai all'insorgente, sulla base dell'informazione ottenuta tramite il Foglio Ufficiale, rivolgersi alla Cassa per ottenere maggiori ragguagli circa il suo obbligo assicurativo. 2.10. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. Nella misura in cui l'insorgente fa valere di trovarsi in difficoltà economica, è invitata a chiedere al Comune del suo domicilio il formulario per la richiesta del sussidio per il pagamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria, il cui eventuale diritto sarà stabilito tramite decisione della Cassa cantonale di compensazione, Ufficio delle prestazioni.

### **E. 3**

Può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che: a. esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPGA). b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera.

#### **E. 4**

L'obbligo d'assicurazione è sospeso per le persone soggette per più di 60 giorni consecutivi alla legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (LAM). Il Consiglio federale disciplina la procedura." Con il 1° giugno 2002 è entrato in vigore l'" Accordo tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione Svizzera, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone " (RS 0.142.112.681, di seguito: ALC), che rinvia, per quanto concerne la sicurezza sociale al " Regolamento (CEE) N. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità ", modificato ed aggiornato dal regolamento (CE) n. 118/97, regolamento (CE) n. 1290/97, regolamento (CE) n. 1223/98, regolamento (CE) n. 1606/98 e regolamento (CE) n. 307/1999 e modificato dall'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Comunità europea e i suoi Stati membri da una parte e la Svizzera dall'altra parte. Giusta l'art. 1 cpv. 1 dell'Allegato II ALC, elaborato sulla base dell'art. 8 ALC e facente parte integrante dello stesso (art. 15 ALC), in unione con la sezione A di tale allegato, le parti contraenti applicano nell'ambito delle loro relazioni in particolare il regolamento (CE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), come pure il regolamento (CE) n. 574/72, oppure disposizioni equivalenti. Anche la LAMal rinvia, al suo art. 95a (lett. a), all'ALC e a questi due regolamenti di coordinamento. Il titolo II del regolamento (CE) n. 1408/71 (art. 13 a 17bis) contiene le 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 art. 13 n. 2 a 17bis, dichiarando determinanti, di principio e salvo eccezioni, le disposizioni di un solo Stato membro (principio della *lex loci laboris* ; art. 13 n. 2 lett. a del regolamento n. 1408/71). L'art. 13 del regolamento (CE) n. 1408/71 prevede: "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." A norma dell'art. 14 paragrafo 2 lett. b regolamento (CE) n. 1408/71: " b) la persona che non rientra nei casi previsti alla lettera a) è soggetta: i) alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio risiede, se esercita parte della sua attività in tale territorio e se dipende da più imprese o da più datori di lavoro aventi la propria sede o il proprio domicilio nel territorio di diversi Stati membri; ii) alla legislazione dello Stato membro nel cui territorio l'impresa o il datore di lavoro da cui dipende ha la propria sede o il proprio domicilio, se non risiede nel territorio di uno degli Stati membri nel quale esercita la sua attività." Dal 1° aprile 2012 anche per la Svizzera è

