



---

Corte III  
C-5183/2019

## **Sentenza del 8 novembre 2021**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Viktoria Helfenstein, Beat Weber,  
cancelliere Oliver Engel.

---

Parti

**A.** \_\_\_\_\_, (Italia),  
rappresentato dall'avv. Antonio Tommasi,  
ricorrente,

contro

**Istituzione comune LAMal,**  
autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione malattia, esenzione dall'obbligo assicurativo  
(decisione su opposizione del 29 agosto 2019).

**Fatti:****A.**

A. \_\_\_\_\_ (di seguito: interessato, ricorrente o insorgente), cittadino italiano, nato il (...) 1956, ha risieduto in Svizzera fino al 6 agosto 2018 (cfr. a tal proposito il doc. 3 da cui risulta che l'interessato ha indicato quale data di partenza il 7 agosto 2018 [v. disdetta dell'assicurazione malattia del 10 luglio 2018] e di risiedere in Italia a decorrere dal 1° settembre 2018 [v. scritto all'Istituzione comune LAMal del 2 aprile 2019]). Dalla documentazione agli atti risulta inoltre che a partire dal 1° marzo 2004 l'interessato percepisce una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (cfr. modulo E121 sub doc. 1).

**B.**

**B.a** Il 10 luglio 2018, poco prima della sua partenza dalla Svizzera, l'interessato aveva trasmesso all'assicuratore malattia B. \_\_\_\_\_ (di seguito: cassa malati o assicuratore malattia) uno scritto comportante l'indicazione raccomandata ("*Einschreiben*") e denominato disdetta assicurazione malattia ("*Kündigung Krankenversicherung*"), mediante il quale ha comunicato alla cassa malati che il 7 agosto 2018 si sarebbe trasferito a titolo definitivo in Italia e pregato quest'ultima di porre fine alla copertura assicurativa (LAMal e LCA) a partire dalla medesima data, poiché si sarebbe assicurato in Italia (allegato 2 a doc. TAF 4).

**B.b** Con scritto del 26 luglio 2018 (comportante l'indicazione raccomandata ["*Einschreiben*"] ed il titolo "Suo trasferimento in Italia: adeguiamo il suo contratto" ["*Ihr Umzug ins Ausland: Wir passen ihren Vertrag an*"]), l'assicuratore malattia, ha ringraziato l'interessato per aver comunicato la sua partenza per l'Italia e gli ha segnalato che, conto tenuto del trasferimento del suo domicilio in un Paese UE, la sua copertura assicurativa andava adeguata e che poteva usufruire dell'opzione di scelta assicurativa tra l'Italia e la Svizzera da esercitare entro tre mesi dal trasferimento del suo domicilio. Ha pure segnalato che senza riscontro da parte sua entro il 7 novembre 2018, sarebbe partita dal presupposto che intendeva restare assicurato in Svizzera alla tariffa valida per l'estero. Inoltre, l'assicuratore malattia ha informato l'interessato che il premio per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal sarebbe stato di CHF 300.- mensili, così come pure la franchigia annuale, e che se avesse voluto optare per il servizio sanitario italiano, doveva richiedere l'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera. In tale caso, l'interessato veniva invitato a rivolgersi all'Istituzione comune LAMal e ad inoltrare all'assicuratore

malattia una disdetta scritta, la conferma di esenzione dell'Istituzione comune LAMal, nonché la conferma di assicurazione del suo nuovo assicuratore malattia all'estero (allegato 1 a doc. TAF 4).

**B.c** Il 27 febbraio 2019, l'interessato ha trasmesso all'autorità inferiore una domanda di esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera datata 22 febbraio 2019 (cfr. a tal proposito il doc. 1).

**B.d** Il 21 marzo 2019, il ricorrente – tramite diversi messaggi di posta elettronica – ha trasmesso all'autorità inferiore ampia documentazione, in particolare ha nuovamente inoltrato il formulario "Domanda di esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera in qualità di titolare di una pensione svizzera residente in Italia" del 22 febbraio 2019. Al menzionato formulario ha pure allegato la ricevuta di versamento delle tasse di iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale – regione C. \_\_\_\_\_ – per l'anno 2019, la tessera sanitaria italiana/tessera europea di assicurazione malattia (a tergo) e l'attestazione di iscrizione definitiva al Servizio sanitario nazionale – regione C. \_\_\_\_\_ – con decorrenza dal 2 gennaio 2019 (cfr. doc. 1).

**B.e** Con decisione del 25 marzo 2019, l'autorità inferiore ha ritenuto che non fossero adempite le condizioni per un'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera ex art. 2 cpv. 6 OAMal, in quanto già iscritto a carico del suo assicuratore svizzero nell'ambito dell'aiuto reciproco per prestazioni sanitarie. Pertanto, è stata respinta la domanda di esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera (doc. 2).

**B.f** Con opposizione del 2 aprile 2019, l'interessato ha contestato la menzionata decisione dell'Istituzione comune LAMal del 25 marzo 2019 e chiesto che sia annullato il modulo E121 del 19 dicembre 2018 a decorrere dal 2 gennaio 2019. Ha fatto in particolare valere che in data 2 gennaio 2019 ha scelto di essere assistito dal Servizio sanitario nazionale italiano e di aver disdetto la copertura assicurativa svizzera con scritto del 10 luglio 2018 (doc. 3).

