

## **TI\_GERICHTE 36.2018.16 vom 19. November 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-11-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2018.16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2018.16)

FR: TI\_GERICHTE 36.2018.16 du 19 novembre 2018

IT: TI\_GERICHTE 36.2018.16 del 19 novembre 2018

### **Regeste**

Tempestività dell'esercizio del diritto di opzione in favore del Paese di domicilio (Italia) di un frontaliere svizzero precedentemente residente nel nostro Paese che continua a lavorare in Svizzera. Obbligo di informare generale e specifico (27 LPGa). In concreto buona fede

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Lettere d ed e devono assicurarsi entro tre mesi dalla nascita dell'obbligo d'assicurazione in Svizzera. Se si assicurano entro questo termine, l'assicurazione inizia dall'assoggettamento all'assicurazione svizzera. Se si assicurano più tardi, l'assicurazione inizia dalla data dell'affiliazione. L'assicurazione cessa se queste persone non adempiono più le condizioni per un assoggettamento all'assicurazione conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone e al relativo allegato II o all'Accordo AELS, al relativo allegato K e all'appendice 2 dell'allegato K. L'art. 95a lett. a LAMal prevede che ai cittadini svizzeri o di uno Stato membro dell'Unione europea che sono o sono stati soggetti alla legislazione in materia di sicurezza sociale della Svizzera o di uno o più Stati membri dell'Unione europea, ai rifugiati o agli apolidi residenti in Svizzera o in uno Stato membro dell'Unione europea, nonché ai familiari e ai superstiti di queste persone, in merito alle prestazioni che rientrano nel campo d'applicazione della presente legge, si applicano i seguenti atti normativi nella versione vincolante per la Svizzera dell'allegato II sezione A dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (Accordo sulla libera circolazione delle persone): regolamento (CE) n. 883/2004. Il regolamento (CE) n. 883/2004 è applicabile alla fattispecie in esame da un punto di vista personale e materiale. Di cittadinanza svizzera e residente in Italia, il ricorrente è infatti un lavoratore che è o è stato soggetto alla legislazione di uno o più Stati membri (art. 2 n. 1 del regolamento n. 883/2004). Inoltre l'oggetto del contendere riguarda l'applicazione di legislazioni relative a uno dei rischi enumerati espressamente all'art. 3 n. 1 del regolamento n. 883/2004 e più precisamente alla sua lettera a (prestazioni di malattia; cfr., per quanto concerne il regolamento 1408/71 precedentemente applicabile: DTF 135 V 339 consid. 4.2 pag. 343; 131 V 202 consid. 2.2 pag. 204 seg.). Pure dato è il necessario nesso transfrontaliero giacché l'interessato, residente in Italia, continua a lavorare in Svizzera. Trattandosi di una fattispecie internazionale, occorre in primo luogo stabilire il diritto applicabile. Il titolo II del regolamento n. 883/2004 (art. 11 a 16) contiene alcune regole per la risoluzione della questione. L'art. 11 n. 1 enuncia il principio dell'unicità della legislazione applicabile in funzione delle regole previste dagli art. 11 n. 2 a 16, dichiarando di principio determinanti le disposizioni di un solo Stato membro. Fatti salvi gli articoli 12-16, di norma, una persona che esercita un'attività subordinata o autonoma in uno Stato

