

TI_GERICHTE 36.2019.14 vom 24. Juni 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-06-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.14

FR: TI_GERICHTE 36.2019.14 du 24 juin 2019

IT: TI_GERICHTE 36.2019.14 del 24 giugno 2019

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 (in precedenza, fino al 31 marzo 2012: regolamento (CE) 1408/71). In concreto l'insorgente sostiene di aver esercitato il diritto di opzione con la sottoscrizione del "tagliando di risposta" dell'assicuratore in data 28 marzo 2011 (cfr. doc. XVII/3) e di non essere stata sufficientemente informata in quel periodo circa ulteriori passi da intraprendere. Ratione temporis sono applicabili sia l'ALC che il regolamento (CEE) n. 1408/71, quest'ultimo applicabile per la Svizzera fino al 31 marzo 2012 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Infatti, una decisione del Comitato misto del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345) ha attualizzato il contenuto dell'Allegato II all'ALC con effetto dal 1° aprile 2012, prevedendo che le Parti applicheranno tra di loro il Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, modificato dal Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Tuttavia il Regolamento (CE) n. 883/2004 (RS 0.831.109.268.1), che peraltro per quanto concerne l'oggetto del contendere (esercizio del diritto di opzione entro tre mesi dallo spostamento del domicilio dalla Svizzera all'Italia) non ha portato sostanziali cambiamenti, non permette di far valere alcun diritto per il periodo anteriore alla data della sua applicazione (DTF 138 V 392 consid. 4.1.3). Questi regolamenti sono poi stati a loro volta modificati dal Regolamento (UE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012 (GU L 149 dell'8.6.2012 pag. 4) in vigore per la Svizzera dal 1° gennaio 2015 (cfr. RU 2015 e 345; RS 0831.109.268.1; cfr. B. Kahil-Wolff, "Le Règlement UE 465/2012, la

nouvelle Convention Suisse-US et d'autres développements en termes d'assujettissement aux assurances sociales in SZS/RSAS 2015 pag. 438 seg.; STF 8C_273/2015 del 12 agosto 2015 consid. 3.1). L'ALC ed il regolamento (CEE) n. 1408/71 si applicano pure *ratione personae*. Di cittadinanza svizzera e residente in Italia, la ricorrente è infatti una lavoratrice che è o è stata soggetta alla legislazione di uno o più Stati membri (art. 1 cpv. 2 Allegato II ALC). La presente vertenza ricade anche *ratione materiae* nel campo di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 (cfr. DTF 135 V 339 consid. 4.2 pag. 343; 131 V 202 consid. 2.2 pag. 204 seg.). Quest'ultimo si applica infatti a tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale riguardanti: a) le prestazioni di malattia e di maternità; b) le prestazioni d'invalidità, comprese quelle dirette a conservare o migliorare la capacità di guadagno; c) le prestazioni di vecchiaia; d) le prestazioni ai superstiti; e) le prestazioni per infortunio sul lavoro e malattie professionali; f) gli assegni in caso di morte; g) le prestazioni di disoccupazione; h) le prestazioni familiari (art. 4 n. 1). Pure dato è il necessario nesso transfrontaliero giacché l'interessata, residente in Italia, lavorava in Svizzera. Trattandosi di una fattispecie internazionale, occorre inoltre stabilire il diritto applicabile. Il titolo II del regolamento (CEE) n. 1408/71 (art. 13 a 17bis) contiene delle regole atte a determinare la legislazione applicabile. L'art. 13 n. 1 enuncia il principio dell'unicità della legislazione applicabile in funzione delle regole previste dagli art. 13 n. 2 a 17bis, dichiarando determinanti le disposizioni di un solo Stato membro. Salvo eccezioni, il lavoratore subordinato è soggetto alla legislazione del suo Stato di occupazione salariata, anche se risiede sul territorio di un altro Stato membro o se l'impresa o il datore di lavoro da cui dipende ha la propria sede o il proprio domicilio nel territorio di un altro Stato membro (principio della *lex loci laboris*; art. 13 n. 2 lett. a del regolamento n. 1408/71). Il lavoratore frontaliere sarebbe quindi soggetto, in virtù di questo principio, alla legislazione dello Stato in cui lavora (DTF 142 V 192 consid. 3.1; cfr. anche DTF 135 V 339 consid. 4.3.1 pag. 343; DTF 133 V 137 consid. 6.1 pag. 143 con riferimenti; DTF 132 V 57 consid. 4.1 con riferimento, STFA del 25 gennaio 2007, C 124/ 06, consid. 5). Ciò vale anche vigente il regolamento 883/2004. Il titolo II del regolamento (art. 11 a 16) contiene infatti 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). Tuttavia, nell'ambito dell'assoggettamento all'assicurazione malattie, per alcuni Paesi vige il diritto di opzione, nel senso che i cittadini di Paesi membri dell'Unione europea residenti in questi Paesi possono scegliere l'assicurazione del loro luogo di residenza. L'art. 89 del regolamento n. 1408/71 prevede che " le modalità particolari di applicazione delle legislazioni di alcuni Stati membri sono indicate nell'Allegato VI ". L'Allegato II dell'ALC, Sezione A, al punto 1, lett. o, prevede di aggiungere nell'allegato VI diverse disposizioni, fra cui un testo relativo all'assicurazione obbligatoria nell'ambito dell'assicurazione malattia svizzera e possibilità di esenzione. I lavoratori frontalieri ed i loro familiari residenti in Italia possono dunque optare per il regime assicurativo dello Stato di residenza. In virtù dell'ALC, infatti, i cittadini di Paesi membri dell'UE possono essere esentati dall'assicurazione obbligatoria svizzera, semplicemente optando per il sistema sanitario nazionale o assicurativo del loro Paese di residenza. Questa facoltà è accordata in particolare ai residenti in Francia, Germania, Austria ed Italia. La decisione di aderire alla copertura assicurativa del servizio