**B.g** Con scritto del 12 giugno 2019, l'autorità inferiore ha comunicato all'interessato che l'assicuratore malattia non intende annullare il "contratto bilaterale" in essere con l'assicurato, motivo per cui perdurava l'obbligo assicurativo in Svizzera (doc. 5).

**B.h** Con messaggio di posta elettronica del 23 luglio 2019, l'interessato ha ribadito la fondatezza della richiesta d'esenzione dall'obbligo assicurativo

in Svizzera avendo egli trasferito la propria residenza in Italia ed essendosi assicurato (contro le malattie) in tale Paese (doc. 6).

**B.i** Con messaggio di posta elettronica del 30 luglio 2019, l'autorità inferiore ha indicato al ricorrente che egli era registrato con il modulo E121, che ha quindi esercitato il suo diritto di opzione a favore dell'assicurazione malattia svizzera e che per conseguenza la sua richiesta non poteva essere accolta (doc. 7).

**B.j** Con scritto del 5 agosto 2019, il ricorrente ha indicato di aver esercitato il diritto di opzione assicurativo scegliendo l'assicurazione sanitaria italiana, di non aver mai richiesto o trasmesso il modulo E121, di essere assicurato direttamente in Italia e di pagarvi i premi, nonché di aver disdetto l'assicurazione con B. \_\_\_\_\_ tramite scritto del 10 luglio 2018. Egli ha chiesto la cancellazione dell'iscrizione all'assicurazione malattie svizzera in quanto mai richiesta (doc. 8).

**B.k** Con decisione su opposizione del 29 agosto 2019, l'Istituzione comune LAMal ha respinto l'opposizione dell'interessato e confermato la decisione del 25 marzo 2019. L'autorità inferiore ha considerato che l'interessato è stato correttamente informato – giusta l'art. 7b OAMal, in merito al suo diritto di opzione – in particolare anche per quel che concerne il termine di tre mesi entro i quali andava esercitato –, che dagli atti “si desume che già per il 1° settembre 2018 aveva lasciato la sua residenza, a (...), per trasferirsi in Italia” e che la domanda di esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera è stata presentata il 27 febbraio 2019, ossia dopo la scadenza del previsto termine di tre mesi (per la presentazione della domanda d'esenzione). Pertanto, l'obbligo assicurativo in Svizzera è rimasto invariato, non essendo soddisfatte le condizioni dell'art. 2 cpv. 6 OAMal. L'autorità inferiore ha inoltre precisato che la registrazione nell'ambito dell'aiuto reciproco (tramite modulo E121) è stata effettuata correttamente dall'assicuratore malattia proprio perché l'interessato non ha esercitato il proprio diritto di opzione nei tempi previsti dalla normativa applicabile (doc. 9).

## **C.**

**C.a** Il 28 settembre 2019, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro la decisione su opposizione del 29 agosto 2019, mediante il quale ha chiesto di essere esentato dall'obbligo assicurativo in Svizzera, “quanto meno dal prossimo anno”. In sostanza, ha fatto valere di aver esercitato il diritto di opzione – scegliendo di

essere assicurato in Italia, stato nel quale risiede e dove ha pagato e continua a pagare i premi/contributi – mediante lettera raccomandata del 10 luglio 2018. Ha inoltre indicato di non aver mai richiesto il modulo E121/S1 allo Stato svizzero, di non averlo mai trasmesso all'assicurazione sanitaria italiana, nonché di aver restituito la tessera sanitaria svizzera. Si è poi doluto del fatto che sussiste contraddizione tra l'indicazione fornita da B.\_\_\_\_\_ nello scritto del 17 maggio 2019, secondo cui il D.\_\_\_\_\_ non conferma il modulo E121, e la e-mail dell'autorità inferiore del 30 luglio 2019 secondo la quale attualmente "siete registrati con il modulo E121 e avete quindi esercitato il vostro diritto d'opzione a favore di una cassa malati svizzera". Secondo l'insorgente, il termine trimestrale invocato dall'autorità inferiore non si applica peraltro ai pensionati che spostano la loro residenza in Italia, bensì unicamente a coloro che iniziano un'attività lavorativa in Svizzera pur residenti all'estero. Infine, fa valere di non essere stato avvertito dell'esistenza di un limite temporale entro cui esercitare il diritto di opzione, fermo restando che – a suo giudizio – è contrario ai principi di diritto comunitario e costituzionale dover essere legato per tutta la vita all'obbligo assicurativo nei confronti di una istituzione statale, senza possibilità di cambiare (doc. TAF 1 e allegati).

**C.b** Il 21 ottobre 2019, l'autorità inferiore ha prodotto dinanzi al TAF copia del citato scritto del ricorrente del 10 luglio 2018, con cui ha disdetto l'assicurazione malattia svizzera (e indicato che si sarebbe assicurato in Italia), così come il già citato scritto di B.\_\_\_\_\_ del 26 luglio 2018 (doc. TAF 4).