membro è soggetta alla legislazione di tale Stato membro (art. 11 n. 3 lett. a del regolamento n. 883/2004; DTF 142 V 192, consid. 3.1). Il lavoratore frontaliere è dunque soggetto, in virtù di questo principio, alla legislazione dello Stato in cui lavora (principio della *lex loci laboris*); lo Stato competente è lo Stato di impiego (art. 11 n. 3 lett. a del regolamento n. 883/2004; DTF 142 V 192 consid. 3.1; cfr. anche DTF 135 V 339 consid. 4.3.1 pag. 343; 133 V 137 consid. 6.1 pag. 143 con riferimenti). Sono però possibili eccezioni a questo principio. In effetti, l'allegato XI, per quanto concerne la Svizzera, al n. 3 (assicurazione obbligatoria nell'ambito dell'assicurazione malattia svizzera e possibilità di esenzione) prevede alla lettera b che le persone di cui alla lettera a), tra cui le persone soggette alle disposizioni legali svizzere in forza del titolo II del regolamento, possono, su richiesta, essere esentate dall'assicurazione obbligatoria se risiedono in uno dei seguenti Stati e dimostrano che vi beneficiano di copertura in caso di malattia: Germania, Francia, Italia, Austria, e, per le persone di cui alla lettera a), punti iv) e v), Finlandia e, per le persone di cui alla lettera a), punto ii), Portogallo. Detta richiesta dev'essere depositata (lett. aa) entro i tre mesi successivi all'insorgenza dell'obbligo di assicurarsi in Svizzera; se, in casi giustificati, la richiesta è depositata dopo tale termine, l'esenzione prende effetto dall'inizio dell'obbligo di assicurazione e (lett. bb) si applica a tutti i familiari che risiedono nello stesso Stato. Tale facoltà è comunemente detta "diritto d'opzione" (DTF 142 V 192, consid. 3.2) ed era già prevista nel regolamento 1408/71 (DTF 135 V consid. 4.32 pag. 344). In virtù di questo diritto di opzione, le persone residenti in Italia e che lavorano in Svizzera possono scegliere se assicurarsi – insieme ai familiari senza attività lavorativa – in Svizzera secondo il regime di assicurazione malattia della LAMal oppure in Italia secondo il sistema sanitario nazionale italiano. L'eventuale esenzione dall'obbligo di assicurazione in Svizzera deve però essere chiesta con una domanda che va presentata alla competente autorità cantonale in materia di assicurazione malattia del luogo di lavoro entro i tre mesi successivi all'obbligo di assicurarsi in Svizzera. Per i lavoratori frontalieri detto termine comincia a decorrere dal primo giorno di lavoro (sentenza 9C\_1042/2009 del 7 settembre 2010, consid. 2.3.3). La dottrina rammenta che le seguenti situazioni autorizzano l'esercizio del diritto di opzione: inizio dell'attività lucrativa in Svizzera, ripresa dell'attività lavorativa in Svizzera dopo un periodo di disoccupazione, presa di domicilio in uno Stato dell'UE che prevede il diritto di opzione, cambio di statuto da esercitante un'attività lavorativa a pensionato (cfr. Eugster, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG*, 2a edizione, 2018, n. 30 ad art. 3, pag. 74). Il diritto di opzione non può essere esercitato tacitamente per atti concludenti (sentenza 9C\_801/2014 del 10 marzo 2015 consid. 3.3, pubblicata in SVR 2015, KV N. 20, pag. 80). 2.2. Va ancora rammentato che per l'art. 6 cpv. 1 LAMal i Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione. Secondo l'art. 6 cpv. 2 LAMal l'autorità designata dal Cantone affilia a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente. Ai sensi dell'art. 6a cpv. 1 LAMal i Cantoni informano circa l'obbligo di assicurazione (lett. a) le persone che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi in virtù di un'attività lucrativa esercitata in Svizzera, (lett. b) le persone che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione, (lett. c) le persone tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una rendita svizzera e che trasferiscono la loro residenza in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia. L'art. 6a cpv. 3 LAMal prevede che l'autorità designata dal Cantone assegna a 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 capoversi 2bis e 2ter. Per l'art. 7b OAMal gli assicuratori informano per iscritto gli assicurati di cui all'articolo 6a capoverso 1 della legge circa il prolungamento dell'obbligo d'assicurazione. Questo disposto è stato adottato sulla base dell'art. 16 LAMal (cfr. la lettera informativa dell'UFAS ai Cantoni del febbraio 2002, intitolata: " Accordo con la Comunità europea sulla libera circolazione delle persone: ripercussioni sull'assicurazione malattie ", punto 7.3), in vigore fino al 31 dicembre 2002, poi abrogato in seguito all'entrata in vigore della LPGa il 1° gennaio 2003, per il quale gli assicuratori devono informare gli interessati sui loro diritti e obblighi e prestare loro consulenza. Secondo 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. Ai sensi dell'art. 6a cpv.

#### **E. 4**

LAMal gli assicuratori comunicano all'autorità cantonale competente i dati necessari per il controllo dell'osservanza dell'obbligo di assicurazione. Non va poi dimenticato che se l'assicurato deve cambiare assicuratore perché trasferisce il suo domicilio o cambia posto di lavoro, l'affiliazione termina al momento del trasferimento del domicilio o dell'inizio dell'attività presso il nuovo datore di lavoro (art. 7 cpv. 3 LAMal). Inoltre il rapporto d'assicurazione termina solo se il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che assicura l'interessato senza interruzione della protezione assicurativa. Se omette questa conferma, deve risarcire all'assicurato il danno risultante, in particolare la differenza di premio. L'assicuratore che ha ricevuto la comunicazione informa la persona interessata sulla data a partire dalla quale essa non è più assicurata presso di lui (art. 7 cpv. 5 LAMal).

2.3. Per quanto concerne il diritto cantonale, l'art. 13 cpv. 1 LCAMal prevede che il Comune è responsabile del controllo dell'applicazione dell'obbligo d'assicurazione. Secondo l'art. 13 cpv. 2 LCAMal esso segnala immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato le persone che non hanno costituito il rapporto assicurativo ai sensi di legge o che lo hanno fatto tardivamente. In caso di mancata segnalazione immediata all'autorità cantonale competente, il Comune è solidalmente responsabile, con la persona interessata, delle spese medico-sanitarie per quanto riguarda i cittadini sottoposti all'obbligo d'assicurazione che vi hanno eletto la loro residenza dopo l'entrata in vigore della LAMal, per il periodo in cui quest'ultimi non risultano iscritti presso un assicuratore riconosciuto. Secondo l'art. 15 cpv. 1 LCAMal l'assicuratore affilia le persone sottoposte all'obbligatorietà assicurativa delle cure medico-sanitarie indipendentemente dall'età o dallo stato di salute. Per l'art. 15 cpv. 2 LCAMal il disposto di cui al cpv. 1 si applica anche alle persone che non sono tenute ad assicurarsi in forma obbligatoria, ma che hanno ottenuto l'autorizzazione ad iscriversi all'assicurazione sociale svizzera contro le malattie ai sensi dell'art. 12 lett. e), f). L'assicuratore notifica immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato l'iscrizione, la dimissione o la cessazione di appartenenza di ogni persona soggetta all'obbligo assicurativo secondo le modalità fatte definire dal Consiglio di Stato (art. 15 cpv. 3 LCAMal). Gli assicuratori comunicano annualmente all'istanza designata dal Consiglio di Stato l'elenco nominativo degli assicurati a loro affiliati (art. 15 cpv. 4 LCAMal). Il datore di lavoro fornisce al lavoratore non domiciliato soggetto all'obbligo d'assicurazione le informazioni necessarie relative all'adempimento di questo obbligo (art. 16 cpv. 1 LCAMal). L'assicurato e il datore di lavoro sono solidalmente debitori dei premi arretrati a decorrere dal giorno in cui avrebbe

