

TI_GERICHTE 36.2024.7 vom 10. Juni 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-06-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2024.7

FR: TI_GERICHTE 36.2024.7 du 10 juin 2024

IT: TI_GERICHTE 36.2024.7 del 10 giugno 2024

Erwägungen

E. 50

per cento del premio. L'assicuratore stabilisce il supplemento secondo la situazione finanziaria dell'assicurato. Se il pagamento del supplemento risulta oltremodo gravoso per l'assicurato, l'assicuratore stabilisce un tasso inferiore al 30 per cento, considerate equamente la situazione dell'assicurato e le circostanze del ritardo. L'art. 8 cpv. 2 OAMal prevede che non è riscosso alcun supplemento se i premi sono assunti da un'autorità d'assistenza sociale. Per l'art. 8 cpv. 3 OAMal se l'assicurato cambia assicuratore, l'assicuratore precedente deve comunicare al nuovo assicuratore il supplemento di premio nell'ambito della comunicazione giusta l'articolo 7 capoverso 5 della legge. Il supplemento di premio stabilito dal primo assicuratore è vincolante anche per gli assicuratori successivi.

2.4. Per quanto concerne l'obbligo assicurativo in Svizzera, secondo l'art. 3 LAMal: " 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. 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 sullo Stato ospite. 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. 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." Secondo l'art. 1 cpv. 1 OAMal le persone domiciliate in Svizzera ai sensi degli articoli 23 a 26 del Codice civile svizzero (CC) sono tenute ad assicurarsi conformemente all'articolo 3 della legge. Ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. a e f OAMal sono inoltre tenuti ad assicurarsi gli stranieri con permesso di soggiorno di breve durata o di dimora ai sensi degli articoli 32 e 33 della legge federale del 16 dicembre 2005 sugli stranieri e la loro integrazione (LStrl), valevole almeno tre mesi e le persone con permesso di dimora di breve durata o permesso di dimora ai sensi dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone o dell'Accordo AELS, valevole almeno tre mesi.

2.5. In concreto la ricorrente, cittadina francese, al beneficio di un permesso "B" UE/AELS per formazione senza attività lucrativa, nata nel 1998, immatricolata presso _____ dal mese di febbraio 2022, in applicazione dell'art. 3 cpv. 1 LAMal e 1 cpv. 2 lett. f OAMal deve di principio affiliarsi in Svizzera. Ella domanda tuttavia di poter essere esonerata dall'obbligo assicurativo, facendo valere una doppia assicurazione poiché beneficia già di una copertura assicurativa privata estera per il tramite di suo padre, funzionario di un'organizzazione internazionale fino al 31 maggio 2023 ed ora in pensione, e cita gli art. 2 cpv. 4 OAMal e 6 cpv. 3 e 4 OAMal. L'amministrazione ha respinto la domanda in quanto tardiva, essendo stata inoltrata oltre i tre mesi dal suo arrivo in Svizzera.