**C.c** Con risposta al ricorso del 7 gennaio 2020, l'autorità inferiore ha proposto il respingimento dell'impugnativa e la conferma della decisione su opposizione del 29 agosto 2019. Ha ribadito che la domanda d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera, fatta valere per la prima volta con messaggi di posta elettronica del 21 marzo 2019, è stata depositata dopo la scadenza del termine utile di tre mesi previsto a tal fine e che il ricorrente a quel momento era già iscritto a carico dell'assicurazione svizzera e pertanto non poteva più venir assicurato nello Stato di residenza. Essa ha pure precisato che il menzionato termine di tre mesi per il diritto di opzione è applicabile anche ai pensionati e non solo ai frontalieri, che il ricorrente era stato correttamente informato del suo diritto di opzione con scritto di B.\_\_\_\_\_ del 26 luglio 2018, inviato per raccomandata, e che lo scritto dell'insorgente del 10 luglio 2018 rappresenta una lettera di risoluzione (del contratto assicurativo con B.\_\_\_\_\_), ma non una formale richiesta di esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera, e che ad ogni modo, a tale momento il ricorrente era ancora domiciliato in Svizzera e il diritto d'opzione non era pertanto ancora sorto. Infine, l'autorità inferiore ha pure osservato

che “si presume che non esisteva un’assicurazione italiana, che l’assicurazione sanitaria svizzera è stata dolorosamente(!) mantenuta e che è stata effettuata una registrazione per l’aiuto reciproco”. Pertanto, anche volendo qualificare lo scritto del 10 luglio 2018 come richiesta di esenzione rispettosa del termine di tre mesi, le altre condizioni dell’art. 2 cpv. 6 OAMal non sono comunque soddisfatte (doc. TAF 9).

**C.d** Nella replica del 17 febbraio 2020, il ricorrente si è riconfermato nelle allegazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso. Egli ha in particolare precisato di non aver mai ricevuto personalmente la lettera dell’assicuratore malattia del 26 luglio 2018 e quindi di non essere stato informato correttamente dei suoi obblighi. Ha pure chiesto di poter visionare l’avviso di ricevimento sottoscritto. Inoltre, ha ribadito di avere disdetto l’assicurazione malattia in Svizzera già il 10 luglio 2018, che è titolare di un’assicurazione sanitaria diretta in Italia e che il menzionato scritto è da ritenersi idoneo a produrre gli effetti voluti dalla legislazione per potersi assicurare in Italia (doc. TAF 12).

**C.e** Con duplice del 15 aprile 2020, l’autorità inferiore ha rinviato agli argomenti e alle versioni già presentate, ha prodotto l’estratto “track and trace” della Posta svizzera da cui risulterebbe una notifica al 6 agosto 2018 dello scritto di B.\_\_\_\_\_ del 26 luglio 2018, con la conseguenza che il ricorrente avrebbe avuto tempo sufficiente, “fino ad almeno il novembre 2018”, per prendere contatto con l’Istituzione comune LAMal, ciò che invece non ha fatto che a marzo 2019 (doc. TAF 14).

**C.f** Con osservazioni alla duplice del 16 giugno 2020, il ricorrente ha indicato che il documento depositato in atti dall’autorità inferiore (“track and trace”) non dimostra affatto la notifica a lui personalmente dello scritto del 26 luglio 2018. Fa valere altresì che l’onere della prova dell’avvenuta notifica di una decisione o di una comunicazione dell’amministrazione incombe all’autorità che intende trarne una conseguenza giuridica e che in concreto sarebbe necessaria una ricevuta di consegna sottoscritta dal destinatario (doc. TAF 17).

**C.g** Il 2 luglio 2020, le osservazioni alla duplice del ricorrente sono state trasmesse per conoscenza all’autorità inferiore (doc. TAF 18).

**C.h** Il 2 febbraio 2021, il ricorrente ha inoltrato a questo Tribunale diversi documenti – compresa copia della tessera sanitaria italiana/europea – che attestano la sua iscrizione al servizio sanitario nazionale italiano per l’anno 2021 (doc. TAF 19).

**Diritto:****1.**

**1.1** Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF e art. 7 PA), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 143 IV 85 consid. 1 con rinvii [v., fra le tante, anche la sentenza del TF 9C\_419/2020 del 5 agosto 2020 con rinvii]).

**1.2** Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 LTAF e gli art. 18 cpv. 2<sup>bis</sup> e 90a cpv. 1 LAMal (RS 832.10), i ricorsi contro le decisioni, comprese quelle su opposizione, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Istituzione comune LAMal in materia d'esonero dall'obbligo di assicurazione malattia in Svizzera come nel caso di specie.

**1.3** La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAMal, riservate le eccezioni non pertinenti nel caso concreto dell'art. 1 cpv. 2 LAMal, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la LAMal non preveda espressamente una deroga alla LPGA.

**1.4** Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione impugnata e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso – interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

**2.**

**2.1** Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giu-

ridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione *pro rata temporis*; DTF 130 V 445).

**2.2** Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 29 agosto 2019. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid 3a *in fine*; nonché cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-1916/2017 del 4 dicembre 2019 consid. 3.3 con rinvii).

### **3.**

**3.1** Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea (Italia) ed è domiciliato in tale Stato (Italia) e non è contestato l'esistenza di un nesso transfrontaliero (DTF 143 V 81, in particolare consid. 8.1), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681).

**3.1.1** L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2; DTF 143 V 52 consid. 6.1 e sentenza del TAF C-3093/2018 del 30 marzo 2020 consid. 2.1).

**3.1.2** Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

**3.1.3** Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C\_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

**3.1.4** Il regolamento (CE) n. 883/2004 si applica ai cittadini di uno Stato membro, agli apolidi e ai rifugiati residenti in uno Stato membro che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri, nonché ai loro familiari e superstiti (art. 2 n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004).