dovuto avere inizio l'obbligo assicurativo, fatta deduzione dei sussidi di legge, per le seguenti categorie: (lett. a) lavoratori in possesso di un permesso di lavoro di durata inferiore ad un anno, (lett. b) lavoratori in possesso di un permesso di dimora annuale, per il primo anno di attività, così come per i rispettivi familiari. Il datore di lavoro segnala immediatamente in forma scritta al Comune di residenza il nominativo del lavoratore non assicurato di cui all'art. 16 cpv. 2 lett. a) e b) (art. 17 cpv. 1 LCAMal). In caso di mancata segnalazione immediata, il datore di lavoro è solidalmente responsabile, con il proprio dipendente, delle spese medico-sanitarie per il periodo in cui quest'ultimo non risulta iscritto presso un assicuratore riconosciuto. Per l'art. 5 del regolamento LCAMal gli assicuratori notificano immediatamente in forma scritta alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG l'avvenuta iscrizione di ogni persona soggetta all'obbligo d'assicurazione (lett. a), le avvenute dimissioni di ogni persona soggetta all'obbligo d'assicurazione (lett. b). Secondo l'art.

#### **E. 4.1**

con riferimenti). Occorre poi ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (STFA 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181; giurisprudenza nuovamente confermata nella STF 8C-399/2007 del 23 aprile 2008). 2.11. Nel caso di specie l'insorgente non fa valere che, in caso di soccombenza, avrebbe potuto beneficiare dell'assistenza giudiziaria. Del resto dagli atti non emerge alcuna situazione di indigenza e l'insorgente non è rappresentato da un avvocato patentato ma da un MLaw. Inoltre, non vi sono ragioni per ritenere che l'interessato, già in sede amministrativa, necessitava di un professionista e che non avrebbe potuto difendersi da solo, come d'altronde fatto inizialmente con l'inoltro del reclamo (doc. 8), o non avrebbe potuto far capo all'assistenza gratuita di persone attive nel settore sociale. In un ambito come quello dell'affiliazione ed esonero dall'obbligo assicurativo, dove vige il principio inquisitorio, di principio, l'intervento di un professionista già in sede amministrativa, non è necessario. Ripetibili in sede amministrativa non sono pertanto concesse. L'interessato ha invece diritto alle ripetibili per la sede ricorsuale (art. 61 LPGa).

#### **E. 5**

Diritto di opzione nel quadro dei rapporti con l'UE e l'AELS Si rimanda alle tabelle allegate. Il diritto di opzione assicurativa, laddove previsto, deve essere esercitato attraverso esplicita domanda delle persone interessate entro i tre mesi successivi all'obbligo di assicurarsi in Svizzera (Allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone, Sezione A, punto 1, lett. o, cifra 3, lett. b/aa). In caso di mancato esercizio del diritto di opzione entro il termine citato il lavoratore frontaliere è automaticamente assoggettato all'obbligo assicurativo in Svizzera. Onde permettere, ai lavoratori frontalieri ai quali è stato concesso il diritto di opzione, di esercitare la propria scelta assicurativa entro i termini stabiliti dal diritto europeo, è stato integrato al "formulario individuale di domanda per frontaliere – G" il modulo ufficiale "Copertura assicurativa delle cure medico-sanitarie per beneficiari di permessi G UE/AELS". Questa scelta rimarrà in vigore per tutto il periodo di occupazione in Svizzera. Unicamente una persona che ha optato per l'assicurazione malattie in Svizzera o è stata assoggettata all'obbligo assicurativo contro le malattie in Svizzera in ragione del mancato esercizio del diritto di opzione, ha la possibilità di

richiedere l'esenzione dall'obbligo assicurativo svizzero quando, a causa di matrimonio o nascita, un membro della famiglia (senza attività lavorativa) ricade sotto l'obbligo assicurativo svizzero. La domanda di esenzione dovrà essere inoltrata all'Ufficio dei contributi, Settore obbligo assicurativo, entro 3 mesi dal cambiamento della situazione familiare." Il punto 8., " fine dell'obbligo d'assicurazione e possibilità di continuazione della copertura assicurativa ", prevede: " L'obbligo assicurativo delle cure medico-sanitarie cessa al momento in cui il cittadino trasferisce il domicilio all'estero o al momento della scadenza del permesso per risiedere nel Cantone Ticino, quando tuttavia disposizioni inerenti agli Accordi bilaterali CH/UE non prevedono il contrario (cfr. tabella allegata)." La tabella allegata, cui rinvia il punto 5 dell'informativa, è intitolata " Elenco delle categorie di cittadini soggetti rispettivamente non soggetti all'obbligo assicurativo delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal (...) Cittadini svizzeri e persone provenienti da paesi UE/AELS ". Circa le " persone non residenti in Svizzera " per quanto concerne i " frontalieri " figurano unicamente quelli con " permesso per lavoratori frontalieri G UE/AELS" e i "familiari dei lavoratori frontalieri" e viene spiegato che " Sono soggette le persone che risiedono in BE, DK, ES, FI, GB, GR, IE, LU, NL, PT, SE, NO, IS, EE, LV, LT, MT, PL, SK, SI, CZ, HU, CY, BG, RO (...) Hanno diritto di opzione le persone che risiedono in AT, DE, FR, IT (...) Non sono soggette le persone che risiedono nel LI ". Dal 1° gennaio 2017 l'informazione è stata modificata nel senso che al punto 6 è stato aggiunto quanto segue: "