applicabile il regolamento (CE) n. 883/2004, che sostituisce il regolamento (CE) n. 1408/71. Le direttive sull'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria (DOA), nell'introduzione alla nuova versione in vigore dal 1° aprile 2012, prevedono: « Le règlement (CE) n° 883/2004 (R 883/2004) et le règlement d'application (CE) n° 987/2009 (R 987/2009) entrent en vigueur au 1 er avril 2012. Ils impliquent plusieurs modifications en matière d'assujettissement. En particulier, une personne ne peut désormais plus qu'être assujettie à la législation d'un seul Etat membre ou de la Suisse. En cas d'activité salariée et indépendante simultanée, la législation de l'Etat membre ou de la Suisse dans lequel l'activité salariée est exercée est applicable. Lorsqu'une personne exerce une activité lucrative pour un employeur dans plusieurs Etats membres et/ou en Suisse, elle est soumise à la législation de son Etat de résidence si elle y exerce une partie substantielle de ses activités. Si tel n'est pas le cas, cette personne salariée est soumise à la législation de l'Etat dans lequel l'employeur a son siège. L'assujettissement des employés des entreprises de transport international se détermine selon les règles générales de coordination (cf. paragraphe précédent). Les indépendants qui travaillent dans plusieurs Etats membres et/ou en Suisse sont soumis à la législation de leur Etat de résidence lorsqu'ils y exercent une partie substantielle de leur activité. Si tel n'est pas le cas, ils sont soumis à la législation de l'Etat dans lequel se trouve le centre d'intérêt de leurs activités. (...) Pour les états de faits qui se sont produits avant le 1 er avril 2012, le règlement (CEE) n° 1408/71 (R 1408/71) continue d'être applicable en ce qui concerne l'assujettissement jusqu'à ce que l'état de fait se modifie mais au maximum pendant 10 ans. Les assurés peuvent toutefois demander l'application du nouveau règlement.» Per l'art. 87 cpv. 8 del regolamento (CE) n. 883/2004 se, in conseguenza del presente regolamento, una persona è soggetta alla legislazione di uno Stato membro diverso da quello alla cui legislazione è soggetta a norma del titolo II del regolamento (CE) n. 1408/71, tale persona continua ad essere soggetta a quest'ultima legislazione fino a quando la situazione rimane invariata e comunque per non più di dieci anni dalla data di applicazione del presente regolamento, a meno che essa non presenti una domanda per essere assoggettata alla legislazione applicabile a norma del presente regolamento. Se la domanda è presentata entro un termine di tre mesi dalla data di applicazione del presente regolamento all'istituzione competente dello Stato membro la cui legislazione è applicabile a norma del presente regolamento, la persona è soggetta alla legislazione di detto Stato membro sin dalla data di applicazione del presente regolamento. Se la domanda è presentata dopo la scadenza di tale termine, la persona è soggetta a detta legislazione a decorrere dal primo giorno del mese successivo. Per l'art. 11 n. 1 del Regolamento (CE) n. 883/2004 le persone alle quali si applica il regolamento sono soggette alla legislazione di un singolo Stato membro. Secondo l'art. 11 n. 3 lett. a del Regolamento (CE) n. 883/2004, fatti salvi gli art. 12-16, una persona che esercita un'attività subordinata o autonoma in uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato membro. In concreto la ricorrente, cittadina di uno Stato membro dell'UE, domiciliata in Svizzera, attiva in Svizzera dal mese di ottobre 2000, di principio, doveva essere affiliata nel nostro Paese per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie dal 1° gennaio 1996 in applicazione dell'art. 3 cpv. 1 LAMal (in vigore dal 1° gennaio 1996) e, dal 1° giugno 2002, anche degli art. 13 n. 1 del Regolamento (CE) n. 1408/71 e 13 n. 2 lett. a del Regolamento (CE) n. 1408/71 e, dal 1° aprile 2012, degli art. 11 n. 1 del Regolamento (CE) n. 883/2004 e 11 n. 3 lett. a del Regolamento (CE) n. 883/2004. Va ora esaminato se l'interessata può chiedere l'esonero.