## **3.2**

**3.2.1** Il Titolo II del regolamento (CE) n. 883/2004 contiene le norme di coordinamento per la determinazione della legislazione applicabile in materia di sicurezza sociale. L'art. 11 n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004 sancisce il principio dell'unicità della legislazione applicabile, secondo il quale le persone alle quali si applica il regolamento sono soggette alla legislazione di un singolo Stato membro, definita in funzione delle prescrizioni contenute agli art. 11 e segg. (DTF 135 V 339 consid. 4). Ai sensi dell'art. 11 n. 3 lett. e del regolamento (CE) n. 883/2004, le persone sono in principio soggette alla legislazione dello Stato membro di residenza (sentenza del TAF C-3961/2018 del 31 marzo 2020 consid. 3.1.1).

**3.2.2** Il Titolo III del regolamento (CE) n. 883/2004, agli art. 23 e segg., determina la legislazione applicabile in materia di prestazioni di malattia per le persone che beneficiano di una pensione (ai sensi dell'art. 1 lett. w) e i membri della loro famiglia. Di principio, il fattore determinante è l'effettivo versamento di una pensione (cfr. sentenza del TAF C-3961/2018 del 31 marzo 2020 consid. 3.1.2 con rinvii).

### **3.3**

**3.3.1** L'art. 23 del regolamento (CE) n. 883/2004 riguarda il caso di un titolare di una o più rendite ai sensi della legislazione di almeno due Stati membri, uno dei quali è lo Stato di residenza. In tal caso, la persona interessata beneficia delle prestazioni dall'istituzione del luogo di residenza e a spese della medesima istituzione, come se avesse diritto alla pensione soltanto ai sensi della legislazione dello Stato membro di residenza.

**3.3.2** L'art. 24 del regolamento (CE) n. 883/2004 regola la situazione in cui una persona è titolare di una o più pensioni in virtù della legislazione di uno o più Stati membri, non beneficia di prestazioni in natura secondo la legislazione dello Stato membro di residenza, ma avrebbe diritto a tali prestazioni (in natura) secondo la legislazione dello Stato membro o di almeno uno degli Stati membri che versa la pensione se risiedesse in tale Stato membro.

**3.3.3** L'art. 25 del regolamento (CE) n. 883/2004 designa lo Stato membro che assumerà il costo delle prestazioni in natura allorché il beneficiario di una pensione risiede in un altro Stato membro la cui legislazione non subordina il diritto a prestazioni in natura a condizioni di assicurazione o di esercizio di un'attività subordinata o autonoma e la persona interessata non riceve una pensione da detto Stato membro. Il costo delle prestazioni in natura erogate alla persona interessata è sostenuto dall'istituzione di uno degli Stati membri competenti in materia di pensioni, determinata a norma dell'art. 24 cifra 2 del regolamento (CE) n. 883/2004, nella misura in cui il pensionato avrebbe diritto a tali prestazioni se risiedesse in tale Stato membro.

**3.3.4** L'art. 26 del regolamento (CE) n. 883/2004 tratta la fattispecie relativa al beneficiario di una pensione che risiede in uno Stato membro diverso da quello in cui risiedono i suoi familiari.

**3.4** Infine, giusta l'art. 83 del regolamento (CE) n. 883/2004, nell'allegato XI figurano le disposizioni particolari di applicazione delle legislazioni di taluni Stati membri. Per quanto concerne la Svizzera, il n. 3 lett. a punto ii dell'allegato XI, prevede che le disposizioni giuridiche svizzere che disciplinano l'assicurazione malattia obbligatoria si applicano alle persone non residenti in Svizzera, segnatamente alle persone per le quali la Svizzera si fa carico dei costi delle prestazioni ai sensi degli art. 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004.

#### **4.**

**4.1** Giusta l'art. 3 cpv. 1 LAMal, 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. Pertanto, sull'intero territorio svizzero vige un obbligo d'assicurarsi contro le malattie (DTF 143 V 52 consid. 4; sentenze del TAF C-3093/2018 del 30 marzo 2020 consid. 2.2 e C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 4.1). L'art. 1 cpv. 1 OAMal (RS 832.102) prevede che le persone domiciliate in Svizzera ai sensi degli art. 23 a 26 del Codice civile svizzero (CC, RS 210) sono tenute ad assicurarsi conformemente all'art. 3 LAMal. Ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal, sono inoltre tenute ad assicurarsi le persone che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea e (che) sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'ALC e del relativo allegato II (v. anche art. 95a lett. a LAMal). Giusta l'art. 7 cpv. 8 OAMal, le persone tenute ad assicurarsi ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal 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 svizzera conformemente all'ALC e al relativo allegato II.

**4.2** Tuttavia, ai sensi dell'art. 2 cpv. 6 OAMal, introdotto in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, a domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all'ALC 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.

**4.3** Inoltre, giusta il n. 3 lett. b dell'allegato XI del regolamento (CE) n. 883/2004, le persone di cui alla lett. a (segnatamente le persone non residenti in Svizzera, ma per le quali la Svizzera si fa carico dei costi delle prestazioni ai sensi degli art. 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004 [dunque che percepiscono come il ricorrente, comunque fino alla data della decisione impugnata, una rendita d'invalidità in Svizzera]) 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 Portogallo. Detta richiesta deve essere presentata alla competente autorità svizzera 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. Il diritto di opzione deve dunque essere di regola esercitato entro tre mesi dalla partenza per l'estero (cfr. DTF 136 V 295 consid. 2.3.3) e non può essere fatto valere per atti concludenti (sentenza del TF 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 per tempo il suo diritto di opzione, ad esempio in caso di carente informazione, deve essergli riconosciuto, anche dopo il termine di tre mesi, la possibilità di esercitare il diritto di opzione (DTF 136 V 295 consid. 5.8 - 5.10 e sentenza del TF 9C\_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2).