2.6. Secondo l'art. 2 cpv. 4 OAMal a domanda, sono esentate dall'obbligo di assicurazione le persone che soggiornano in Svizzera nell'ambito di una formazione o di un perfezionamento, quali studenti, allievi, praticanti e stagisti, come pure i familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2 che li accompagnano, purché durante l'intera durata di validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'autorità cantonale competente può esonerare queste persone dall'obbligo di assicurarsi per al massimo tre anni. A domanda, l'esenzione può essere prolungata di altri tre anni al massimo. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare Per l'art. 6 cpv. 1 OAMal le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettere a e c della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite, ad eccezione dei domestici privati, non sono soggetti all'obbligo d'assicurazione. Essi sono soggetti all'assicurazione svizzera se ne fanno espressa domanda. Secondo l'art. 6 cpv. 3 OAMal nella versione in vigore dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2017, l e persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni che hanno cessato le loro funzioni presso un'organizzazione intergovernativa, un'istituzione internazionale, un segretariato o altro organo istituito da un trattato internazionale, una commissione indipendente, un tribunale internazionale, un tribunale arbitrale o presso un altro organismo internazionale ai sensi dell'articolo 2 capoverso 1 della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite sono, a domanda, esentati dall'obbligo d'assicurazione se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente presso l'assicurazione malattie della loro primitiva organizzazione. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo competente dell'organizzazione internazionale che dia tutte le informazioni necessarie. Il 1° gennaio 2018 è entrato in vigore un nuovo tenore dell'art. 6 cpv. 3 OAMal. Il disposto prevede che le persone che hanno cessato di esercitare le loro funzioni presso beneficiari istituzionali secondo l'art. 2 capoverso 1 lettere a, b, i o k della legge sullo Stato ospite (LSO) sono, a domanda, esentati dall'obbligo d'assicurazione se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo competente del loro beneficiario istituzionale precedente che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione. Per l'art. 6 cpv. 4 OAMal, in vigore dal 1° gennaio 2018, le persone assicurate insieme a una persona secondo i capoversi 1 o 3 presso l'assicurazione malattie di un beneficiario istituzionale secondo l'articolo 2 capoverso 1 lettere a, b, i o k della legge sullo Stato ospite e che non fruiscono personalmente di privilegi o immunità sono, a domanda, esentate dall'obbligo d'assicurazione se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo competente del beneficiario istituzionale che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione. Ai sensi dell'art. 2 cpv. 2 lett. c LSO la Confederazione può accordare privilegi, immunità e facilitazioni alle persone fisiche (persone beneficiarie) seguenti: (...) persone autorizzate ad accompagnare le persone beneficiarie di cui alle lettere a e b, compreso il personale domestico privato. Le lettere a e b del citato disposto fanno riferimento alle persone chiamate in veste ufficiale, a titolo permanente o no, presso uno dei beneficiari istituzionali di cui al capoverso 1 (lett. a) e alle personalità che esercitano un mandato internazionale (lett. b). L'UFSP nel Rapporto esplicativo del “ novembre 2017 ” relativo alle modifiche dell'OAMal previste per il 1° gennaio 2018 e per il 1° gennaio 2019 (cfr. sito internet dell'UFSP: www.bag.admin.ch), ha

precisato: " 3. Commento alle singole disposizioni 3.1 Articolo 6 Persone a beneficio di privilegi in virtù del diritto internazionale Capoverso 3 In occasione della modifica OSOsp, entrata in vigore il 1° gennaio 2008, l'articolo 6 capoverso 3 OAMal era stato modificato e, nella nuova versione, erano stati involontariamente omessi i familiari. Il Dipartimento federale degli affari esteri (DFAE) intende ora eliminare questa lacuna. Per evitare casi di doppia assicurazione, propone di reintrodurre la possibilità di esentare dall'obbligo d'assicurazione le persone assicurate insieme al titolare principale presso l'assicurazione malattie della sua organizzazione precedente. La definizione del campo d'applicazione personale di cui al capoverso 3 è semplificata per rispecchiare meglio la realtà. In effetti, secondo la prassi attuale, solo le organizzazioni intergovernative, le istituzioni internazionali, i segretariati o gli altri organi istituiti da un trattato internazionale e i tribunali internazionali di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere a, b, i e k della legge sullo Stato ospite (LSO; RS 192.12) offrono al loro personale una copertura assicurativa per le cure in Svizzera. Per evitare un lungo elenco di beneficiari istituzionali, si rimanda semplicemente alle lettere pertinenti di cui all'articolo 2 capoverso 1 LSO. Lo stesso vale per il capoverso 4. Secondo il vigente capoverso 3, gli ex funzionari in pensione devono beneficiare di una copertura assicurativa «equivalente» per poter essere esentati dall'obbligo d'assicurazione e anche i capoversi 2, 4 e 7 dell'articolo 2 OAMal relativi ai motivi di esenzione pongono la condizione di una copertura assicurativa «equivalente». Nell'interesse degli assicurati coinvolti, occorre fare in modo che questi ultimi siano esentati dall'obbligo d'assicurazione unicamente se la loro copertura assicurativa privata equivale a tutti gli effetti a quella della LAMal. Per facilitare la comprensione delle condizioni necessarie per un'esenzione, è opportuno armonizzare la loro formulazione nel vigente capoverso 3 e nel nuovo capoverso 4 inserendovi esplicitamente la condizione di una copertura assicurativa equivalente. Nei capoversi 3 e 4 è opportuno precisare che l'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione dall'obbligo assicurativo. L'aggiunta di questa frase (in fine) è giustificata dal fatto che tali persone non beneficiano di alcun privilegio in virtù del diritto internazionale o vi hanno rinunciato, per cui non vi è motivo di permettere loro di ritornare sulla loro scelta assicurativa come prevede l'articolo 7 capoverso 6 OAMal per i beneficiari di privilegi ai sensi dell'articolo 6 capoverso 1. Trattandosi di persone che risiedono stabilmente in Svizzera è opportuno evitare un andirivieni tra diversi sistemi assicurativi per motivi particolari (finanziari o di altra natura). Inoltre, sarebbe contrario al principio di solidarietà consentire a tali persone di entrare nel sistema LAMal quando sono anziane malate, senza avervi mai contribuito. Il termine per la presentazione della domanda di esenzione, come per gli altri motivi di esenzione, è di tre mesi a partire dall'inizio dell'obbligo di assicurazione o tre mesi dall'inizio del motivo di esenzione. Lo stesso vale per il capoverso 4. Capoverso 4 Le persone autorizzate ad accompagnare le persone beneficiarie, di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettera c LSO in combinato disposto con l'articolo 11 capoversi 1 lettera f, 2 lettera f e 3 lettera g OSOsp, non sono soggette all'assicurazione malattie obbligatoria e possono affidarsi presso l'assicurazione dell'organizzazione internazionale insieme al titolare principale. Sinora questa regola si applicava unicamente alle persone che non esercitavano alcuna attività lucrativa. Quelle che lavoravano dovevano assicurarsi in Svizzera, anche se beneficiavano della copertura assicurativa dell'organizzazione internazionale. Per evitare casi di doppia imposizione, il DFAE ha rivisto l'articolo 24 OSOsp. Dal 1° gennaio 2016, i familiari e altre persone autorizzate ad accompagnare il titolare principale (secondo l'art. 22 OSOsp) che scambiano la loro carta di legittimazione con un permesso Ci per poter

esercitare un'attività lucrativa in Svizzera non sono più soggetti all'assicurazione malattie obbligatoria. Queste persone non appartengono al campo d'applicazione del capoverso 4 bensì a quello del capoverso 1. Secondo l'articolo 20 LSO, esse beneficiano degli stessi privilegi, immunità e facilitazioni del beneficiario principale. La rinuncia ai privilegi concerne unicamente l'esercizio di un'attività lavorativa (art. 22 cpv. 4 OSOsp). Ne fanno eccezione le persone che secondo l'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALCP: RS 0.142.112.681) sono assicurate in uno Stato membro dell'UE/AELS insieme al beneficiario principale. Se iniziano a esercitare un'attività lucrativa in Svizzera, queste persone soggiacciono all'obbligo di assicurazione. Tuttavia, l'OSOsp non si applica alle persone che non beneficiano di privilegi in virtù del diritto internazionale. Pertanto, i loro familiari e le persone che le accompagnano in possesso di un permesso di soggiorno o di domicilio, o di un permesso per frontalieri, nonché le persone di nazionalità svizzera, rimangono soggetti all'assicurazione malattie obbligatoria anche se possono affidarsi all'assicurazione dell'organizzazione internazionale insieme al titolare principale. La presente revisione vuole evitare casi di doppia assicurazione anche per queste persone." Va ancora rammentato che per l'art. 7 cpv. 1 OAMal i cittadini stranieri con un permesso di domicilio, con un permesso di dimora oppure con un permesso di dimora di breve durata ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettere a e f sono tenuti ad assicurarsi entro tre mesi dal momento in cui si sono annunciati presso il competente ufficio di controllo degli abitanti. Se l'affiliazione è tempestiva, l'assicurazione inizia dalla data del suddetto annuncio. In caso di affiliazione tardiva, l'assicurazione inizia dalla data dell'affiliazione. 2.7. Circa il termine per l'inoltro di una domanda di esenzione dall'obbligo assicurativo ai sensi dell'art. 2 cpv. 2 e seguenti OAMal, Eugster, SBVR 2016, 3a edizione, pag. 429, n. 62-63, afferma che né la legge, né l'ordinanza prevedono un termine entro il quale trasmettere la richiesta. Essendoci una lacuna, l'autore suggerisce di applicare per analogia il termine di tre mesi dell'allegato XI, relativo alla Svizzera, art. 3 let. b/aa del Regolamento (CE) 883/2004 (RS 0.831.109.268.1: "Nach Art. 10 Abs. 2 KVV entscheidet die zuständige kantonale Behörde über die in Art. 2 Abs. 2-5 KVV und Art. 6 Abs. 3 KVV vorgesehenen Gesuche [...] Ein weiteres Manko ist, dass weder das KVG noch die KVV für die Tatbestände ausserhalb von Art. 6a Abs. 3 Satz 2 und Art. 18 Abs. 2 bis KVG Vorschriften enthalten, innerhalb welcher Frist die Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht zu stellen sind, was eine planwidrige Unvollständigkeit darstellt, welche nach einer Lückenfüllung ruft. Im Falle der Befreiungstatbestände hat eine grundsätzlich gegebene Versicherungspflicht erst definitiven Bestand, wenn nicht um Befreiung ersucht oder ein Gesuch nicht gutgeheissen wird. Ein solcher Schwebezustand darf nicht zeitlich unbegrenzt andauern. Die gesuchte Frist berührt den materiellen Anspruch auf Befreiung und bedarf daher, da das KVG alle Fragen der Versicherungspflicht abschliessend regelt, einer bundesrechtlichen Grundlage. Die Kantone sind nicht zu autonomer gesetzlicher Normierung befugt. Zweckmässigerweise ist die Regelung von Anhang XI GVO ad Schweiz, Art 3 lit. b/aa, par analogiam zu übernehmen (Rz. 101)"). Anche l'UFSP nel Rapporto esplicativo del "novembre 2017" relativo alle modifiche dell'OAMal previste per il 1° gennaio 2018 e per il 1° gennaio 2019 (cfr. sito internet dell'UFSP: www.bag.admin.ch), ha precisato che, nell'ambito dell'applicazione dell'art. 6 cpv. 3 e 4 OAMal, il termine per la presentazione della domanda di esenzione, come per gli altri motivi di esenzione, è di tre mesi a partire dall'inizio dell'obbligo di assicurazione o tre mesi dall'inizio del motivo di esenzione. In una sentenza 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020, il Tribunale federale, circa il periodo di tre mesi per optare in favore