#### **E. 4.3**

Im Übrigen wären im Lichte der Rechtsprechung die Befreiungsvoraussetzungen von Art. 2 Abs. 8 KVV selbst dann nicht erfüllt, wenn auf die Noven abgestellt würde. Mit Blick auf die gesetzgeberisch gewollte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken sind die Ausnahmen von der Versicherungspflicht generell eng zu halten und es ist der Befürchtung des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, dass sich das schweizerische Obligatorium unterlaufen liesse, wenn beispielsweise der Nachweis einer ausländischen freiwilligen privaten Versicherung allgemein als Befreiungsgrund akzeptiert würde (BGE 132 V 310 E. 8.5.6 S. 317). Für die Anwendung von Art. 2 Abs. 8 KVV sind daher strenge Massstäbe anzuwenden. Insbesondere darf diese Bestimmung nicht dazu dienen, bloss Nachteile zu verhindern, die eine Person dadurch erleidet, dass das schweizerische System den Versicherungsschutz, den sie bisher unter dem ausländischen System genoss, überhaupt nicht oder nicht zu gleich günstigen Bedingungen vorsieht. Vor diesem Hintergrund erfüllt der Beschwerdegegner allein wegen seines Alters die restriktiv zu handhabenden Befreiungsvoraussetzungen von Art. 2 Abs. 8 KVV nicht, zumal sich in den Akten keinerlei Hinweise auf Krankheiten finden. Dass bereits ab einem Alter von 40 Jahren der Abschluss bestimmter Zusatzversicherungen nicht mehr problemlos möglich ist, wie dies der Beschwerdeführer letztinstanzlich vorbringt (und mit einem ablehnenden Bescheid einer Krankenkasse betreffend Aufnahme in die Zusatzversicherung belegt), genügt nicht." Va anche segnalata la sentenza pubblicata in DTF 132 V 310, dove il TF ha affermato: " 8.5.6 Der neue Art. 2 Abs. 8 KVV kommt nicht allen Personen zugute, für die eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversicherungen anschliessen könnten, sondern nur jenen, bei denen Letzteres auf ihr Alter und/oder ihren Gesundheitszustand zurückzuführen ist. Die Norm schützt somit nicht allgemein Personen, für die der Wechsel zum schweizerischen System zwar einen teureren und/oder weniger guten Versicherungsschutz bedeutet, die sich aber immerhin - wenn auch möglicherweise nicht im bisherigen Umfang, aber doch insoweit im bisherigen Umfang, als diesen Umfang garantierende Versicherungen in der Schweiz überhaupt angeboten werden - über das gesetzliche Minimum (obligatorische Krankenpflegeversicherung) hinaus Zusatzversicherungen anschliessen können (privatrechtliche Versicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, VVG [vgl. Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG]; z.B. eine Ferien- und Reiseversicherung im Hinblick auf Geschäftsreisen, die auch den Schutz ergänzen könnte, der bei Auslandsaufenthalten schon aufgrund der in Art. 22 in Verbindung mit Art. 22b der Verordnung Nr. 1408/71 vorgesehenen Sachleistungsaushilfe besteht). Sie kann nur von denjenigen Personen mit Erfolg angerufen werden, die sich - im Rahmen des in der Schweiz nutzbaren Versicherungsangebots - nur deshalb nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversicherungen anschliessen können, weil sie wegen ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes entsprechende Zusatzversicherungen entweder überhaupt nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen abschliessen können. Art. 2 Abs. 8 KVV soll mit anderen Worten nicht den Nachteil verhindern, den eine Person dadurch erleidet, dass das schweizerische System den Versicherungsschutz, den sie bisher unter dem ausländischen System genoss, überhaupt nicht oder nicht zu gleich günstigen Bedingungen vorsieht. Er soll vielmehr den Nachteil vermeiden, der daraus resultiert, dass eine Person bis zum Erreichen ihres bisherigen ausländischen Versicherungsniveaus von in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann. Für diese

unterschiedliche Behandlung von Personen, bei denen solche Gründe des Alters und/oder Gesundheitszustandes vorliegen, auf der einen und von Personen, bei denen solche Gründe fehlen, auf der andern Seite gibt es einen vernünftigen Grund. Dieser liegt im Zweck des Obligatoriums, der nicht nur darin besteht, zu verhindern, dass infolge Fehlens einer Versicherung unter Umständen bei Risikoeintritt das Gemeinwesen für höhere oder alle Kosten aufkommen muss, sondern auch darin, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten (Erw. 8.3 hievor; Verwerfung des Arguments, dass nicht die Solidarität, sondern das Bestehen eines gleichwertigen Versicherungsschutzes ausschlaggebend sei, im nicht veröffentlichten Urteil T. vom 29. Juni 2000, K 155/98). Diese Funktion des Obligatoriums würde nämlich vereitelt, wenn sich so genannte gute Risiken generell durch Abschluss einer vorteilhafteren privaten Versicherung von der durch das Obligatorium bezweckten Solidargemeinschaft befreien könnten, was die Kosten für die in dieser Gemeinschaft verbleibenden Personen in die Höhe triebe. In Anbetracht dieser Überlegungen kann auch nicht gesagt werden, Art. 2 Abs. 8 KVV lasse sich nicht auf ernsthafte Gründe stützen oder sei sinn- und zwecklos. Diese Bestimmung ist somit ebenso wenig verfassungswidrig wie die vorangehenden Absätze des Art. 2 KVV." In DTF 134 V 39 l'Alta Corte ha ricordato che per la dottrina sviluppata a proposito dell'art. 2 cpv. 2 OAMal l'equivalenza è data se l'assicurazione estera copre sostanzialmente le spese integrali di trattamento ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero in caso di malattia, infortunio e maternità come pure quelle legate alla degenza ospedaliera nel reparto comune di un ospedale pubblico o di una struttura semiospedaliera in Svizzera. Va tenuto presente in quest'ambito che, al di fuori del coordinamento internazionale delle prestazioni, le persone assicurate contro le malattie all'estero non godono della protezione tariffaria in Svizzera. La copertura dev'essere di conseguenza di principio illimitata. In presenza di differenze corrispondenti all'importo della partecipazione ai costi prevista per legge, l'equivalenza è comunque considerata salvaguardata (Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Ulrich Meyer, [editore], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit [SBVR], 2a ed., no. 34 pag. 411).