**4.4** Infine, l'art. 2 cpv. 8 OAMal prevede che a domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone a cui l'assoggettamento all'assicurazione svizzera provoca un netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi e che a causa della loro età e/o del loro stato di salute non possono stipulare un'assicurazione complementare equiparabile o lo possono fare solo a condizioni difficilmente sostenibili.

**4.5** L'Istituzione comune LAMal decide delle domande d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera di beneficiari di rendite che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia (in altri termini in merito al cosiddetto diritto d'opzione di cui beneficia un assicurato [art. 18 cpv. 2<sup>bis</sup> LAMal]).

## **5.**

**5.1** Nella presente fattispecie, è incontestato che dall'8 agosto 2018, ma al più tardi a partire dal 1° settembre 2018, il ricorrente ha trasferito il suo domicilio in Italia. Dalle carte processuali risulta difatti che l'insorgente ha

dichiarato di aver lasciato la Svizzera il 7 agosto 2018 e di essere domiciliato in Italia comunque al più tardi dal 1° settembre 2018 (a [...] [...]; cfr. doc. 3]). Ne consegue che per il ricorrente, in assenza di un domicilio in Svizzera, non vi è alcun obbligo – dal 1° settembre 2018 – d'assicurarsi contro le malattie in Svizzera sulla base dell'art. 3 cpv. 1 LAMal.

**5.2** Il ricorrente, in quanto beneficiario al momento determinante di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (circostanza incontestata in questa sede), è non di meno per principio soggetto all'assicurazione contro le malattie in Svizzera – ai sensi dei menzionati art. 23 e segg. del regolamento n. 883/2004 e dell'art. 3 cpv. 3 lett. a LAMal in combinazione con l'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal – salvo in caso d'esercizio tempestivo del diritto d'opzione a favore del suo Paese di residenza.

## **6.**

Nella presente fattispecie, oggetto del contendere è la questione di sapere se a giusto titolo, o meno, l'autorità inferiore ha rigettato la domanda dell'insorgente d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera (giusta l'art. 6a cpv. 3 seconda frase LAMal in combinazione con l'art. 2 cpv. 6 OAMal) poiché l'insorgente non avrebbe validamente esercitato, entro i tre mesi dal trasferimento del domicilio in Italia, il suo diritto d'opzione in favore dell'assicurazione contro le malattie della Repubblica italiana rispettivamente perché, quand'anche si volesse qualificare lo scritto del 10 luglio 2018 come richiesta di esenzione rispettosa del termine di tre mesi, non sarebbero comunque adempite le altre condizioni dell'art. 2 cpv. 6 OAMal.

## **7.**

Il ricorrente ha, fra l'altro, fatto valere di non avere ricevuto personalmente lo scritto informativo dell'assicuratore malattia del 26 luglio 2018. Al riguardo, con duplice del 15 aprile 2020 (doc. TAF 9), l'autorità inferiore ha prodotto il "tracciamento degli invii" della raccomandata (semplice) (...), che a suo dire proverebbe come il plico raccomandato spedito al ricorrente dall'assicuratore malattia il 30 luglio 2018 sia stato ritirato allo sportello di (...) il 6 agosto 2018, ossia il giorno prima della dichiarata partenza per l'Italia da parte del ricorrente. Questo Tribunale rileva che per consolidata giurisprudenza, una decisione amministrativa o giudiziaria intimata mediante invio raccomandato vale come notificata quando l'atto giunge nelle mani del destinatario oppure di una persona che appartiene alla sua sfera di influenza (ad esempio la cerchia familiare o un ausiliario), non essendo invece necessario che il destinatario ne prenda altrimenti conoscenza. Tale soluzione vale anche quando il destinatario ha designato o autorizzato un

terzo a prendere in consegna i suoi invii postali oppure quando una raccomandata è consegnata allo sportello postale a un terzo titolare di una semplice procura tacita, risultante dalle circostanze. Non va poi dimenticato che, sempre per costante prassi, l'agire degli ausiliari va ascritto al destinatario (cfr. la sentenza del TF 2C\_112/2018 del 16 febbraio 2018 consid. 2.2. e 2.3 con rinvii). Nel caso concreto, è irrilevante ai fini di una valida notifica dell'informazione del 28 luglio 2018 di B.\_\_\_\_\_ che il ricorrente ne abbia preso personalmente conoscenza. L'insorgente non appare altresì avere fatto valere, né risultano ad un esame d'ufficio degli atti di causa, delle circostanze che possano far dubitare di una corretta notifica perlomeno ad un terzo legittimato a ritirare il plico raccomandato nel senso precedentemente indicato (cfr. a tal proposito anche la DTF 142 III 599 consid. 2). Ad ogni modo, tale questione può in concreto restare indecisa perché anche qualora il menzionato scritto fosse stato regolarmente notificato – come sostenuto dall'autorità inferiore – non può essere ritenuto un'informativa sufficiente per i motivi che saranno esposti di seguito.

## **8.**

### **8.1 Esercizio del diritto d'opzione**

A tal proposito, l'autorità inferiore ha ritenuto innanzitutto che lo scritto dell'interessato del 10 luglio 2018 rappresenta una lettera di risoluzione del contratto assicurativo con B.\_\_\_\_\_, ma non può essere considerato quale un valido esercizio del diritto d'opzione, il ricorrente trovandosi a tale data ancora sul territorio svizzero e non essendo pertanto ancora sorto un diritto d'opzione.