del sistema assicurativo del Paese di residenza, previsto dall'allegato XI, relativo alla Svizzera, art. 3 let. b/aa del Regolamento (CE) 1408/1, sostituito dal Regolamento (CE) 883/2004, ha accolto un ricorso contro una sentenza emanata da questo Tribunale, affermando: " (...) 6.1. È pacifico che l'interessata, residente in Italia dopo avere vissuto in Svizzera, in qualità di lavoratrice in Svizzera, rientra nel campo di applicazione del Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio europeo del 14 giugno 1971, applicabile fino al 31 marzo 2012, e che, per quanto riguarda l'assicurazione malattie va posta al beneficio del diritto di opzione, in quanto le persone soggette alle disposizioni di legge svizzere possono, su domanda, essere esentate dall'assicurazione obbligatoria (LAMal) per tutto il tempo in cui risiedono in uno dei seguenti Stati - tra cui l'Italia - e dimostrano di beneficiare di una copertura in caso di malattia (cfr. sentenza citate al consid. 3). Litigiosa è la questione se ella ha validamente esercitato tale diritto. 6.2. È vero che il diritto di opzione deve essere di regola esercitato entro 3 mesi dalla partenza per l'estero (cfr. DTF 136 V 295 consid. 2.3.3 pag. 300 seg.) e che questo non può essere fatto valere per atti concludenti (sentenza 9C_801/2014 del 10 marzo 2015 consid. 3.3). Tuttavia, la giurisprudenza ha anche ammesso che qualora l'assicurato sia stato impossibilitato a esercitare il suo diritto di opzione, per carenza di informazione, deve essergli riconosciuto, anche dopo il termine di 3 mesi, la possibilità di esercitare il diritto di opzione (DTF 136 V 295 consid. 5.8 - 5.10 pag. 308 segg.). Nel giudizio impugnato, il Tribunale cantonale ha ammesso che negli anni passati (in ogni caso fino al 2010, una documentazione di carattere generale posteriore a questi anni non è stata prodotta e non figura agli atti) le autorità cantonali non hanno debitamente informato gli assicurati della loro possibilità di potere optare per un [']assicurazione di un paese o dell'altro. Tuttavia, nel caso concreto un'informazione era stata data dalla cassa malati e l'assicurata ne aveva preso conoscenza sottoscrivendo il "tagliando di risposta", dove era indicato che per esercitare il diritto di opzione l'assicurata doveva rivolgersi all'autorità competente del suo cantone. Ora, come suggerito dall'UFSP, non si può ritenere che nella fattispecie l'assicuratore malattia abbia rispettato il suo obbligo d'informazione, peraltro sancito dall'art. 7b OAMal. L'indicazione contenuta nel formulario è fuorviante. L'assicurata ha apposto una croce alla domanda "desidero disdire il mio contratto ed assicurarmi nel mio nuovo paese di origine". La sua volontà di optare per le assicurazioni sociali italiane era quindi data. Non è chiaro invece se doveva ancora rivolgersi a un'autorità competente né quale essa fosse. Non è stata data alcuna spiegazione in merito alla natura né alle modalità di esercizio del diritto di opzione. La cassa malati ha inoltre informato la Cassa cantonale di compensazione della disdetta dell'assicurata per il motivo che era partita all'estero. La lettera del 4 aprile 2011 indica come "Motivo delle dimissioni, adesione alla Cassa Malati: Estero". Questa annotazione lascia intendere che l'interessata non intendeva proseguire l'assicurazione svizzera. In ogni caso, di fronte a una tale imprecisione, l'opponente avrebbe dovuto interpellare l'assicurata e, dopo averle spiegato il tenore del suo diritto di opzione, chiedere se voleva esercitarlo oppure no. 6.3. Visto quanto precede si deve ritenere che l'assicurata non è stata validamente informata sul suo diritto di opzione. Il giudizio impugnato e la decisione su reclamo del 20 dicembre 2018 devono essere annullati. Conformemente alla giurisprudenza menzionata al considerando precedente, all'assicurata dovrebbe essere data a posteriori la possibilità di esercitare il suo diritto di opzione. Tuttavia, vista la sua chiara volontà di optare per le assicurazioni sociali italiane, volontà peraltro suffragata dal suo assoggettamento alle assicurazioni sociali italiane (v. tessera sanitaria italiana allegata al ricorso cantonale), si può rinunciare a rinviare la causa per consentirle di esercitare il suo diritto di opzione. Ne

segue che, in riforma della decisione su reclamo del 20 dicembre 2018 e del giudizio impugnato (art. 107 cpv. 2 LTF), alla ricorrente va riconosciuta l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria malattia in Svizzera a partire dal 1° gennaio 2011.” La citata giurisprudenza federale è stata applicata da questo Tribunale da ultimo nella STCA 36.2019.113 del 27 aprile 2020 (cfr. in particolare consid. 2.6 e seguenti). 2.8. Nel caso di specie dalle tavole processuali emerge che l'insorgente, residente in Francia e da ultimo frontiera nel Canton _____, dal 10 febbraio 2022 ha ottenuto un permesso di dimora “B” UE/AELS per formazione e si è iscritta dal 20 febbraio 2022 al Master _____. Ella, come emerge da un'email dell'Ufficio controllo abitanti di _____ del 20 marzo 2024, quando si è presentata presso le competenti autorità comunali ha prodotto anche la tessera dell'assicuratore malattie estero (_____; cfr. doc. V/2) e, come accertato da questo Tribunale, non ha mai ottenuto dalle autorità _____ alcuna decisione in merito all'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera, rispettivamente circa una sua affiliazione nel nostro Paese (doc. X). Il 7 luglio 2022 la Cassa cantonale di compensazione, dopo aver ricevuto dal Comune di _____ il modulo ufficiale per le persone soggette all'obbligo assicurativo che omettono di aderire ad un assicuratore malattie riconosciuto, ha scritto ad RI 1 indicandole che di principio, essendo in possesso di un regolare permesso di dimora B UE/AELS è assoggettata alla LAMal, ma “ nel caso in cui si trovasse in Svizzera unicamente per motivi di studio deve trasmetterci il modulo ufficiale TI 6.1 allegato, debitamente compilato e corredato dalla documentazione richiesta, per effettuare l'accertamento dell'obbligo assicurativo delle cure medico-sanitarie ” e le ha concesso un termine di 20 giorni per trasmettere un documento a comprova dell'avvenuta iscrizione presso un assicuratore LAMal riconosciuto o, “ nel caso in cui soggiornasse in Svizzera unicamente per formazione, il modulo ufficiale TI 6.1 corredato dagli allegati richiesti ” (doc. 27). In assenza di risposta, il 3 agosto 2022 l'amministrazione l'ha affidata a rispondere entro il 12 agosto 2022, in difetto di che sarebbe stata affiliata d'ufficio ad un assicuratore malattie LAMal (doc. 26). Non avendo ricevuto alcun riscontro, con decisione formale del 19 agosto 2022 la Cassa cantonale di compensazione, Ufficio dei contributi, ha affiliato RI 1 presso la Cassa malati _____ a decorrere dalla medesima data, fissando nel 10 febbraio 2022 l'inizio teorico dell'obbligo assicurativo (doc. 25). La ricorrente non contesta di aver ricevuto la corrispondenza del 7 luglio 2022, del 3 agosto 2022 e la decisione del 19 agosto 2022, né sostiene di aver inoltrato tempestivo reclamo contro il contenuto del provvedimento emesso dalla Cassa. Ella afferma tuttavia di non aver ricevuto alcuna comunicazione da parte dell'amministrazione fino a fine giugno 2022, sostiene che tutta la corrispondenza le è stata trasmessa durante le vacanze accademiche estive del 2022 ed asserisce di esserne venuta a conoscenza solo all'inizio del nuovo anno accademico. Secondo questo Tribunale, ritenuto che l'assicurata non doveva aspettarsi una comunicazione dalla Cassa di compensazione e che non vi era una vertenza in corso, l'amministrazione avrebbe potuto dare avvio alla procedura di affiliazione prima della fine del semestre accademico e dell'inizio delle vacanze ed evitare di assegnare alla ricorrente, in data 3 agosto 2022, un breve termine scadente già il 12 agosto 2022, per dar seguito alle sue richieste ed emettere la decisione formale il 19 agosto 2022. La questione non merita tuttavia particolare approfondimento. È vero che l'insorgente ha affermato di essere venuta a conoscenza della decisione di iscrizione d'ufficio presso _____ al suo ritorno in Ticino all'inizio del nuovo anno accademico, che fa risalire al 19 settembre 2022, e che non l'ha contestata fino al 23 maggio 2023 quando, dopo aver ricevuto la polizza d'assicurazione e le fatture di _____, ha scritto un'email alla Cassa, affermando di