## **E. 6**

Frontalieri di nazionalità Svizzera Il diritto di opzione è previsto anche per i cittadini svizzeri residenti in Italia, Francia, Germania o Austria che lavorano in Svizzera, con le stesse regole citate al punto 5. Quali lavoratori frontalieri hanno la possibilità di esercitare il loro diritto di opzione entro 3 mesi dalla data in cui è iniziato il loro "status" di lavoratore frontaliere (ad esempio: entro 3 mesi a partire dalla data in cui hanno lasciato la Svizzera o, se già residenti in Italia, Francia, Germania o Austria, dalla data di inizio attività lavorativa). In caso di mancato esercizio del diritto di opzione entro il termine citato l'obbligo d'assicurazione contro le malattie è fissato in Svizzera." Nella tabella allegata vi è inoltre ora l'indicazione secondo cui per quanto concerne i frontalieri che hanno il " permesso per lavoratori frontalieri G UE/AELS oppure cittadini svizzeri residenti in UE/AELS che lavorano in Svizzera " sono " soggette le persone che risiedono in BE, DK, ES, FI, UK, EL, IE, LU, NL, PT, SE, NO, IS, EE, LV, LT, MT, PL, SK, SI, CZ, HU, CY, BG, RO, HR (...) Hanno diritto di opzione le persone che risiedono in AT, DE, FR, IT (...) Non sono soggette le persone che risiedono nel LI " . Va ancora rammentato che la, complessa e financo importante, problematica del mancato esercizio del diritto di opzione da parte di numerosi frontalieri che affermavano di non essere stati sufficientemente informati, concerneva la mancata conoscenza di un termine per "sanare" la propria situazione deciso nel mese di giugno 2008 dall'allora Ufficio dell'assicurazione malattia, in accordo con le autorità federali, e scadente il 30 settembre 2008, ma non figurante, in quanto tale, nell'ALC e nei regolamenti europei, e che si fondava in sostanza sulla possibilità, in determinati casi, di prevedere un'eccezione, in casi giustificati, all'obbligo di esercitare il diritto nel termine di tre mesi dall'inizio dell'attività lavorativa in Svizzera, previsto dall'allegato II, Sezione A cpv. 1 lett. o cifra 3 b aa e bb del regolamento n. 1408/71. La sanatoria è stata oggetto di numerose procedure che hanno occupato in maniera importante sia il Tribunale cantonale delle assicurazioni che il Tribunale federale, segnatamente negli anni 2008-2010 (cfr. a questo proposito la sentenza pubblicata in DTF

136 V 295). 2.7. Nel caso di specie questo Tribunale ritiene che, alla luce della complessità della materia (cfr. DTF 136 V 295 e sentenza 9C\_97/2009 del 14 ottobre 2009), l'informazione generale ed astratta contenuta nel sito internet dell'IAS per il 2014, per quanto concerne la continuazione dell'affiliazione alla LAMal e la modalità e l'esercizio del diritto di opzione per i cittadini svizzeri già assicurati per le cure medico-sanitarie che prendono domicilio in Italia e continuano a lavorare nel nostro Paese non solo era lacunosa, ma non figurava neppure correttamente e poteva indurre a ritenere che la necessità di far valere il diritto di opzione presso la Cassa cantonale di compensazione concernesse solo i frontalieri al beneficio del permesso "G UE/AELS". Dalla lettura del punto 5, che si riferisce specificatamente ed esplicitamente al "diritto di opzione nel quadro dei rapporti con l'UE e l'AELS", figurano riferimenti unicamente per i frontalieri al beneficio di un permesso "G UE/AELS". Viene indicato che il diritto di opzione va fatto valere entro i tre mesi successivi all'obbligo di "assicurarsi" in Svizzera, allorché l'assicurato svizzero che, come in concreto, si trasferisce oltre confine, è già affiliato alla LAMal. Si precisa inoltre che "per permettere ai lavoratori frontalieri ai quali è stato concesso il diritto di opzione, di esercitare la propria scelta assicurativa entro i termini stabiliti dal diritto europeo, è stato integrato al "formulario individuale di domanda per frontaliere – G" il modulo ufficiale "Copertura assicurativa delle cure medico-sanitarie per beneficiari di permessi G UE/AELS" (sottolineatura del redattore). L'assicurato svizzero che si reca in Italia e non deve chiedere alcun permesso per lavorare nel nostro Paese, può concludere che il diritto di opzione non lo concerne. Ciò viene confermato dalla lettura dell'allegata tabella, cui rinviano il punto 5 ed il punto 8 per il quale "l'obbligo assicurativo delle cure medico-sanitarie cessa al momento in cui il cittadino trasferisce il domicilio all'estero o al momento della scadenza del permesso per risiedere nel Cantone Ticino, quando tuttavia disposizioni inerenti agli Accordi bilaterali CH/UE non prevedono il contrario (cfr. tabella allegata)" (sottolineature del redattore). Infatti, mentre per quanto concerne le persone residenti in Svizzera, figura anche il caso dei cittadini svizzeri, con l'indicazione che di principio essi sono affiliati alla LAMal, per quanto concerne i frontalieri, coerentemente con quanto indicato in precedenza al punto 5, viene indicato unicamente che quelli al beneficio del permesso "G UE/AELS" residenti in Italia possono esercitare il diritto di opzione. Questi ultimi hanno inoltre il vantaggio di essere esplicitamente interpellati al momento della richiesta del permesso circa la loro scelta ("per permettere ai lavoratori frontalieri ai quali è stato concesso il diritto di opzione, di esercitare la propria scelta assicurativa entro i termini stabiliti dal diritto europeo, è stato integrato al "formulario individuale di domanda per frontaliere – G" il modulo ufficiale "Copertura assicurativa delle cure medico-sanitarie per beneficiari di permessi G UE/AELS"), mentre i frontalieri svizzeri non godono di questa informazione supplementare. Non solo il frontaliere svizzero nel 2014 non era correttamente informato in maniera generale ed astratta dall'autorità competente, ma neppure poteva fruire della possibilità di essere personalmente informato circa il suo diritto di optare in favore del sistema sanitario del Paese di domicilio. È vero che nell'informativa a pag. 2 figura che "Possono, a domanda, ottenere un esonero dall'obbligatorietà assicurativa (...) le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone e al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia, sia nello Stato di residenza sia durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera [art. 2 cpv. 6 dell'ordinanza federale sull'assicurazione malattie (OAMal)]", ciò che avrebbe potuto far ritenere all'assicurato