### **8.2 Termine di tre mesi per l'esercizio del diritto d'opzione**

Ora, e da un lato, questo Tribunale osserva che dal menzionato scritto dell'insorgente del 10 luglio 2018 emerge chiaramente ed inequivocabilmente non solo l'indicazione relativa al suo imminente trasferimento in Italia ma anche, e soprattutto, la sua volontà di disdire il contratto d'assicurazione malattia con il proprio assicuratore svizzero (con invito ad annullare il contratto assicurativo) e d'assicurarsi contro le malattie in Italia. Ne consegue che dal profilo contenutistico lo scritto in questione costituisce, a non averne dubbio, un valido esercizio del diritto d'opzione a favore dell'assicurazione contro le malattie italiana (ciò che, peraltro, pure l'autorità inferiore ha preso in considerazione, nella sua motivazione sussidiaria [cfr. risposta al ricorso del 7 gennaio 2020 a pag. 5]). L'autorità di prime cure

appare tuttavia ritenere che un diritto d'opzione esercitato prematuramente, ossia prima che l'interessato abbia lasciato la Svizzera, sia senza effetto alcuno sul rispetto del termine legale di 3 mesi (e debba pertanto, al fine della sua validità, essere ripetuto dopo la partenza dalla Svizzera). Tale generico assunto non può essere condiviso e costituirebbe invero un eccesso di formalismo segnatamente allorquando, come nella presente fattispecie, il diritto d'opzione è esercitato nell'imminenza della partenza dalla Svizzera verso l'Italia, peraltro da un assicurato allora non rappresentato. Certo, le conseguenze giuridiche legate a tale esercizio anticipato del diritto d'opzione potevano sorgere solo a partire dal momento in cui l'insorgente avesse effettivamente trasferito il proprio domicilio all'estero. Detto trasferimento è peraltro indubitabilmente avvenuto, circostanza pure incontestata in questa sede, tra il 7 agosto/1° settembre 2018.

### **8.3 Casi giustificati d'esercizio del diritto d'opzione dopo la scadenza del termine di tre mesi**

Peraltro, e nella denegata ipotesi che si volesse ritenere – come fatto dall'autorità inferiore perlomeno implicitamente nella decisione impugnata – totalmente inefficace, dunque da ripetere dopo la partenza dalla Svizzera, l'esercizio da parte del ricorrente del diritto d'opzione fatto valere prematuramente il 10 luglio 2018 poco prima di detta partenza, bisognerebbe allora rilevare che l'autorità inferiore non ha minimamente esaminato la questione di sapere se sussistevano eventualmente circostanze giustificanti l'esercizio del diritto d'opzione dopo la scadenza dei tre mesi dal trasferimento all'estero. La giurisprudenza ha già 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 siffatto diritto (DTF 136 V 295 consid. 5.8 - 5.10 e sentenza del TF 9C\_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2 con rinvii; v. anche sentenze del TAF C-2194/2018 del 17 giugno 2019 consid. 12.1 e C-5939/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 7.3 con rinvii).

#### **8.3.1 Quanto all'obbligo d'informazione dell'assicuratore malattia giusta l'art. 7b OAMal**

**8.3.1.1** In merito all'obbligo d'informazione degli assicurati, l'art. 7b OAMal prescrive agli assicuratori d'informare per iscritto gli assicurati di cui all'art. 6a cpv. 1 LAMal circa il prolungamento dell'obbligo d'assicurazione. Gli assicuratori sono dunque tenuti ad informare le persone che trasferiscono il loro domicilio all'estero, ciò che è altresì incontestato in questa sede, perlomeno quanto al principio.