sanitario nazionale deve essere formulata entro tre mesi a contare dall'inizio dell'assoggettamento al diritto svizzero (principio dell' " opting out ", cfr. "Accordo sulla libera circolazione delle persone e sicurezza sociale con particolare riferimento ai rapporti fra Svizzera ed Italia", in RDAT I-2002, pag. 30, si veda inoltre Guylaine Riondel Besson: Le droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'accord sur la libre circulation des personnes: difficultés de mise en oeuvre et conséquences pour les assurés, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 42-2009 pag. 33 e segg.). La domanda di aderire (o rimanere) al sistema sanitario dello Stato di residenza esplica effetti anche per familiari residenti in quello stesso Stato. Tale facoltà è comunemente detta "diritto d'opzione" (DTF 142 V 192, consid. 3.2; 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). 2.3. Per l'art. 6 cpv. 1 LAMal i Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione. Secondo l'art.

E. 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 (cfr. DTF 129 V 159, consid. 3). 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. 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).

2.4. 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. 5 cpv. 2 RLCAMal le notifiche di cui alle lett. a) e b) del capoverso 1 avvengono tramite il modulo allestito dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG. 2.5. Nel caso di specie è pacifico che l'insorgente, cittadina svizzera, all'epoca attiva nel nostro Paese, dal 1° gennaio 2011 si è trasferita in Italia ed il rapporto assicurativo con _____ è stato disdetto con effetto alla medesima data (cfr. doc. XVII con allegati). Le parti sono pure concordi nel ritenere che l'interessata, di principio, avrebbe dovuto continuare ad essere affiliata in Svizzera (cfr. art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal) e che in virtù del trasferimento del domicilio all'estero ella avrebbe potuto, entro tre mesi, far valere il proprio diritto di opzione in favore dell'assicurazione del nuovo Paese di domicilio, ossia l'Italia (cfr. anche Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2a edizione, 2018, n. 30 ad art. 3, pag. 74). Controversa è la questione di sapere se l'insorgente ha correttamente esercitato tale diritto di opzione e se può far valere la propria buona fede nei confronti della Cassa cantonale di compensazione. Dagli atti richiamati da questo Tribunale presso l'assicuratore _____ emerge che l'insorgente il 3 marzo 2011 ha chiesto all'assicuratore di poter ottenere il certificato d'assicurazione del 2011, la tessera con il suo nome corretto ed il formulario E 106 (doc. XVIII/1). Il 15 marzo 2011 l'Ufficio controllo abitanti di _____ ha trasmesso all'assicuratore i dati dell'interessata, tra cui figura la partenza per _____ (Italia) dal 31 dicembre 2010 (doc. XVII/2). Il 16 marzo 2011 _____ ha scritto all'insorgente, evidenziando che in seguito alla partenza dal territorio svizzero avrebbe dovuto compilare il "tagliando di risposta" allegato, accompagnato dagli eventuali documenti richiesti (doc. XVII/3). Il "tagliando di risposta", composto di 2 pagine e di 6 domande, dopo i dati personali, chiede di precisare lo statuto della persona assicurata. La ricorrente ha indicato di essere frontaliera dal 1° gennaio 2011 e di lavorare presso la _____ di _____. Ella ha inoltre posto la crocetta vicino alla frase "desidero disdire il mio contratto ed assicurarmi nel mio nuovo paese di domicilio" (doc. XVII/3), cui, nel formulario, fanno seguito le due seguenti richieste: "accludere attestato di partenza del suo comune di domicilio in Svizzera" e "rivolgersi all'autorità competente del suo cantone di domicilio per esercitare il suo diritto d'opzione (soltanto per le partenze in Austria, Germania, Francia e Italia)". Il modulo, datato 28 marzo 2011, sottoscritto dalla ricorrente, la quale ha allegato il certificato di domicilio del Comune di _____ del 17 febbraio 2011, attestante la partenza dal 31 dicembre 2010 (doc. XVII/4) e il certificato di residenza del Comune di _____ del 2 marzo 2011 (doc. XVII/5) è pervenuto all'assicuratore il 29 marzo 2011 (doc. allegato doc. XVII/3). Il 4 aprile 2011 _____ ha scritto alla Cassa cantonale di compensazione una "notifica di nuova dimissione", indicando, circa il "motivo delle dimissioni": "Estero" (doc. XVII/6). Alla comunicazione non risulta essere stato allegato alcunché (cfr. doc. XVII/6). L'8 aprile 2011 l'assicuratore ha scritto all'insorgente, confermando la disdetta della copertura LAMal e delle assicurazioni complementari (doc. XVII/7). Dalle "schermate" del computer prodotte dalla Cassa cantonale di compensazione, la quale afferma di non dover conservare la documentazione più di cinque anni, figura la registrazione della dimissione "per partenza dal cantone Ticino" (doc. XII/A), con conseguente fine dell'obbligo assicurativo. Quale data della richiesta è stato indicato il 4 aprile 2011 (doc. XII/C), ossia il giorno della data della "notifica di nuova dimissione" dell'assicuratore (doc. XVII/6). La pratica è stata chiusa il 28 aprile 2011 (doc. XII/B). 2.6. L'insorgente sostiene in primo luogo che con

l'invio del " tagliando di risposta " all'assicuratore, il quale lo ha ricevuto il 29 marzo 2011, ha validamente esercitato il diritto d'opzione, poiché lo ha fatto valere entro il termine di tre mesi previsto dal regolamento 1408/71. Sarebbe spettato all'assicuratore, in applicazione dell'art. 30 LPGGA, trasmettere lo scritto all'autorità competente, ossia la Cassa cantonale di compensazione. Ai sensi dell'art. 30 LPGGA tutti gli organi esecutivi delle assicurazioni sociali hanno l'obbligo di accettare le domande, le richieste e le memorie che pervengono loro per errore . Essi registrano la data d'inoltro e trasmettono i relativi documenti al competente servizio. La dottrina (Kieser, ATSG-Kommentar 2015, n. 18 e seguenti ad art. 30, pag. 470 e seguenti) rammenta che l'invio all'autorità incompetente deve essere avvenuto per errore. La trasmissione all'autorità competente va esclusa quando la persona assicurata ha trasmesso volontariamente e coscientemente l'atto in discussione all'assicuratore sociale incompetente (cfr. anche DTF 135 V 106, consid. 6.2.1: " Die Weiterleitungspflicht gemäss Art. 30 ATSG begründet keine Pflicht des empfangenden Trägers, auf ein Leistungsgesuch einzutreten. Ihr Zweck besteht darin, zu verhindern, dass ein Gesuch nur deshalb materiell unbehandelt bleibt, weil es bei einer unzuständigen Behörde eingereicht wurde. Im Fall der Vorleistung liegt keine derartige Konstellation vor, denn der vorleistende Versicherungsträger ist zur Leistungserbringung an die versicherte Person zuständig "). In concreto l'interessata ha compilato il formulario " tagliando di risposta ", ponendo la crocetta vicino alla frase " desidero disdire il mio contratto ed assicurarmi nel mio nuovo paese di domicilio " (allegato doc. XVII/3) e lo ha ritornato all'assicuratore. Ella non lo ha trasmesso per errore ad _____, ma volontariamente e coscientemente. Nel formulario, subito dopo la locuzione " desidero disdire il mio contratto ed assicurarmi nel mio nuovo paese di domicilio " figura inoltre esplicitamente l'indicazione di: " rivolgersi all'autorità competente del suo cantone di domicilio per esercitare il suo diritto d'opzione (soltanto per le partenze in Austria, Germania, Francia e Italia) ". Era pertanto evidente che il solo inoltro del " tagliando di risposta " all'assicuratore non era sufficiente per esercitare il diritto di opzione ma che spettava alla ricorrente rivolgersi all'autorità preposta. Ad _____ non incombeva pertanto alcun obbligo di trasmettere il " tagliando di risposta " alla Cassa cantonale di compensazione non trattandosi di un invio erroneo ai sensi dell'art. 30 LPGGA. 2.7. Va ancora evidenziato che dagli atti prodotti dall'assicuratore (allegati al doc. XVII) non emerge che alla notifica di dimissione del 4 aprile 2011 trasmessa dall'assicuratore alla Cassa per segnalare la partenza per l'estero dell'insorgente, sia stato allegato il " tagliando di risposta " (cfr. doc. XVII/6; domanda 2 del TCA all'assicuratore [doc. XVI] e risposta 2 dell'assicuratore [doc. XVII]). Per cui non può neppure essere concluso che la Cassa cantonale di compensazione fosse al corrente del desiderio dell'assicurata formulato il 28 marzo 2011 nello scritto trasmesso ad _____. Quanto alla circostanza che la Cassa ha distrutto la documentazione relativa al 2011, sostenendo di non essere tenuta a conservare gli atti più di 5 anni, senza peraltro indicare alcuna base legale che le permetterebbe di agire in tal senso, non può essere d'aiuto alla ricorrente, cui incombe l'obbligo di provare le sue allegazioni (cfr. DTF 145 V 90, consid. 3.2) . Infatti, pur essendo la procedura retta dal principio inquisitorio (DTF 145 V 90, consid. 3.2; art. 43 LPGGA), va comunque rammentato che questo principio non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare . 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 (DTF 145 V 90, consid. 3.2).

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, dalla documentazione prodotta dalla Cassa cantonale di compensazione e da quella acquisita presso l'assicuratore dal TCA, non risulta alcuna comunicazione alla Cassa circa il desiderio dell'assicurata di affiliarsi contro le malattie nel suo Paese di residenza. Alla notifica di nuova dimissione trasmesso alla Cassa non risulta essere stato allegato il "tagliando di risposta" e quale motivo delle dimissioni figura unicamente "Estero". Non è stato indicato né che l'interessata si è recata in Italia, né che continuava a lavorare in Svizzera (doc. XVII/6). Per cui non è comprovato, neppure secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali, il tempestivo esercizio del diritto di opzione presso l'autorità competente. 2.8. La ricorrente contesta di essere stata sufficientemente informata circa le modalità per poter optare in favore del sistema sanitario del suo Paese di residenza e fa valere la sua buona fede. A questo proposito, l'art. 27 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) che regola la "Informazione e consulenza", 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." La norma 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, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2) (Su questi aspetti cfr. in particolare STFA C 192/04 del 14 settembre 2005 consid. 4.1., pubblicata in DTF 131 V 472 e in SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; STFA C 157/05 del 28 ottobre 2005 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)). Il capoverso 1 dell'art. 27 LPGA prevede dunque 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. STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; DTF 131 V 476 consid. 4.1.= SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; 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, gratuitamente, consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi (cfr. DLA 2007 pag. 193 segg.). Quest'obbligo concerne soltanto l'ambito di competenza dell'assicuratore in questione e le informazioni possono essere 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). L'assenza di informazioni in una situazione concreta laddove l'obbligo di informare è previsto dalla legge o quando le circostanze particolari del caso avrebbero presupposto un'informazione da parte dell'assicuratore è assimilato ad una dichiarazione erronea e può, a certe condizioni, obbligare l'autorità a consentire ad una persona assicurata un vantaggio al quale non avrebbe potuto pretendere in virtù del principio della buona fede derivante dall'art. 9 Cost. fed. (DTF 131 V 472 consid. 5). Secondo la giurisprudenza un'informazione sbagliata o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se (a) l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone, (b) l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti, (c) l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta, (d) facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio, (e) da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). Questi principi si applicano per analogia in caso di mancanza di informazione, la condizione c) dovendo tuttavia essere formulata nel seguente modo: che l'amministrato non ha avuto conoscenza del contenuto dell'informazione omessa o che il contenuto era talmente evidente che non doveva attendersi un'altra informazione (sentenza 8C_320/2010 del 14 dicembre 2010, DTF 131 V 472 consid. 5, sentenza 8C_66/2009 consid. 8.4 non pubblicato in DTF 135 V 399). 2.9. La Cassa cantonale di compensazione tramite l'Istituto delle assicurazioni sociali, ossia l'autorità competente a decidere circa l'esonero dall'obbligo assicurativo, di principio fornisce quell'informazione generale ed astratta, esatta dall'art. 27 cpv. 1 LPGa, tramite la pubblicazione delle norme nel Foglio Ufficiale fino al 2009 (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) e tramite internet dal 2010. Questo TCA ha già stabilito che, di norma, tali informazioni sono sufficienti (cfr., tra le tante, sentenza 36.2017.13 del 5 aprile 2017, consid. 2.8), ma che, come stabilito nella sentenza 36.2018.16+53 del 19 novembre 2018 relativamente all'anno 2014 e nella sentenza 36.2018.73 del 28 gennaio 2019 per il 2013, l'informazione generale ed astratta contenuta nel sito internet dell'IAS per quegli anni, 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" (per le motivazioni cfr. consid. 2.9 della sentenza 36.2018.73 del 28 gennaio 2019). Nel caso di specie non è necessario esaminare se nel 2010 le informazioni fornite dalla Cassa erano lacunose. Infatti, a differenza di quanto accaduto nelle citate fattispecie giudicate da questo Tribunale, l'assenza di informazione generale ed astratta in concreto è in ogni caso stata sanata dall'assicuratore malattie 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 della qui ricorrente. Infatti, nel modulo intitolato " tagliando di risposta ", compilato dall'insorgente, dopo la frase " desidero disdire il mio contratto ed assicurarmi nel mio nuovo paese di domicilio ", a cui l'interessata ha posto la crocetta, figura, quale seconda condizione: " rivolgersi all'autorità competente del suo cantone di domicilio per esercitare il suo diritto d'opzione (soltanto per le partenze in Austria, Germania, Francia e Italia) " (Allegato doc. XVII/3). La ricorrente ha pertanto ricevuto, seppure non dalla Cassa di compensazione, quell'informazione generale ed astratta richiesta dall'art. 27 cpv. 1 LPGGA, relativa alla necessità di esercitare il diritto di opzione in favore del sistema sanitario nazionale del Paese di residenza se desiderava continuare ad essere assicurata nel suo nuovo paese di domicilio. Pur non essendo precisa, l'informazione è comunque stata fornita e spettava all'insorgente farsi parte attiva per ottenere ulteriori informazioni concrete, ai sensi dell'art. 27 cpv. 2 LPGGA, circa i termini e l'autorità competente presso la quale esercitare il suo diritto. Accertato che l'informazione generale ed astratta è stata fornita, non vi è spazio, nei confronti della Cassa cantonale di compensazione, autorità competente in Ticino per decidere circa l'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera (cfr. consid. 2.3 e 2.4), per far valere la propria buona fede. Essa potrà semmai ancora essere sollevata (e poi esaminata) nei confronti dell'assicuratore, il quale ha disdetto contratto (doc. XVII/7) senza attendere l'eventuale conferma da parte della Cassa dell'esercizio del diritto di opzione della ricorrente, se quest'ultimo dovesse chiedere all'interessata il pagamento di premi, non perenti (cfr. art. 24 LPGGA; cfr. sentenza K 82/02 del 17 giugno 2003, consid. 5), in arretrato. Infine, per quanto concerne la circostanza secondo cui l'insorgente il 23 gennaio 2019 è stata licenziata con effetto al 30 aprile 2019 (doc. O), va rammentato che, secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto: 20 dicembre 2018), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 129 V 1 consid. 1.2 cui rinvia la sentenza 9C_244/2018 del 30 maggio 2018, consid. 4.2.2). Ne segue che le conseguenze del licenziamento sull'obbligo assicurativo dovranno semmai essere oggetto di una nuova procedura. 2.10. L'insorgente, con il ricorso, ha richiamato l'incarto dall'istituto delle assicurazioni sociali e dall'assicuratore malattie e l'ispezione della banca dati del Cantone MovPop.ti.ch (doc. I). La Cassa cantonale di compensazione, la quale ha pure trasmesso l'estratto del MOVPOP relativo alla ricorrente (doc. XII), ha prodotto il suo incarto con la risposta di causa, mentre il TCA ha acquisito dall'assicuratore l'intera documentazione necessaria al fine dell'evasione della presente vertenza (doc. XVI). Le parti hanno potuto ampiamente esprimersi in merito. La documentazione agli atti è pertanto completa ed esaustiva e non necessita di complementi (cfr. anche la sentenza 9C_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2). Va qui rammentato che, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das

Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 2.11. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione della Cassa cantonale di compensazione di riattivare d'ufficio il rapporto assicurativo tra la ricorrente ed _____, non essendo né arbitraria, né eccessivamente formalista in quanto conforme alla legge ed alla giurisprudenza, va confermato, mentre il ricorso va respinto.

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