2.8. In concreto questo TCA evidenzia, per quanto concerne il periodo dal 1° gennaio 1996 al 31 maggio 2002, che ci si potrebbe chiedere se, visto il tempo trascorso e il tenore dell'art. 8 OAMal, sia veramente necessario esaminare anche la possibilità di esonero prima dell'entrata in vigore degli Accordi bilaterali. La questione può rimanere irrisolta poiché dagli atti emerge che l'interessata non avrebbe potuto beneficiare dell'esonero per quel periodo. Infatti, la medesima insorgente in sede di osservazioni, ha affermato quanto segue: " (...) Non c'è nessun dubbio che in generale ogni cittadino svizzero e ogni cittadino straniero residente in Svizzera, che ci svolge anche un attività lavorativa è sottoposto all'obbligo d'assicurazione contro le malattie. Questo obbligo comprende unicamente una copertura obbligatoria. Un regolamento simile esiste anche in \_\_\_\_\_. Al contrario della Svizzera però in \_\_\_\_\_ sono sottoposti all'obbligo solamente i cittadini che non percepiscono un reddito maggiore di 4'125 " Euro. "Gli altri possono assicurarsi presso una cassa malati privata. Queste assicurazioni private non coprono solamente prestazioni obbligatorie, bensì tutti gli ambiti della malattia. Le casse malati private non offrono solo una copertura completa, per esempio interventi dentari, ma si incaricano anche di pagare i costi ospedalieri che una copertura obbligatoria copre solo in casi eccezionali. Visto che il mio reddito si è sempre aggirato attorno al limite superiore, mi sono assicurata già nel 1994 presso una cassa malati privata." (sottolineatura del redattore) Ne segue che, essendo l'insorgente assicurata per il tramite di un'assicurazione privata e non obbligatoriamente