**8.3.1.2** Nel caso concreto, non si può tuttavia ritenere che gli assicuratori, segnatamente l'assicuratore malattia B.\_\_\_\_\_, abbiano rispettato compiutamente il loro obbligo d'informazione, peraltro sancito dall'art. 7b OAMal, con lo scritto al ricorrente di B.\_\_\_\_\_ del 26 luglio 2018. A prescindere dalla questione della contestata (corretta) notifica di detto scritto (cfr. considerando 7 del presente giudizio), nello stesso non è stato indicato con la necessaria chiarezza al ricorrente che per esercitare validamente il suo diritto d'opzione doveva rivolgersi direttamente e necessariamente, nel termine di tre mesi dalla partenza dalla Svizzera, pure all'Istituzione comune LAMal (con l'apposito formulario) e che pertanto non era sufficiente informare per scritto l'assicuratore malattia della sua scelta di assicurarsi contro la malattia in Italia. Non è stata in particolare data alcuna spiegazione precisa né in merito alla natura né alle modalità di esercizio del diritto di opzione (cfr., su questo punto, la sentenza del TF 9C\_531 /2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2). A tal fine, non era sufficiente, dopo avere ricevuto lo scritto del ricorrente del 10 luglio 2018 (contenente la chiara volontà d'essere assicurato contro le malattie in Italia e dunque l'esercizio da parte sua del diritto d'opzione in tal senso), di semplicemente segnalargli che conto tenuto della sua partenza dalla Svizzera aveva la possibilità di scegliere, entro tre mesi, se rimanere assicurato contro le malattie in Svizzera o in Italia e che senza riscontro da parte sua fino al 7 novembre 2018 si sarebbe ritenuto che volesse rimanere assicurato in Svizzera (con inizio della nuova polizza al 1° settembre 2018). Certo, l'assicuratore malattia B.\_\_\_\_\_ ha pure indicato, nel suo scritto del 28 luglio 2018, l'indirizzo dell'Istituzione comune LAMal a (...), cui rivolgersi "in questi tre mesi" (non è dato sapere con precisione a quali tre mesi sia fatto riferimento da parte di B.\_\_\_\_\_) per essere liberato dall'obbligo assicurativo in Svizzera, e i documenti che avrebbe ancora dovuto sottoporre, peraltro ad B.\_\_\_\_\_ stessa, qualora non avesse più voluto essere assicurato in Svizzera contro le malattie (disdetta, scritto di esenzione da parte dell'Istituzione comune LAMal e prova dell'assicurazione contro le malattie in Italia). In particolare, non è chiaro a partire da quando avrebbe dovuto imperativamente essere (ri)esercitato il diritto d'opzione rispettivamente prodotta per esempio la prova dell'assicurazione contro le malattie contratto in Italia (e a chi). Ove poi si aggiunga che nello scritto di B.\_\_\_\_\_ del 26 luglio 2018 è pure indicato che senza riscontro da parte dell'insorgente, le assicurazioni complementari sarebbero state annullate per il 31 agosto 2018, non appare più possibile affermare, come ha fatto l'autorità inferiore, che tale scritto adempie i criteri di una corretta ed esaustiva informazione ai sensi dell'art. 7b OAMal e della citata giurisprudenza in materia. Lo scritto deve piuttosto essere qualificato di fuorviante (cfr. sulla questione anche la sentenza del TAF C-3289/2018 del 23 novembre 2020 consid. 6.5.3.1 [che riguarda pure

uno scritto di contenuto simile da parte di B. \_\_\_\_\_]) – perlomeno per un assicurato, come il ricorrente, allora non rappresentato da persona cognita in materia – tanto più che l'assicuratore malattia nel suo scritto del 26 luglio 2018 ha omesso di confrontarsi con lo scritto del ricorrente del 10 luglio 2018, trasmessogli per raccomandata, peraltro dal contenuto chiaro, come precedentemente indicato.

**8.3.1.3** L'assicuratore malattia, come già ritenuto nella citata sentenza del TAF C-3289/2018 del 23 novembre 2020, invece di far pervenire all'assicurato un'informativa generale in merito al diritto d'opzione, avrebbe piuttosto dovuto far riferimento a quanto già comunicato dallo stesso ed indicare con precisione che per il corretto esercizio del suo diritto di opzione egli doveva ancora rivolgersi direttamente e necessariamente, nel termine di tre mesi dalla partenza dalla Svizzera, anche all'Istituzione comune LAMal (con l'apposito formulario) e produrre la conferma della copertura assicurativa in Italia.

**8.3.2** Inoltre, sulla base del principio della buona fede e del divieto del formalismo eccessivo, l'amministrazione ha l'obbligo, in determinate circostanze, d'informare d'ufficio l'amministrato che commette o sta per commettere un vizio procedurale, a condizione che il vizio sia facilmente riconoscibile e che possa essere riparato per tempo (cfr. sentenza del TF 8C\_145/2019 del 3 giugno 2020 consid. 6.3.3). Questo Tribunale ritiene che in concreto all'assicuratore malattia non poteva sfuggire – e non è di fatto sfuggito (si confronti a tal proposito le annotazioni a mano sull'allegato 1 al doc. TAF 4 che evidenziano la mancanza di alcuni documenti [*Fehlende Doks*]) – che lo scritto del 10 luglio 2018, comprensivo della notifica di partenza, difettava della decisione d'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera dell'Istituzione comune LAMal e della prova d'assicurazione in Italia. Nondimeno, dagli atti all'incarto risulta che l'assicuratore malattia non ha né trasmesso tempestivamente lo scritto dell'assicurato del 10 luglio 2018 all'Istituzione comune LAMal, né ha reagito quando doveva risultare chiaro che il ricorrente o non aveva ricevuto lo scritto del 26 luglio 2018 (come da lui sostenuto) oppure non ne aveva compreso la portata, in particolare la necessità di intraprendere ulteriori azioni da parte sua. In ogni caso, a fronte di una comunicazione chiara come quella del 10 luglio 2018, l'assicuratore non poteva limitarsi a far scadere il termine di tre mesi e constatare che l'interessato non aveva adempiuto a tutti i requisiti necessari per un corretto esercizio del diritto di opzione. Al contrario, egli avrebbe dovuto ulteriormente interpellare l'interessato e, dopo avergli spiegato il tenore del suo diritto di opzione, segnatamente i requisiti necessari per eser-

citarlo correttamente, chiedere se intendeva effettivamente essere assicurato in Italia (come risulta dal suo scritto del 10 luglio 2018) e – in caso di risposta affermativa – sollecitarlo a produrre i documenti mancanti (cfr. a tal proposito la sentenza del TF 9C\_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2).