che recandosi in Italia avrebbe continuato ad essere affiliato alla LAMal. Tuttavia, a prescindere che quanto indicato è in sostanza la citazione dell'art. 2 cpv. 6 OAMal, e che, come più volte rilevato, la questione è complessa, non viene indicato alcun termine entro il quale esercitare questo diritto (da rilevare che anche su questo punto vi è stata una modifica, dal 1° gennaio 2018, dell'informazione, nel senso che è stato precisato che le domande di esenzione devono essere "indirizzate entro 3 mesi dall'inizio dell'obbligo assicurativo svizzero"), non viene precisato se si tratta di un diritto di opzione e figura che la Cassa è l'autorità "competente a decidere nel merito relativamente ai cittadini residenti nel Cantone Ticino" (sottolineatura del redattore). Nell'informazione valida per l'anno 2014 non vi è pertanto alcuna menzione concernente la continuazione dell'affiliazione alla LAMal e l'esercizio del diritto d'opzione per i cittadini svizzeri che si recano in Italia e continuano a lavorare nel nostro Paese. Essa è pertanto lacunosa su questo punto, poiché omette di informare una parte importante di cittadini. Non va infatti dimenticato che il Canton Ticino è un Cantone di frontiera e sempre più spesso cittadini svizzeri, continuando a lavorare nel nostro Paese, prendono residenza in Italia, dove il costo della vita è notoriamente più basso. L'informazione porta a confusione, poiché precisa solo che i frontalieri al beneficio del permesso G UE/AELS possono esercitare il diritto d'opzione. Ciò che a contrario induce i frontalieri svizzeri a ritenere di non essere soggetti a tale regime. In un ambito particolare e complesso quale l'applicazione del diritto internazionale nelle assicurazioni sociali, il cittadino a digiuno di conoscenze giuridiche deve essere informato adeguatamente relativamente ai suoi diritti ed ai suoi obblighi (cfr., circa la complessità del diritto internazionale in materia di assoggettamento all'assicurazione malattie la più volte citata DTF 136 V 295, dove il TF ha stabilito che in mancanza della prova della notifica [o comunque della pubblicazione su un organo ufficiale] dell'atto con cui è stata concessa la possibilità di chiedere, in via di sanatoria, l'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera e di optare in favore del sistema sanitario italiano, il ricorrente [frontaliero italiano] poteva validamente esercitare tale diritto al momento della decisione di assoggettamento d'ufficio alla LAMal [consid. 5.8-5.10]). In concreto ciò non è stato il caso. Del resto, la medesima amministrazione, che meglio conosce il diritto applicabile, è dovuta intervenire nel 2017, aggiungendo un paragrafo specifico per i frontalieri di nazionalità svizzera e modificando di conseguenza la tabella allegata, e nel 2018, aggiungendo il termine di tre mesi per chiedere l'esenzione dall'obbligo assicurativo per le persone elencate a pag. 2. Omettendo d'informare i frontalieri svizzeri sulla continuazione del loro obbligo assicurativo e sul diritto di opzione, in un ambito complesso come quello in esame, la Cassa ha violato il diritto d'informazione generale prescritto dall'art. 27 cpv. 1 LPGA (cfr. anche una sentenza del 31 agosto 2017 della Corte di Giustizia di Ginevra nell'ambito dell'assenza di una specifica informazione circa la mancata assunzione dei costi dell'acquisto di occhiali all'estero nella brochure informativa sui costi di malattia ed invalidità emanata dalla Cassa di compensazione in ambito di prestazioni complementari). A questo proposito, per quanto concerne tuttavia l'art. 27 cpv. 2 LPGA, va qui pure rammentata la sentenza 9C\_97/2009 del 14 ottobre 2009, dove il TF ha ammesso la buona fede di un assicurato che non era stato informato correttamente dal proprio assicuratore circa cure dentarie effettuate all'estero. L'Alta Corte ha evidenziato che dalla documentazione trasmessa dall'insorgente all'assicuratore, emergeva che l'interessato intendeva sottoporsi ad interventi dentari a carico di uno specialista esercitante in Francia e che il trattamento sarebbe stato eseguito un mese dopo. Per il TF l'assicuratore avrebbe dovuto rendersi conto che secondo quanto indicato, il ricorrente avrebbe potuto perdere il suo diritto al rimborso delle prestazioni e

avrebbe pertanto dovuto reagire ed informare l'insorgente circa le norme applicabili in un caso simile. Non essendo intervenuto, l'assicuratore ha violato l'art. 27 cpv. 2 LPGA (consid. 3.2). L'Alta Corte ha rammentato che il riconoscimento di un dovere d'informazione ai sensi dell'art. 27 LPGA dipende dalla circostanza di sapere se l'assicuratore sociale disponeva, nella situazione concreta che si presentava, di indizi sufficienti che gli avrebbero imposto, secondo il principio della buona fede, di informare l'assicurato. Non si può tuttavia pretendere dall'assicuratore che fornisca informazioni che si può ammettere che siano conosciute in maniera generale, altrimenti l'amministrazione rischierebbe di sommergere a titolo preventivo l'assicurato di informazioni che non gli sono necessarie o che neppure pretende (" La reconnaissance d'un devoir de conseils au sens de cette disposition dépend bien plutôt du point de savoir si l'assureur social disposait, selon la situation concrète telle qu'elle se présentait à lui, d'indices suffisants qui lui imposaient au regard du principe de la bonne foi de renseigner l'intéressé. On ne saurait cependant attendre de l'assureur social qu'il donne des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait à titre préventif de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas (arrêt 9C\_894/2008 du 18 décembre 2008 consid. 3.2, in RSAS 2009 p. 132). "). Il TF ha stabilito che la presa a carico di un trattamento dentario ai sensi della LAMal è una questione relativamente complessa poiché dipende da differenti condizioni (art. 31 LAMal), il cui apprezzamento non è evidente alla sola lettura della legge. Le norme non sono formulate in maniera tale che il rimborso appaia eccezionale, di modo che non è possibile ritenere un dovere dell'assicurato di conoscere la situazione legale. L'Alta Corte ha inoltre evidenziato che lo stesso funzionario della Cassa che si era occupato della fattispecie non si era probabilmente reso conto che vi era un ostacolo al rimborso delle prestazioni, per cui l'assicuratore non può rimproverare al proprio assicurato una situazione giuridica che era apparentemente sfuggita anche ad un proprio collaboratore (" En l'occurrence, la prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie obligatoire est une question de droit relativement complexe, puisqu'elle dépend de différentes conditions (art. 31 LAMal) dont l'appréciation n'est pas évidente à la seule lecture de la loi. Celle-ci n'est pas formulée de telle manière que le remboursement des frais relatifs aux soins dentaires apparaisse exceptionnel, de sorte qu'on ne saurait parler d'un "devoir" de l'intimé - lequel se savait atteint d'une maladie dont le traitement médicamenteux entraînait des effets au niveau dentaire - de connaître la situation légale. On ajoutera que les "Conditions particulières de l'assurance des soins selon LAMal (catégorie AH)" de la recourante renvoient aux art. 17 à 19a OPAS, ce qui ne permet pas à l'assuré de se rendre compte d'emblée du caractère exceptionnel du remboursement en question. Quant à l'allégation sur la notoriété du caractère exceptionnel du remboursement des soins prodigués à l'étranger, elle apparaît d'autant moins fondée que la recourante a justifié le délai avec lequel elle a informé l'assuré par le fait que le gestionnaire du dossier ne s'était probablement pas rendu compte qu'il y avait un obstacle juridique à la prise en charge (procès-verbal de comparution des parties du 16 janvier 2008). On comprend mal comment la recourante peut reprocher à son assuré d'ignorer une situation juridique dont l'évidence avait apparemment échappé à son propre collaborateur. "). Per un'ulteriore applicazione dell'art. 27 LPGA in ambito di cure all'estero cfr. anche la sentenza 9C-35/2010 del 28 maggio 2010, consid. 6.2 e seguenti dove l'Alta Corte ha riconosciuto, in parte, la buona fede dell'assicurato. 2.8. L'assenza di informazione su questo punto non è stata sanata dall'assicuratore malattie, esplicitamente interpellato dall'insorgente nel mese di agosto 2014 e al quale incombe, in virtù dell'art. 7b

OAMal, di informare per iscritto circa il prolungamento dell'obbligo d'assicurazione gli assicurati di cui all'articolo 6a capoverso 1 della legge, la cui lett. a annovera le persone che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi in virtù di un'attività lucrativa esercitata in Svizzera, ossia il caso del qui ricorrente. Come emerge infatti dalla lettera informativa dell'UFAS ai Cantoni, del febbraio 2002, intitolata " Accordo con la Comunità europea sulla libera circolazione delle persone: ripercussioni sull'assicurazione malattie ", al punto 7.3: " (...) Ai sensi dell'articolo 16 LAMal (ndr: abrogato dal 1° gennaio 2003) e dell'articolo 7b OAMal, gli assicuratori sono tenuti ad informare in merito al prolungamento dell'obbligo assicurativo in Svizzera gli assicurati che trasferiscono il domicilio in uno Stato della CE ed esercitano un'attività lucrativa in Svizzera o beneficiano di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione o di una rendita svizzera. Sono inoltre tenuti ad informarli sull'obbligo assicurativo dei familiari senza attività lucrativa, sulla possibilità di affiliarsi al sistema assicurativo dello Stato di residenza e sugli assicuratori che eseguono l'assicurazione malattie nello Stato della CE interessato." In concreto l'assicuratore non ha prodotto alcuno scritto in tal senso. Le parti si sono invece sentite nel corso di un colloquio telefonico del 13 agosto 2014 (doc. XII/2). Nella " breve descrizione " della chiamata prodotta dall'assicuratore (doc. XII/2), figura che: " (...) Ho passato la chiamata al consulente. Il cliente va a abitare in Italia, ma lavorerà sempre in Svizzera. Vuole tenere l'ass. di base. Il consulente ha informato il cliente che lasciando la CH non può tenere l'assicurazione di base, potrebbe fare la bilaterale, oppure assicurarsi in Italia." (doc. XII/2) Agli atti vi è pure uno scambio di e-mail con il Comune di \_\_\_\_\_, da cui emerge che un funzionario, interpellato dall'assicuratore, ha comunicato ad \_\_\_\_\_ che l'insorgente è partito il 7 agosto 2014 per \_\_\_\_\_ (doc. XII/3) e un altro e-mail dell'assicuratore che dovrebbe comprovare la notifica alla Cassa di compensazione dell'annuncio della partenza per l'estero del ricorrente (allegato doc. XII/3). Non è stata prodotta alcuna lettera di disdetta. L'assicuratore ha affermato che, in seguito alla telefonata del 13 agosto 2014, " dal momento che l'assicurato – che circa la propria situazione assicurativa viene informato dal Cantone, dal datore di lavoro, oltre che dall'assicuratore – non comunicava di voler il mantenimento della copertura LAMal oltre la data di trasferimento del domicilio, l'assicuratore partendo dal presupposto che egli avesse definito la propria situazione assicurativa e optato per l'affiliazione al sistema sanitario italiano facendosi esonerare dalla Cassa per quanto concerne l'obbligo assicurativo in Svizzera, terminava l'assicurazione in data 31.08.2014 (doc. 4, 5). La fine dell'affiliazione avveniva per volere dell'assicurato che disdiceva l'assicurazione " (doc. XX, pag. 2). In realtà, dagli atti e dalla nota telefonica emerge unicamente che l'assicuratore ha annullato l'affiliazione del ricorrente perché l'interessato, dopo il colloquio, non ha più fatto sapere alcunché. Il funzionario dell'assicuratore, da parte sua, non sembra aver fornito alcuna indicazione in merito al diritto di opzione, neppure per quanto concerne le modalità ed i termini entro il quale esercitarlo. Egli, malgrado il ricorrente avesse espresso il desiderio di affiliarsi in Svizzera per l'assicurazione di base, gli ha comunicato che non avrebbe potuto tenerla, ma avrebbe potuto sottoscrivere l'assicurazione "bilaterale", ossia quella per i cittadini frontalieri che lavorano in Svizzera, o assicurarsi in Italia. L'informazione, anche in questo caso, non è né corretta (il ricorrente poteva continuare ad essere assicurato presso l'assicurazione di base ma il premio sarebbe stato quello dei residenti in Italia e non in Ticino [art. 61 cpv. 4 LAMal]), né completa (l'interessato aveva tre mesi di tempo per esercitare il proprio diritto di opzione in favore del sistema sanitario del Paese di residenza).

Il ricorrente, cittadino comune a digiuno di conoscenze in ambito di assicurazioni sociali, che ha richiesto raggugli circa la sua situazione assicurativa, andava informato adeguatamente relativamente ai suoi diritti ed ai suoi obblighi alla luce della sua domanda espressa nel corso della telefonata. L'interessato, sulla base di quanto figura nella nota telefonica redatta dall'assicuratore, poteva intendere, come ha fatto, che avrebbe potuto scegliere liberamente dove assicurarsi. Questa interpretazione è stata rafforzata dalla circostanza che l'assicuratore ha in sostanza annullato l'affiliazione alla LAMal con effetto al 31 agosto 2014, senza neppure attendere una conferma dal ricorrente o dalla Cassa di compensazione circa l'eventuale esercizio del diritto di opzione. Tutto ciò, malgrado incombesse allo stesso assicuratore rendere attento il ricorrente per iscritto (art. 7b OAMal), della continuazione dell'affiliazione anche all'estero in caso di mancata opzione. Accertata la violazione del dovere d'informazione generale da parte dell'amministrazione (art. 27 cpv. 1 LPGGA), non sanata ed anzi reiterata dall'assicuratore nell'ambito della richiesta di una consulenza specifica (art. 27 cpv. 2 LPGGA), non occorre esaminare la questione di sapere se l'assicuratore ha informato correttamente e tempestivamente l'amministrazione della partenza all'estero dell'assicurato, né va stabilito se nel caso di specie c'è stata una violazione della parità di trattamento, di uguaglianza e non discriminazione di cui all'art. 8 della Costituzione federale e agli art. 2 e 7 dell'ALC. 2.9. In concreto il ricorrente, alla luce dell'assenza di una specifica informazione generale ed astratta relativa al suo caso specifico nell'informazione del 2014 che avrebbe dovuto fornire la Cassa di compensazione e del fatto che l'assicuratore, cui compete l'obbligo di informare per iscritto gli assicurati circa la continuazione dell'obbligo assicurativo, ha invece annullato l'affiliazione, indicando che non avrebbe più potuto continuare l'assicurazione di base in Svizzera, deve essere tutelato nella propria buona fede. Infatti, ritenuto che la Cassa di compensazione emanando le informazioni valide per il 2014 relative all'assicurazione malattie nel proprio sito internet è intervenuta in una situazione concreta, nei limiti della propria competenza, che il ricorrente non ha avuto conoscenza del contenuto dell'informazione omessa (continuazione dell'affiliazione in Svizzera con facoltà di esercitare il diritto di opzione in favore del sistema sanitario del nuovo Paese di residenza entro 3 mesi dalla presa di domicilio in Italia), che non ha potuto esercitare il diritto di opzione entro il termine di tre mesi e si è affiliato in Italia contro le malattie, che nel frattempo non vi è stata una modifica del quadro legislativo applicabile, il ricorrente deve essere tutelato nella sua buona fede. In queste condizioni occorre concludere che l'interessato è stato reso edotto circa il suo diritto di esercitare l'opzione solo il 26 luglio 2017, quando con e-mail di medesima data l'amministrazione lo ha informato della continuazione dell'obbligo assicurativo in Svizzera non avendo fatto valere tale diritto nel 2014 (doc. 1). Avendo contestato con scritto del 22 settembre 2017 (doc. 8) la successiva decisione formale del 24 agosto 2017 (doc. 4), precisando di " aver indicato a loro la mia intenzione di volermi assicurare in Italia ", va considerato che l'insorgente ha esercitato tempestivamente il suo diritto. In queste condizioni la decisione su reclamo impugnata va annullata e all'insorgente va riconosciuto di aver esercitato il diritto d'opzione in favore del sistema sanitario italiano a far tempo dal 1° settembre 2014. 2.10. Il ricorrente, vincente in causa e rappresentato dal MLaw RI 1, chiede le ripetibili sia in ambito amministrativo che ricorsuale. Per quanto concerne le ripetibili in sede di reclamo, va rammentato quanto segue. Per l'art. 76 cpv. 1 LCAMal contro le decisioni emesse in virtù della LCAMal, è data facoltà di reclamo all'organo amministrativo che le ha emesse entro 30 giorni dalla notificazione. E' applicabile la legge sulla procedura amministrativa del 24 settembre 2013 (LPAm). Tuttavia per l'art. 1a cpv.