contro le malattie in virtù del diritto estero sin dal 1994 (doc. VII: “ Al contrario della Svizzera però in \_\_\_\_\_ sono sottoposti all’obbligo solamente i cittadini che non percepiscono un reddito maggiore di 4’125 Euro”), il motivo di esenzione di cui all’art. 2 cpv. 2 OAMal in vigore fino al 31 maggio 2002 non può trovare applicazione nel caso di specie (cfr. sentenza K 138/98 del 29 giugno 2000, consid. 4a [“(…) era stato inoltre precisato che l’assicurazione (…) è un’assicurazione privata, stipulata in (…) da terze persone disponenti di un reddito minimo, che al proposito non si poteva affermare trattarsi di un’assicurazione obbligatoria per legge (…) “ e consid. 4baa; nonché sentenza K 133/01 del 20 gennaio 2003, consid. 4.2: “[...] Da un attento esame della documentazione raccolta in sede cantonale discende che questa Corte federale non ha motivo di scostarsi dalle conclusioni tratte nel giudizio di prima istanza, in quanto conformi al diritto federale e fondate su un accertamento completo dei fatti. Di conseguenza già per il solo fatto che la documentazione prodotta non dimostra l’obbligatorietà per i ricorrenti di assicurarsi contro le malattie secondo il diritto estero, il ricorso dev’essere considerato infondato e quindi respinto, le condizioni di cui all’art. 2 cpv. 2 OAMal, dovendo essere adempiute cumulativamente (sentenza del 29 giugno 2000 in re A e B. Z. consid. 4b/cc, K 138/98) [...])”), senza che sia necessario esaminare se la copertura estera era equivalente a quella Svizzera, ritenuto inoltre che l’interessata ha prodotto unicamente il contenuto del contratto con l’assicuratore \_\_\_\_\_ con effetto dal 1° maggio 2004 (cfr. doc. 27a e b). Per quanto concerne il periodo successivo, va evidenziato quanto segue. L’amministrazione ha chiesto in più occasioni alla ricorrente di voler produrre il formulario TI12, approntato dalla Cassa di compensazione al fine di valutare se le condizioni dell’esonero sono adempiute (cfr. incarto Cassa, doc. da 1 a 44). Malgrado la concessione di numerose proroghe il formulario non è mai stato compilato correttamente dall’assicuratore \_\_\_\_\_. Il 16 dicembre 2013 l’insorgente ha prodotto un rapporto di un funzionario di \_\_\_\_\_ il quale afferma di aver riempito il modulo TI12 solo a titolo di esempio e senza garanzia (“ ohne Gewähr ”; cfr. doc. 17e), mentre con il ricorso l’interessata ha prodotto il citato formulario, apparentemente trasmesso via fax dall’assicuratore \_\_\_\_\_ all’insorgente in data 5 novembre 2014 (doc. A6), ma compilato dall’assicuratore \_\_\_\_\_ con un rinvio alle tabelle allegate (cfr. doc. A6). Questo Tribunale rammenta che se è vero che la sola circostanza di non compilare un modulo non può essere di per sé, senza un accurato esame del caso di specie, un motivo per poter rifiutare d’acchito l’esonero dall’obbligo assicurativo (cfr. sentenza 36.2009.142 dell’8 ottobre 2009, consid. 6; cfr. anche sentenza 36.2004.142-143 del 25 gennaio 2005), d’altra parte non va dimenticato che spetta alla persona assicurata presentare tutti gli elementi necessari per l’esame delle condizioni di esonero. Giova 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. 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. In concreto, in luogo del modulo TI12 l'assicurata avrebbe potuto produrre una dichiarazione dell'assicuratore che attestasse di adempiere alle condizioni previste dall'art. 2 cpv. 8 OAMal, garantendo prestazioni nettamente migliori, sia quantitativamente, che qualitativamente, che non quelle previste dalla legislazione sociale svizzera in ambito di assicurazione delle cure medico-sanitarie. L'ordinanza prevede infatti che l'assicuratore rilasci un'attestazione scritta con tutte le informazioni necessarie (sentenza 36.2009.142 dell'8 ottobre 2009, consid. 6; cfr. anche sentenza 36.2004.142-143 del 25 gennaio 2005). L'assicuratore \_\_\_\_\_ non ha compilato "ufficialmente" ed esaurientemente il formulario TI12. In particolare non ha risposto alla domanda circa la possibilità, per l'assicurata di mantenere le coperture assicurative estere non assicurabili in Svizzera e, nel contempo, assicurarsi nel nostro Paese per le cure di base. Se vi fosse una possibilità in tal senso un esonero sarebbe in ogni caso escluso indipendentemente dalla questione di sapere se le coperture estere sono qualitativamente e quantitativamente migliori che non in Svizzera. Già solo per questo motivo l'affiliazione andrebbe confermata. In ogni caso dalle risposte fornite dall'assicuratore e prodotte il 16 dicembre 2013 dall'insorgente, quando un funzionario della Cassa \_\_\_\_\_ aveva precisato di aver in parte riempito il modulo pur rilevando che, in assenza di indicazioni più precise, le risposte sarebbero state fornite senza garanzia ("ohne Gewähr"; cfr. doc. 17e), si evince che la copertura non è migliore di quella offerta dalla legislazione svizzera e che per contro in diversi ambiti è nettamente inferiore. Alla questione di sapere se le prestazioni sono coperte al 100% secondo il tariffario valido in Svizzera, al 90% del tariffario svizzero, all'80% del tariffario svizzero od in altra maniera ("Anderes"), l'assicuratore aveva posto la crocetta all'ultima risposta, aggiungendo: "Tarif und Versicherungsbedingungen" (doc. 17f), non garantendo in questo modo una totale protezione tariffaria in Svizzera. Allorché, già solo per stabilire un'equivalenza tra assicurazione estera ed assicurazione svizzera (cfr. DTF 134 V 39), la copertura dev'essere di principio illimitata (in concreto la crocetta non è stata posta a "100% der Schweizer Tarife" ma ad "Anderes", con l'aggiunta "Tarif und versicherungsbedingungen"; cfr. anche allegato al doc. 17b: "Während des Aufenthaltes in der Schweiz besteht Versicherungsschutz in vollem Umfang des vereinbarten Tarifes"; sottolineatura del redattore). Circa la copertura degli infortuni, la Cassa aveva indicato "

unklar”, mentre per quanto concerne l’estensione della copertura, l’assicuratore ha posto la crocetta a “ Weltweit ” e “ Europa ”, con tuttavia l’indicazione “ bis 3 Monate unbegrenzt ” (doc. 17f). Ciò significa che dopo un periodo di tre mesi vi sono limitazioni nel rimborso delle prestazioni. Alla questione di sapere se la polizza prevede una copertura illimitata per quanto concerne gli importi, l’assicuratore ha indicato che “ bestimmte Leistungsarten sind tariflich begrenzt ”, confermando, implicitamente, l’assenza di protezione tariffale. Circa i costi assunti in caso di ricovero in casa anziani, l’assicuratore ha evidenziato che essi vengono rimborsati “ nur teilweise ” e “ nicht Altersheim, im Pflegeheim nach Pflegestufe ” (doc. 17f). Inoltre anche alla domanda “ sind Leistungen, welche gemäss schweizerischem Recht obligatorisch sind (siehe Seiten 4, 5 und 6), von der Police nicht gedeckt? ”, pur rispondendo no, ha aggiunto „ nicht alle “ (doc. 17f). Per cui dalle risposte fornite, pur senza garanzie, dal funzionario della Cassa \_\_\_\_\_, emerge chiaramente una copertura inferiore rispetto a quella prevista dalla LAMal. Al ricorso l’assicurata ha allegato nuovamente il modulo TI12, sottoscritto dall’assicuratore, che tuttavia non risponde alle domande poste ma rinvia per le spiegazioni ad una tabella (cfr. doc. A6: “ sh. Tabelle ”), di tre pagine, dove dovrebbero essere riassunte le prestazioni rimborsate. Dalla tabella, a mente di questo TCA, non risulta tuttavia, complessivamente, la presa a carico di prestazioni qualitativamente e quantitativamente migliori che non in Svizzera (cfr. anche la sentenza 36.2005.84 del 6 febbraio 2006, dove è stato stabilito che una miglior copertura in ambito dentario non è sufficiente). Sulla medesima è stato annotato che “ es gilt Versicherungsschutz in Europa, zeitlich begrenzt auch darüber hinaus ”. In altre parole, come già risulta dalle indicazioni figuranti nel formulario allegato allo scritto del 16 dicembre 2013 (doc. 17), le prestazioni all’estero non sono garantite illimitatamente. Inoltre dalla tabella emerge che le cure spitex (“ Pflegemassnahmen ambulanz“) di norma coperte in Svizzera secondo quanto previsto agli art. 25a LAMal, 51 OAMal e 7 e seguenti OPre (cfr. anche sentenza 36.2014.44 del 22 ottobre 2014), non sono previste dall’assicuratore \_\_\_\_\_ (“ Für häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt keine Erstattung, da es sich um Leistungen der Pflegepflichtversicherung handelt”). Anche la copertura delle spese di malattia in caso di soggiorno prolungato in casa per anziani non è garantito dall’assicuratore (doc. 17f: “ nur teilweise, nicht Altersheim, im Pflegeheim je nach Pflegestufe ”; cfr anche la tabella, doc. A/6: “ Pflegeheimaufenthalt: Keine Erstattung, da es sich um Leistungen der Pflegepflichtversicherung handelt”), mentre l’art. 50 LAMal prevede, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, che per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 3), l’assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l’articolo 25 a . A proposito del rimborso delle prestazioni in casa anziani, il TCA, nella già citata sentenza 36.2005.84 del 6 febbraio 2006, al consid. 2.7. ha avuto modo di stabilire quanto segue: “ (...) Per quanto concerne la copertura dei costi in caso di soggiorno presso una casa di ricovero per anziani, le prestazioni previste dall’assicuratore \_\_\_\_\_ sono nettamente inferiori. Infatti, dal formulario TI 12 elaborato dall’IAS e da compilare dagli assicuratori esteri allo scopo di sincerarsi se le condizioni dell’esonero sono adempiute, intitolato “ Erklärung über private Krankenversicherungsdeckung mittels Privatversicherer ”, emerge che l’autorità estera competente, alla domanda 5, “ Sieht die Police die Deckung der Krankheitskosten im Falle eines dauernden Aufenthalts des Versicherten in einem Alters- oder Pflegeheim vor ? ” ha risposto “ Nur teilweise: nicht im Altersheim (vgl. \_\_\_\_\_) “. L’assicuratore svizzero assume invece le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio e può convenire con la casa di cura remunerazioni forfetarie (art. 50 LAMal). La copertura prevista dall’assicuratore

\_\_\_\_\_ è pertanto inferiore, in questo ambito, rispetto a quella Svizzera." Per quanto invece concerne la circostanza, sollevata con le osservazioni del 19 gennaio 2015, secondo cui visto il lungo periodo di assicurazione, dal 63esimo anno di età si sarebbe guadagnata il diritto ad " un incremento ridotto " dei premi " rispetto al normale ", il TCA nella sentenza 36.2005.84 del 6 febbraio 2006, al consid. 2.7 ha già evidenziato che: " Per quanto concerne la circostanza che l'assicuratore \_\_\_\_\_ prevede una specie di previdenza vecchiaia, ossia un capitale che viene accumulato e che sarà utilizzato per diminuire l'ammontare dei premi una volta raggiunta la pensione, va rilevato che questa non è una prestazione inerente alle cure in caso di malattia, bensì una diversa modalità di pagamento dei premi dovuta alla circostanza che, mentre in Svizzera tutti gli adulti oltre i 25 anni pagano lo stesso premio (giovani e anziani, donne e uomini, cfr. art. 61 cpv. 3 LAMal), in \_\_\_\_\_ l'ammontare del premio dipende dall'età, dal sesso e da altri fattori (cfr. doc. AB1). La differenza nel sistema di finanziamento dell'assicurazione malattia non è tuttavia un criterio per stabilire se l'assicurazione estera è qualitativamente e quantitativamente migliore dell'assicurazione svizzera. L'art. 2 cpv. 8 OAMal prevede infatti l'esenzione in caso di netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi, ma non del sistema di finanziamento dell'assicurazione stessa." In concreto solo la copertura delle cure dentarie (più volte citate dalla ricorrente) e i contributi per gli occhiali sembrano essere migliori che nel nostro Paese. Ciò tuttavia non è manifestamente sufficiente per ottemperare alle condizioni di cui all'art. 2 cpv. 8 OAMal. Alla luce di tutto quanto sopra esposto l'affiliazione teorica dal 1° gennaio 1996 va confermata.

#### **E. 7**

(...) Per il resto si osserva che la Corte cantonale, sulla base degli atti di causa e in particolare delle disposizioni contrattuali fondate sul regolamento (... omissis ...) ha accertato, in maniera sostenibile, che i coniugi (... omissis ...) potrebbero mantenere le coperture assicurative estere non assicurabili in Svizzera e, nel contempo, assicurarsi nel nostro Paese. Il che osterebbe ugualmente all'invocazione dell'art. 2 cpv. 8 OAMal da parte del ricorrente (sulle possibilità per un assicurato anziano di ottenere, se del caso – a fronte delle difficoltà di concludere un'assicurazione complementare in Svizzera-, la sospensione del contratto assicurativo estero oppure la sua trasformazione [temporanea] in un'assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria malattia svizzera cfr. inoltre RAMI 2000 no. KV 102 pag. 16 consid. 4d)." Con sentenza 9C\_921/2008 del 23 aprile 2009 (SVR 2009 KV n. 10 pag. 35) il TF ha evidenziato che: "

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