essere già affiliata presso un assicuratore estero (doc. 14). Tuttavia la decisione portava sull'esenzione dall'obbligo assicurativo nella sua qualità di studentessa (cfr. in particolare art. 2 cpv. 4 OAMal; per quanto concerne invece gli studenti cittadini di un Paese membro dell'UE, in soggiorno di formazione in Svizzera, senza attività lucrativa, detentori della tessera europea di assicurazione, che giungono nel nostro Paese da soli e che vanno di regola esonerati dall'obbligo assicurativo in Svizzera fintanto che studiano e non svolgono alcuna attività lucrativa: cfr. STCA 36.2016.110 del 3 ottobre 2017, consid. 4) e non quale familiare di un funzionario di un'organizzazione internazionale assicurato presso un'assicurazione estera. Tant'è che, mentre nell'ambito della prima procedura l'amministrazione aveva invitato l'insorgente a compilare il formulario TI 6.1, relativo agli studenti, dopo l'inoltro dell'email del 23 maggio 2023 la Cassa le ha chiesto di riempire il modulo TI 13F, concernente i familiari di funzionari o ex funzionari di un'organizzazione internazionale. Inoltre l'amministrazione ha respinto la richiesta in esame a motivo della tardività della domanda e non per il fatto che aveva già emesso una decisione il 19 agosto 2022 in merito ad una richiesta di esonero dall'obbligo assicurativo. Per cui la nuova richiesta è di per sé ricevibile nella misura in cui porta sul motivo di esonero di cui all'art. 6 OAMal. Essa non può invece essere esaminata laddove la ricorrente fa riferimento all'art. 2 cpv. 4 OAMal. A questo proposito va segnalata la STF 9C_335/2020 del 25 agosto 2020, dove il Tribunale federale si è espresso in merito al caso di un'assicurata, che, dopo aver cambiato domicilio e senza che vi fosse stata una modifica della copertura assicurativa o che fosse stato sollevato un altro motivo di esonero, aveva inoltrato una nuova istanza, malgrado una domanda simile fosse già stata oggetto di decisione, confermata in ultima istanza dal Tribunale federale. L'Alta Corte ha ritenuto che l'interessata non avrebbe potuto riproporre la medesima domanda. 2.9. In concreto l'amministrazione ha ritenuto tardiva la richiesta di esonero poiché la ricorrente l'ha inoltrata dopo tre mesi dal suo arrivo in Svizzera. L'insorgente sostiene che né la legge né l'ordinanza contengono un termine entro il quale presentare la domanda. Nel caso di specie, RI 1, assicurata sin dalla nascita presso _____, non era stata affiliata all'assicurazione obbligatoria contro le malattie (LAMal) quando ha lavorato a _____. Le autorità _____, dopo aver ricevuto dall'interessata il formulario per l'equivalenza dell'assicurazione malattie, riempito da _____, le hanno chiesto di compilare il modulo per l'esercizio del diritto di opzione. In assenza di una sua risposta e considerato che il suo permesso G sarebbe scaduto pochi mesi dopo, non hanno emesso alcuna decisione (doc. X). Presentatasi nel mese di febbraio 2022 all'Ufficio controllo abitanti di _____ per annunciare il suo arrivo, l'insorgente ha indicato di essere assicurata contro le malattie presso un assicuratore estero ed ha consegnato copia della tessera di _____ (cfr. doc. V/2), dove figura chiaramente che si tratta di una copertura fornita da un'organizzazione internazionale (doc. A: "_____"). In questo modo la ricorrente poteva ritenere di aver adempiuto ai suoi obblighi e di aver tempestivamente comprovato l'affiliazione presso un assicuratore malattie. Spettava semmai all'amministrazione trasmettere alla ricorrente non solo il formulario per l'esonero dall'obbligo assicurativo in qualità di studentessa (TI 6.1), ma anche quello relativo ai familiari di un funzionario di un'organizzazione internazionale (TI 13F; cfr. anche STF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020, consid. 6.2 in fine). Non avendolo fatto, non può ora rimproverare alla ricorrente di aver inoltrato il modulo TI 13 F tardivamente. Ciò vale a maggior ragione in un ambito particolare e complesso quale l'applicazione del diritto internazionale in ambito di assicurazioni sociali. La ricorrente, cittadina comune, a digiuno di conoscenze in ambito di assicurazioni sociali, andava infatti

informata adeguatamente circa le possibilità di esonero dall'obbligo assicurativo anche nella sua qualità di familiare di un funzionario di un'organizzazione internazionale (cfr. anche STF 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020; circa la complessità del diritto internazionale in materia di assoggettamento all'assicurazione malattie cfr. la 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]; cfr. anche la sentenza 9C_97/2009 del 14 ottobre 2009 relativa alla buona fede riconosciuta ad un assicurato per delle cure dentarie effettuate all'estero). A questo proposito la giurisprudenza ha ammesso “ che qualora l'assicurato sia stato impossibilitato a esercitare il suo diritto di opzione, per carenza di informazione, deve essergli riconosciuto, anche dopo il termine di 3 mesi, la possibilità di esercitare il diritto di opzione ” (sentenza 9C_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2). Considerato che tale termine è espressamente indicato nell'allegato VI, art. 3 lett. b/aa, relativo alla Svizzera, del Regolamento (CE) 1408/71 (ora: allegato XI, art. 3 lett. b/aa, relativo alla Svizzera, del Regolamento (CE) 883/2004), mentre nell'art. 6 OAMal non figura alcunché, la necessità di informazione nel caso di specie è ancora maggiore. In concreto la ricorrente, che quando ha lavorato nel Canton _____ non è stata affiliata alla LAMal, ha subito presentato, sin dal suo arrivo a _____, nel febbraio 2022, la tessera di assicurazione presso _____ e, dopo aver ricevuto il 4 luglio 2023 il modulo TI 13 F (doc. 11), lo ha immediatamente ritornato alla Cassa già in data 10 luglio 2023 (doc. 10). In sede di reclamo ha poi allegato ulteriore documentazione, tra cui la dichiarazione sul grado di copertura d'assicurazione sottoscritta anche dall'assicuratore il 3 ottobre 2023 (doc. 4a). Ella ha pertanto risposto tempestivamente alle richieste della Cassa. In queste condizioni la domanda non può essere considerata tardiva, ma deve essere esaminata. La decisione su reclamo va pertanto annullata e gli atti rinviati all'amministrazione affinché entri nel merito della richiesta di esonero ai sensi dell'art. 6 OAMal. 2.10. La ricorrente, oltre a chiedere l'acquisizione agli atti dello scambio di corrispondenza tra il suo patrocinatore e l'Ufficio controllo abitanti di _____ e della corrispondenza via email tra il suo legale ed _____ della _____, che il Tribunale ha recepito, domanda di sentire alcuni testi. Questo TCA rinuncia alla richiesta dell'insorgente. La testimonianza di _____, funzionaria comunale dell'Ufficio controllo abitanti di _____, che la ricorrente intende sentire per confermare il contenuto dello scambio di email del 20 marzo 2024 non apporterebbe alcunché, poiché il Tribunale ha preso in considerazione quanto attestato dalla funzionaria. Il contenuto dello scritto non è, di per sé, contestato. Pure superflua è la testimonianza di _____, giurista della _____, che l'interessata intende sentire perché “ conosce il caso ”. Il giurista rappresenta la Cassa malati alla quale è stata affiliata l'insorgente e quest'ultima non spiega su quale aspetto egli potrebbe testimoniare e cosa intende comprovare con la sua audizione. L'assicurata non precisa neppure lo scopo della domanda di sentire quali testi due funzionari della Cassa: _____, “ che ha seguito il caso sin dall'inizio ” e _____, che “ ha sottoscritto sia la decisione su reclamo sia la risposta ”. Neppure per quanto concerne _____, funzionaria presso _____, “ che ha seguito e conosce perfettamente tutto il travagliato iter burocratico fatto subire alla ricorrente ” è dato a sapere il motivo della chiesta testimonianza. Questo Tribunale ritiene che la documentazione prodotta dalle parti è sufficiente per decidere nel merito della

vertenza, senza che sia necessario procedere con ulteriori accertamenti, segnatamente con le audizioni richieste. 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_430/2020 del 17 marzo 2021 consid. 5.1.; STF 8C_117/2020 del 4 dicembre 2020 consid. 4.3.; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9; STF 8C_845/2009 del 7 dicembre 2009; STF I 1018/06 del 16 gennaio 2008 consid. 5.3.; STF U 416/04 del 16 febbraio 2006, consid. 3.2.), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.11. L'art. 61 lett. f bis LPGA prevede che per le controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Il Tribunale federale, nella sentenza 8C_265/2021 del 21 luglio 2021, al considerando 4.4.1 ha evidenziato che “ (...) eliminando il principio della gratuità generalizzata di cui all'art. 61 lett. a LPGA, il legislatore federale non ha voluto imporre in maniera generalizzata per tutta la Svizzera l'applicazione di spese giudiziarie al di fuori del campo di applicazione dell'art. 61 lett. f bis LPGA, ma ha lasciato ai Cantoni la libertà di disciplinare la questione. Nulla impedisce a un Cantone in tale contesto di prevedere la gratuità della procedura integralmente o soltanto per alcune controversie (FF 2018 1334; BU 2018 S 668 segg; BU 2019 N 329 segg.). Se però un Cantone desidera imporre spese al di fuori del campo di applicazione dell'art. 61 lett. f bis LPGA, trattandosi di un tributo causale, deve prevedere una base legale formale chiara ed esplicita (art. 127 Cost.; DTF 145 I 52 consid. 5.2; 143 I 227 consid. 4.3.1; 124 I 241 consid. 4a, con riferimenti; UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 2020, n. 209 ad art. 61 LPGA). ”.

Nel Cantone Ticino vige tuttora il principio della gratuità generalizzata (STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022, consid. 5; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021, consid. 4.4.3), perciò nel presente caso non si riscuotono spese giudiziarie. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

Alla ricorrente, rappresentata, dopo la risposta di causa dell'amministrazione, da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili, ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 301 consid. 6; STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5).