1 LAMal le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la LAMal o la LVAMal non preveda espressamente una deroga alla LPGA. Il controllo e l'affiliazione d'ufficio ai sensi dell'art. 6 e 6a LAMal non fanno parte delle eccezioni di cui all'art. 1a cpv. 2 LAMal. Con sentenza 9C\_923/2015 del 9 maggio 2016 al consid. 4.3.1, il Tribunale federale ha stabilito che all'affiliazione d'ufficio ad un assicuratore malattie ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 LAMal sono applicabili le norme della LPGA ed ha ritenuto corretta l'applicazione da parte del Tribunale cantonale degli art. 52 cpv. 1 (termine per l'opposizione) e 40 cpv. 1 LPGA (il termine legale non può essere prorogato; "[...] Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind die Bestimmungen des ATSG hier anwendbar (vgl. Art. 1 KVG), zumal das KVG im hier interessierenden Zusammenhang (Zuweisungsverfahren) keine Abweichung vorsieht. Insbesondere ist er auch Partei im Sinne von Art. 34 ATSG: Einerseits werden durch die angefochtene Verfügung seine Rechte und Pflichten berührt, auch wenn er selber keine solchen ableitet resp. geltend macht, was für eine Parteistellung genügt (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 13-15 zu Art. 34 ATSG). Andererseits ist er als Verfügungsadressat eine Person, der ein Rechtsmittel gegen die fragliche Verfügung zusteht (vgl. KIESER, a.a.O., N. 17 zu Art. 34 ATSG) [...]"; cfr. anche Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2a edizione, 2018, n. 8 ad art. 1, pag. 4). L'art. 52 cpv. 3 LPGA prevede che la procedura d'opposizione è gratuita. Di regola non sono accordate ripetibili. Di principio l'opponente che, in caso di soccombenza, avrebbe potuto beneficiare dell'assistenza giudiziaria, ha diritto alle ripetibili se risulta vincente in causa (DTF 130 V 570; cfr. anche DTF 140 V 116). Il TF ha lasciato aperto la questione di sapere se il diritto alle ripetibili possa essere riconosciuto anche in altre situazioni eccezionali, come ad esempio in caso di dispendio o difficoltà particolari (DTF 130 V 570, consid. 2.3; cfr. anche Kieser, ATSG Kommentar, 3a edizione, 2015, n. 68-69 ad art. 52, pag. 694-695). Nell'ambito della procedura retta dalla LPGA, l'art. 37 cpv. 1 LPGA prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (cfr. ad esempio: sottoporsi ad una perizia medica; DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser, ATSG Kommentar, 2015, ad art. 37, n. 35, p. 530). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole; la concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria ex art. 61 LPGA (Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 37, p. 530). La necessità di patrocinio da parte di un legale dipende dalle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, ossia dalla particolarità della norme procedurali applicabili, dalla complessità delle questioni giuridiche, dalla fattispecie poco chiara, ma anche dal richiedente. Quest'ultimo, ad esempio, non dev'essere capace di difendere i propri interessi. Qualora sussiste la minaccia di un intervento particolarmente grave nello statuto giuridico dell'indigente è di regola data la necessità di un patrocinio, altrimenti soltanto nei casi in cui oltre alla relativa complessità della fattispecie si aggiungono anche difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dal richiedente stesso ("Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des

Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falles besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist .”, cfr. DTF 125 V 35 consid. 4b e riferimenti; DTF 119 Ia 265) oppure se l’assistenza di rappresentanti di associazioni invalidi, assistenti sociali o altre persone nel settore sociale non può essere presa in considerazione (“E ine anwaltliche Verbeiständung drängt sich nur in Ausnahmefällen auf, in denen ein Rechtsanwalt beigezogen wird, weil schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen dies als notwendig erscheinen lassen und eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt“; DTF 132 V 201 consid.

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