**8.3.3** Pertanto, anche volendo ritenere che lo scritto del 26 luglio 2018 sia stato correttamente notificato al ricorrente, da quanto precede risulta che né l'assicuratore malattia, né l'Istituzione comune LAMal lo hanno correttamente informato in merito alle precise modalità del diritto di opzione. Ciò premesso, l'autorità inferiore avrebbe dunque dovuto esaminare e decidere, prima di rendere la decisione impugnata, la questione di sapere se doveva essere riconosciuta all'insorgente anche successivamente a fine novembre 2018 (quindi dopo la scadenza dei tre mesi) la possibilità di esercitare il diritto d'opzione (DTF 136 V 295 consid. 5.8 – 5.10 e sentenza del TF 9C\_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2; v. anche sentenza del TAF C-5359/2017 del 6 dicembre 2018 consid. 7.3). Non avendo agito in tal senso, l'autorità inferiore è comunque incorsa di un accertamento manifestamente inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti.

**8.4** Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, che viola il diritto federale (appunto nel senso di un accertamento manifestamente inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti), va annullata.

## **9.**

**9.1** Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-3166/2020 del 7 ottobre 2020 consid. 9.4). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-3289/2018 del 23 novembre 2020 consid. 6.5.4 con rinvio). Tale è il caso nella presente fattispecie, di modo che questo Tribunale può decidere il caso in riforma della decisione impugnata.

**9.2** Da un lato, conto tenuto delle risultanze processuali, occorreva dare al ricorrente la possibilità di esercitare correttamente il suo diritto d'opzione anche successivamente alla scadenza del termine di 3 mesi dalla partenza dalla Svizzera (benché egli abbia esercitato tale diritto, de facto almeno in parte [mancando la prova dell'assicurazione in Italia], già con il suo scritto

del 10 luglio 2018), e ciò in applicazione della già più volte citata giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 136 V 295 consid. 5.8 – 5.10 e sentenza del TF 9C\_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.2). In effetti, e come già ritenuto (cfr. in particolare considerando 8.3.3 del presente giudizio) vi è stata una chiara carenza dell'informazione fornita al ricorrente in merito al corretto esercizio del suo diritto d'opzione. Peraltro, l'esercizio del diritto d'opzione a favore dell'assicurazione svizzera non poteva essere ammesso, dopo il chiaro scritto del ricorrente del 10 luglio 2018, sulla base del suo silenzio in relazione alla carente ed equivoca informativa da parte di B.\_\_\_\_\_ del 26 luglio 2018. Ora, stante che il modulo E 121 del 19 dicembre 2018 (da cui l'autorità inferiore ha dedotto l'esercizio del diritto d'opzione del ricorrente a favore dell'assicurazione malattia svizzera) è stato ricevuto dalla competente autorità italiana l'11 febbraio 2019 (cfr. doc. 1, modulo 121 pag. 3), l'esercizio formale da parte dell'insorgente medesimo sull'apposito formulario del suo diritto d'opzione a favore dell'assicurazione malattia italiana – effettuata il 22 febbraio 2019 (formulario che sarebbe stato ricevuto dall'autorità inferiore il 27 febbraio successivo [doc. 1]) e il completamento della necessaria documentazione il 21 marzo 2019 (v. riassunto dei fatti del presente giudizio, lettera B.d) – è intervenuto in modo giustificato e rapido dalla conoscenza del contenuto – errato/non rispondente alla sua volontà già manifestata il 10 luglio 2018 – del modulo E 121. Dall'altro lato, stante la chiara volontà del ricorrente, manifestata già il 10 luglio 2018, ma poi ancora con l'apposito formulario il 22 febbraio 2019, di optare per l'assicurazione sanitaria italiana, volontà peraltro suffragata dal suo assoggettamento alla stessa (v. copia delle tessere sanitarie italiane con scadenza al 31 dicembre 2019 [doc. 1] e 31 dicembre 2021 [doc. TAF 19]), in riforma della decisione su opposizione del 29 agosto 2019, va riconosciuta al ricorrente l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie in Svizzera, di principio con effetto dal 1° settembre 2018, potendo egli validamente chiedere di essere esentato dall'obbligo assicurativo in Svizzera con effetto ex tunc, vale a dire dalla prima possibile data del suo ipotetico assoggettamento all'assicurazione malattia italiana (cfr., fra l'altro, DTF 136 V 295 consid. 5.10 nonché, più specificatamente, la sentenza del TF 9C\_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.3). Giova peraltro ancora rammentare che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale la produzione della tessera europea di assicurazione malattia (che si trova a tergo della tessera sanitaria italiana) è sufficiente per dimostrare di essere coperti in caso di malattia sia nello Stato di residenza sia durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera (DTF 136 V 295 consid. 6.1 e sentenza del TF 9C\_531/2019 del 17 febbraio 2020 consid. 6.3, nonché art. 2 cpv. 6 OAMal]). Non appare altresì che vi siano altri fatti decisivi che necessitino ancora di ulteriore approfondimento

alfine di potersi determinare nel merito con cognizione di causa nel presente caso (ciò che peraltro l'autorità inferiore nemmeno ha fatto valere nell'ambito della procedura in esame).

## **10.**

**10.1** Visto l'esito del ricorso, non sono comunque rimosse spese processuali (art. 63 PA).

**10.2** Visto l'esito della procedura, l'insorgente – vincente e rappresentato in questa sede da un mandatario professionale – ha diritto all'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. sentenza del TF 9C\_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.3 con rinvii). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 2'800.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'Istituzione comune LAMal.

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è accolto e la decisione impugnata è riformata nel senso che il ricorrente è esentato dall'obbligo di assicurazione malattia in Svizzera ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali.

**3.**

L'Istituzione comune LAMal rifonderà al ricorrente CHF 2'800.- a titolo di spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; Atto giudiziario)
- Ufficio federale della sanità pubblica (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notifica, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: