

# **TI\_GERICHTE 36.2009.138 vom 5. März 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-03-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2009.138](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.138)

FR: TI\_GERICHTE 36.2009.138 du 5 mars 2010

IT: TI\_GERICHTE 36.2009.138 del 5 marzo 2010

## **Regeste**

Esonero dall'obbligo assicurativo contro le malattie in Svizzera accordato alla moglie di un ex funzionario della Comunità europea poiché l'assicurazione estera prevede prestazioni equivalenti a quelle dell'assicurazione svizzera

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera.

### **E. 2**

capoverso 2 della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite.

### **E. 3**

del regolamento n. 31 (C.E.E.) 11 (C.E.E.A):

Alla ricorrente vanno assegnate congrue ripetibili.

### **E. 5**

dicembre 2007 pubblicata in DTF 134 V 34, al consid. 5.6 l'Alta Corte ha evidenziato come il presupposto di "equivalenza" richiesto dall'art.

### **E. 6**

cpv. 3 OAMal (nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) non differisce in maniera sostanzialmente significativa da quello formulato dall'art. 2 cpv. 2 OAMal. Sebbene le versioni francese e, quantomeno parzialmente (dato che l'aggettivo "entsprechend" può significare sia "corrispondente" o "equivalente" come anche solo "adeguato" o "analogo"), tedesca dell'art. 6 cpv. 3 OAMal possano fornire l'appiglio per un'interpretazione meno rigorosa - rispetto a quella imposta dall'art. 2 cpv. 2 OAMal - per quanto concerne il livello di copertura richiesto dall'assicurazione malattia dell'organizzazione internazionale per concedere l'esenzione dall'obbligo assicurativo, né l'interpretazione letterale né tantomeno un'interpretazione teleologica del disposto consentono comunque di distanziarsi significativamente dai parametri fissati in relazione all'art. 2 cpv. 2 OAMal. La vicinanza semantica tra i due termini - che per la versione italiana corrisponde a un'identità - e la ratio legis non giustificano valutazioni sensibilmente divergenti. La nostra Massima Istanza ha rammentato che questa valutazione non è di ostacolo all'esercizio, indipendente e in piena libertà, delle proprie funzioni da parte di un funzionario (ormai in pensione) di un'organizzazione internazionale. Ne discende pertanto che i principi sviluppati nella sentenza K 167/00 del 4 ottobre 2002 possono applicarsi, quantomeno a titolo orientativo,

anche nel presente contesto per stabilire se la copertura offerta dall'assicurazione malattia in esame possa considerarsi equivalente a quella svizzera. A tal proposito giova ricordare che nella sentenza di riferimento (K 167/00 del 4 ottobre 2002; cfr. DTF 134 V 36 e pag. 39) il TF aveva negato questa qualifica a un'assicurazione estera che copriva unicamente l'80% delle spese di malattia. In DTF 134 V 39 l'Alta Corte ha ricordato che per la dottrina sviluppata a proposito dell'art. 2 cpv. 2 OAMal - a partire dalla quale, per quanto appena detto, può effettuarsi, mutatis mutandis, anche l'analisi dell'art. 6 cpv. 3 OAMal -, l'equivalenza è data se l'assicurazione estera copre sostanzialmente le spese integrali di trattamento ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero in caso di malattia, infortunio e maternità come pure quelle legate alla degenza ospedaliera nel reparto comune di un ospedale pubblico o di una struttura semiospedaliera in Svizzera. Va tenuto presente in quest'ambito che, al di fuori del coordinamento internazionale delle prestazioni, le persone assicurate contro le malattie all'estero non godono della protezione tariffaria in Svizzera. La copertura dev'essere di conseguenza di principio illimitata. In presenza di differenze corrispondenti all'importo della partecipazione ai costi prevista per legge, l'equivalenza è comunque considerata salvaguardata (Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Ulrich Meyer, [editore], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit [SBVR], 2a ed., no. 34 pag. 411).

2.6. Nel caso di specie l'UAM ha rifiutato di accordare l'esenzione richiesta poiché le coperture garantite dall'assicuratore estero non sarebbero equivalenti a quelle previste dalla LAMal. In particolare nella decisione impugnata l'UAM si è così espresso: " Nel caso di specie, l'assicuratore estero \_\_\_\_\_, ha vidimato il modulo TI 13, ma dalle condizioni generali allegate, si evince che i costi sono coperti prevalentemente all'85%, al 100% solo in caso di malattia grave. Inoltre, in caso di interventi chirurgici con partecipazione pari all'85%, viene applicato un plafond in base al tipo di intervento subito." (doc. 10) Solo in un secondo tempo l'UAM ha poi sollevato ulteriori contestazioni circa l'equivalenza tra le due assicurazioni. In particolare l'assicurazione estera sarebbe un'assicurazione per i grandi rischi e non vi sarebbe alcuna solidarietà tra coloro che beneficiano di redditi alti o medio alti e gli assicurati che beneficiano di redditi bassi, i quali sarebbero favoriti. Tuttavia, dagli atti prodotti dalle parti e dagli accertamenti effettuati da questo Tribunale, come si vedrà in seguito, emerge che la ricorrente beneficia di una copertura assicurativa equivalente presso l'assicuratore estero.

2.7. Il 26 giugno 2009 \_\_\_\_\_, responsabile dei \_\_\_\_\_, ha attestato che \_\_\_\_\_ è pensionato delle Comunità Europee e in questa qualità è affiliato al \_\_\_\_\_ conformemente all'art. 72 dello Statuto dei Funzionari delle Comunità Europee. Il \_\_\_\_\_ rimborsa le spese mediche intervenute per ragioni di malattia, maternità e infortuni, così come le spese di ricovero in clinica fino all'85%, nei limiti della Regolamentazione. Questa copertura è mondiale, valida 24 ore su 24. L'alto funzionario europeo ha inoltre precisato che l'articolo 72 prevede una copertura del 100% in caso di malattia grave e che " ai sensi dell'articolo 72.4 (recte 3) se l'importo delle spese mediche che restano a carico dell'affiliato nel corso di 12 mesi superano del 50% il trattamento base dell'affiliato, vi è un rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a carico ." (doc. E). L'assicurazione è estesa anche al coniuge (cfr. allegato al doc. E). L'8 luglio 2009 \_\_\_\_\_ ha affermato che \_\_\_\_\_: " (...) est fonctionnaire pensionné des Communautés européennes. En cette qualité, il est obligatoirement affilié au \_\_\_\_\_ (selon l'article 72 du Statut des fonctionnaires des Communautés européennes). Le \_\_\_\_\_ rembourse les frais médicaux pour raison de maladie, de maternité et d'accident, ainsi que les frais exposés en cas d'hospitalisation, selon l'article 72

du Statut. Le \_\_\_\_\_ rembourse jusqu'à 85% de ces frais médicaux, ceci dans les limites de la Réglementation. Cette couverture est mondiale, valable 24h24." (doc. D). A questo proposito va evidenziato come per l'art. 72 cpv. 1 del Regolamento n. 31 (C.E.E.) 11 (C.E.E.A; cfr. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1962R0031:20090714:IT:PDF>): " Nei limiti dell'80% delle spese sostenute e in base ad una regolamentazione stabilita di comune accordo dalle istituzioni della Comunità, previo parere del comitato dello statuto, il funzionario, il coniuge - se questo non può beneficiare di prestazioni della stessa natura e dello stesso livello a titolo di qualsiasi altra disposizione di legge o regolamento -, i figli e le altre persone a carico ai sensi dell'articolo 2 dell'allegato VII sono coperti contro i rischi di malattia. Tale quota è portata all'85% per le seguenti prestazioni: visite, interventi chirurgici, ricovero, prodotti farmaceutici, radiologia, analisi, esami di laboratorio e protesi su prescrizione medica, escluse le protesi dentarie. La quota è portata al 100% in caso di tubercolosi, poliomielite, cancro, malattia mentale ed altre malattie riconosciute di analoga gravità dall'autorità che ha il potere di nomina, nonché per gli esami di diagnosi precoce e in caso di parto. I rimborsi al 100% non si applicano tuttavia in caso di malattia professionale o di infortunio che abbiano comportato l'applicazione dell'articolo 73." Per l'art. 72 cpv. 3 del regolamento n. 31 (C.E.E.) 11 (C.E.E.A): " Se l'importo delle spese non rimborsate per un periodo di dodici mesi supera la metà dello stipendio base mensile del funzionario o della pensione versata, l'autorità che ha il potere di nomina concede un rimborso speciale, tenuto conto della situazione di famiglia dell'interessato, in base alla regolamentazione prevista nel paragrafo 1." 2.8. Sulla base di quanto sopra il TCA ha chiesto a \_\_\_\_\_ quanto segue: " 1. A quanto ammonta il trattamento di base dell'affiliato? 2. Il rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a carico dell'interessato se l'importo delle spese mediche che restano a suo carico nel corso degli ultimi 12 mesi superano del 50% il trattamento base dell'affiliato, corrisponde, nel preciso caso di specie, al "rimborso speciale" cui fa riferimento l'art. 72.3 del regolamento citato? Questo rimborso al 100% è garantito illimitatamente nel tempo, anche in futuro o a precise condizioni (quali?) esso potrebbe essere revocato? 3. Quanto figura nell'attestato del 26 giugno 2009, significa che l'interessato, se ad esempio percepisce una pensione di fr. 12'000 all'anno (fr. 1'000 al mese), si vedrà sicuramente rimborsato il 100% delle spese mediche se esse superano fr. 6'000 all'anno? Ad esempio: se in un anno le spese mediche ammontano a fr. 50'000 e l'assicuratore versa l'85% dell'importo fatturato, ossia fr. 42'500, restano scoperti ancora fr. 7'500. L'assicuratore verserà ancora fr. 1'500 (7'500 - 6'000)? 4. Con "rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a carico" (doc. E in fine) s'intendono le spese di trattamento ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero in caso di malattia, infortunio (e maternità) come pure quelle legate alla degenza ospedaliera nel reparto comune di un ospedale pubblico o di una struttura semiospedaliera in Svizzera? Oppure parte delle spese appena elencate non sono comprese nel rimborso integrale in caso di superamento del 50% del trattamento base dell'affiliato a carico dell'interessato nel corso di 12 mesi? 5. Eventuali osservazioni." (doc. VI) Il 21 settembre 2009 \_\_\_\_\_ ha affermato: " 1. (...) Il trattamento di base del Signor \_\_\_\_\_ ammonta a 5.851 Euro. 2. (...) Sì, il rimborso complementare pari al 100% delle spesa che resta a carico dell'interessato se l'importo delle spese mediche che restano a suo carico nel corso degli ultimi 12 mesi superano del 50% il trattamento di base dell'affiliato, corrisponde nel preciso caso di specie al "rimborso speciale" cui fa riferimento l'art. 72.3 del regolamento citato. Sì, questo rimborso al 100% è garantito illimitatamente nel tempo, anche in futuro. Esso non potrà essere revocato ed è un

diritto congiunto alla copertura prevista dall'articolo 72 dello statuto dei funzionari delle Comunità europee (regolamento CEE, Euratom, CECA n° 259/68 del Consiglio del 29 febbraio 1968). 3. (...) Il riferimento per il calcolo del rimborso speciale è il trattamento di base mensile e non quello annuale. Quanto figura nell'attestato del 26 giugno 2009, significa che se ad esempio percepisce una pensione di fr. 12.000 all'anno (fr. 1.000 al mese), si vedrà sicuramente rimborsato il 100% delle spese mediche se esse superano fr. 500 nel corso di 12 mesi. Ad esempio, se in un anno le spese mediche ammontano a fr. 50.000 e l'assicuratore versa l'85% dell'importo fatturato, ossia fr. 42.500, restano scoperti ancora fr. 7.500. L'assicuratore verserà ancora fr. 7.000 (7.500 – 500). 4. (...) Si, con "rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a carico" s'intendono le spese di trattamento ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero in caso di malattia, infortunio (e maternità) come pure quelle legate alla degenza ospedaliera nel reparto comune di un ospedale pubblico o di una struttura semiospedaliera in Svizzera." (doc. IX) Chiamata a presentare osservazioni scritte in merito l'autorità cantonale da una parte ha ribadito che per la maggior parte delle prestazioni esiste un plafonamento e che i costi annui devono superare CHF 22'536.45 oppure CHF 30'048.50 a dipendenza del tasso di copertura applicato (80% oppure 85%). Inoltre l'UAM rileva che con il plafonamento della presa a carico delle prestazioni, è legittimo ritenere che similari importi sono raggiunti, e superati, in situazioni rarissime; in ogni caso per stati di malattia da molto gravi a gravissimi. Per cui la \_\_\_\_\_, sempre secondo l'autorità cantonale, si avvicina ad un'assicurazione per grandi rischi. Infine, la risposta 3 illustra in pratica il concetto di franchigia in base al reddito dell'assicurato, ciò che contrasta con l'ordinamento giuridico elvetico e con il principio della protezione tariffale. Sulla base di queste osservazioni il TCA il 6 ottobre 2009 ha chiesto a \_\_\_\_\_ quanto segue: " Entro il medesimo termine le chiediamo di voler precisare se il trattamento di base di Euro 5.951 di cui beneficia \_\_\_\_\_ è il trattamento mensile oppure annuale e se " il rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a carico " è illimitato verso l'alto, in qualsiasi caso, oppure se anch'esso è soggetto al plafonamento. Ad esempio per gli interventi chirurgici della categoria A1 è previsto, in caso di rimborso all'85%, un plafonamento di Euro 535 (pag. 20 della decisione della Commissione che porta la fissazione delle disposizioni generali d'esecuzione relative al rimborso delle spese mediche). Nel caso di \_\_\_\_\_, se sono adempiute le condizioni figuranti nella risposta 3 dello scritto del 21 settembre 2009 di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), l'assicuratore estero paga comunque tutto l'intervento chirurgico anche se in Svizzera costa, ad esempio, Euro 1000 oppure paga al massimo (tranne l'eccezione dell'intervento che presenta una difficoltà eccezionale dove è possibile passare alla categoria superiore) l'ammontare di Euro 535? La risposta al precedente quesito vale in generale per tutte le poste soggette a plafonamento secondo la decisione della Commissione che porta la fissazione delle disposizioni generali d'esecuzione relative al rimborso delle spese mediche? In altre parole, una volta superato il limite a carico dell'assicurato (cfr. risposta 3 dello scritto del 21 settembre 2009), vi è una protezione tariffale totale nei confronti dei ricorrenti?" (doc. XII) Con scritto del 13 ottobre 2009 \_\_\_\_\_ ha affermato: " 1. (...) Il trattamento di base del Signor \_\_\_\_\_ ammonta a 5.951 Euro mensili. E' la metà di questo importo (e non la sua moltiplicazione per 12 mensilità) a fare stato per il calcolo del rimborso complementare di entrambi i coniugi ex art. 72.3 del Regolamento. Il rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a carico in applicazione delle Disposizioni Generali d'Esecuzione del \_\_\_\_\_ non è limitato verso l'alto e non è soggetto a plafonamento. 2. (...) Il riferimento per il calcolo del rimborso speciale ed a

quanto già precisato nella precedente comunicazione del 21 settembre 2009, punto 3, il trattamento di base di riferimento è quello mensile. Per i coniugi \_\_\_\_\_ esso ammonta a 5.951 Euro. Se in un periodo di dodici mesi, l'importo che resta a carico degli assicurati supera la somma di 2.975,50 Euro, il \_\_\_\_\_ paga il 100% della somma eccedente restante a carico. Nel caso esemplificato dal Tribunale cantonale delle assicurazioni – Tribunale d'appello di Lugano, l'importo non rimborsato per un intervento chirurgico di categoria A1 sarà in un primo tempo rimborsato per un ammontare di 535 Euro. In seguito, se in un periodo di dodici mesi, la somma restante a carico dei coniugi \_\_\_\_\_ supererà la somma di 2.975,50 Euro, sarà versato il rimborso complementare pari al 100% di tutte le spese rimaste a loro carico per quel periodo che eccedono detta somma di 2.975,50 Euro. In queste condizioni, anche un intervento chirurgico di categoria A1 che in Svizzera costasse 1000 Euro sarebbe rimborsato al 100% e senza alcun plafond.

3. (...) Si conferma che vi è una protezione tariffale totale nei confronti degli affiliati. Tuttavia, il rimborso complementare non è accordato per le prestazioni legate allo stato di dipendenza (soggiorno in casa di riposo per anziani, prestazioni di badanti a domicilio e soggiorni in centri di disintossicazione per tossicodipendenti). Inoltre, sono esclusi dal rimborso i costi considerati eccessivi che corrispondono alla parte delle spese che supera sensibilmente i prezzi normali praticati nel paese in cui le prestazioni sono effettuate. In merito alla presa di posizione del 2 ottobre 2009 dell'UAM, tengo a sottolineare che il \_\_\_\_\_ è un regime che ha una copertura mondiale e che garantisce il 100% del rimborso in caso di malattia grave (tubercolosi, poliomelite, cancro, malattie mentali ed altre malattie di gravità comparabile). Il rimborso è limitato all'85% per le prestazioni mediche legate alle altre malattie ed all'80% per le prestazioni paramediche con una protezione tariffale totale e possibilità, anche in questi casi, di una copertura complementare del 100% in base all'art. 72.3 dello Statuto. In nulla l'\_\_\_\_\_ può essere assimilato ad un'assicurazione contro i grandi rischi. Si tratta di un'assicurazione sociale di vasta portata che assicura il rimborso delle spese mediche sostenute dai propri affiliati garantendo loro il diritto alla libera scelta delle prestazioni in tutti i Paesi del Mondo sia nell'ambito della sanità pubblica che in quella privata." (doc. L) Con osservazioni del 30 ottobre 2009 (cfr. consid. 1.9), l'UAM ha sollevato ulteriori obiezioni. 2.9. Alla luce delle attestazioni e delle risposte di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, l'equivalenza della copertura assicurativa tra il \_\_\_\_\_ e la LAMal è manifestamente data. La \_\_\_\_\_ copre infatti sostanzialmente le spese integrali di trattamento ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero in caso di malattia, infortunio e maternità come pure quelle legate alla degenza ospedaliera nel reparto comune di un ospedale pubblico o di una struttura semiospedaliera in Svizzera, illimitatamente nel tempo e senza alcun plafonamento. Il funzionario UE ha evidenziato che la \_\_\_\_\_ rimborsa le spese mediche intervenute per ragioni di malattia, maternità e infortuni così come le spese di ricovero in clinica fino all'85% nei limiti della regolamentazione ma che ai sensi dell'art. 72.3 del regolamento n. 31 (C.E.E.) 11 (C.E.E.A) , se l'importo delle spese mediche che restano a carico dell'affiliato nel corso di 12 mesi superano del 50% il trattamento base mensile dell'affiliato, vi è un rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a suo carico (doc. E). Come visto, ai sensi dell'art. 72.3 del regolamento n. 31 (C.E.E.) 11 (C.E.E.A) se l'importo delle spese non rimborsate per un periodo di dodici mesi supera la metà dello stipendio base mensile del funzionario o della pensione versata, l'autorità che ha il potere di nomina concede un rimborso speciale, tenuto conto della situazione di famiglia dell'interessato, in base alla regolamentazione prevista nel paragrafo 1. Interpellato in

merito il funzionario dell'UE ha confermato che il rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a carico dell'interessato se l'importo delle spese mediche che restano a suo carico nel corso degli ultimi 12 mesi superano del 50% il trattamento di base dell'affiliato, corrisponde al "rimborso speciale" dell'art. 72.3 del regolamento citato. Egli ha inoltre attestato che " questo rimborso al 100% è garantito illimitatamente nel tempo, anche in futuro. Esso non potrà essere revocato ed è un diritto congiunto alla copertura prevista dall'articolo 72 dello statuto dei funzionari delle Comunità europee " (doc. IX/Bis, sottolineatura del redattore). \_\_\_\_\_ ha inoltre precisato che il riferimento per il calcolo del rimborso speciale è il trattamento di base mensile e non quello annuale e che se, per ipotesi di lavoro, l'interessato percepisce fr. 12'000 all'anno, si vedrà pagare il 100% delle spese mediche se superano fr. 500 nel corso dell'anno. Per cui, se in un anno le spese mediche ammontano a fr. 50'000, l'assicuratore versa innanzitutto l'85% dell'importo fatturato, ossia fr. 42'500 e dei restanti fr. 7'500, rimborserà ancora fr. 7'000 (7'500 – 500). Il funzionario dell'UE ha pure evidenziato che con "rimborso complementare al 100% della spesa che resta a carico" s'intendono le spese di trattamento ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero in caso di malattia, infortunio (e maternità) come pure quelle legate alla degenza ospedaliera nel reparto comune di un ospedale pubblico o di una struttura semiospedaliera in Svizzera (doc.IX/Bis). Il TCA, viste le perplessità dell'UAM circa l'equivalenza della copertura estera con la LAMal, in particolare circa eventuali plafonamenti o limitazioni verso l'alto, ha nuovamente interpellato \_\_\_\_\_, il quale ha precisato che il trattamento di \_\_\_\_\_ è di Euro 5'591 mensili e la metà di questo importo fa stato per il calcolo del rimborso complementare di cui all'art. 72.3 del regolamento n. 31 (C.E.E.) 11 (C.E.E.A) e il rimborso complementare pari al 100% della spesa che resta a carico non è "limitato verso l'alto e non è soggetto a plafonamento" (doc. L, sottolineature del redattore). Egli ha pure evidenziato che se in un periodo di dodici mesi, l'importo che resta a carico dei coniugi \_\_\_\_\_ supera la somma di 2'975.50 Euro (metà del trattamento mensile), l'assicuratore paga il 100% della somma eccedente restante a carico ed ha confermato che vi è una protezione tariffale totale nei confronti degli affiliati. Egli ha unicamente evidenziato come il rimborso complementare non concerne le prestazioni legate allo stato di dipendenza (soggiorno in casa di riposo per anziani, prestazioni di badanti a domicilio e soggiorni in centri di disintossicazione per tossicodipendenti) e che sono esclusi i costi considerati eccessivi che corrispondono alla parte delle spese che supera sensibilmente i prezzi normali praticati nel paese in cui le prestazioni sono effettuate. Come rileva il funzionario UE, il \_\_\_\_\_ è un regime che ha una copertura mondiale e garantisce il 100% del rimborso in caso di malattia grave (tubercolosi, poliomielite, cancro, malattie mentali ed altre malattie di gravità comparabile), l'85% per le prestazioni mediche legate ad altre malattie e all'80% per prestazioni paramediche con una protezione tariffale totale e la possibilità di una copertura complementare al 100% in base all'art. 72.3 dello Statuto. La \_\_\_\_\_ non può pertanto essere assimilata ad un'assicurazione contro i grandi rischi come ritiene invece l'UAM. Per quanto concerne la differenza circa l'ammontare annuo dell'importo a carico della ricorrente secondo la \_\_\_\_\_ (al massimo 2'975,50 Euro, cfr. doc. L) e l'ammontare complessivo che dovrebbe pagare l'insorgente se assicurata alla LAMal (fr. 1'000: ossia fr. 300 di franchigia e fr. 700 di partecipazione ai costi), va evidenziato come il TF ha già avuto modo di stabilire che in presenza di differenze corrispondenti all'importo della partecipazione ai costi prevista per legge, l'equivalenza è comunque considerata salvaguardata (Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Ulrich

Meyer, [editore], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit [SBVR], 2a ed., no. 34 pag. 411). Non può infatti essere preteso che gli assicuratori esteri conoscano il medesimo importo della LAMal circa la partecipazione ai costi e le franchigie. Delle differenze minime sono intrinseche al sistema stesso. Nel preciso caso di specie l'importo massimo annuo a carico della ricorrente ammonta a 2'975.50 Euro, che con il decesso del marito e la conseguente diminuzione della rendita a favore dell'insorgente si è ridotto ulteriormente (cfr. doc. XVII, Fr. 2'667.95). Certo, secondo costante giurisprudenza del TF, 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, 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 (fra le tante cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). In concreto tuttavia sia tenendo conto della pensione prima del decesso del marito che dopo la sua morte, la differenza deve essere ancora considerata minima e non può mettere in discussione l'equivalenza della copertura assicurativa. L'UAM ritiene tuttavia che l'assicurazione estera si fonda sul concetto di partecipazione ai costi in base alla forza economica dell'assicurato, ciò che sfavorisce i redditi medio alti e o alti ed afferma che “dibattiti di questa natura sono del resto in corso anche nel nostro Paese, dove il modello legato alla partecipazione in base al reddito – o meglio alla forza economica generale – dell'assicurato è oggetto di discussioni” e rileva che questi dibattimenti “allo stadio attuale non hanno posto in discussione il principio della protezione tariffale ai sensi della ratio legis.” Per l'UAM la protezione tariffale sarebbe riconosciuta solo se i costi si rivelano elevati. Va qui innanzitutto rilevato che il dibattito in Svizzera concerne la partecipazione al finanziamento dei premi in base al reddito e non all'ammontare della partecipazione ai costi e della franchigia in base alla forza economica dell'assicurato. Inoltre, come rileva lo stesso UAM ad essere sfavorite, nel caso concreto, sono semmai le fasce più forti della popolazione, che hanno tuttavia i mezzi finanziari per far fronte alle spese della malattia. Per cui, anche nel caso di specie la solidarietà tra tutti gli assicurati è data, nel senso che più la pensione percepita è alta, meno l'assicuratore interviene nel coprire i costi di malattia, ciò che permette di versare importi maggiori ai pensionati con prestazioni più basse. Non va poi dimenticato che determinante è la situazione concreta del singolo assicurato che chiede l'esenzione. Ora, nel caso di specie, dopo il decesso del marito, la ricorrente ha un importo massimo annuo a suo carico di circa fr. 2'668 all'anno, ossia non molto distante dalla franchigia massima prevista dalla LAMal e senza dover aggiungere i fr. 700 di partecipazione ai costi dell'assicurazione elvetica. Contrariamente a quanto sostiene l'UAM con le osservazioni del 13 novembre 2009, difficilmente la situazione economica della ricorrente in futuro potrebbe migliorare. Infine non incombe all'autorità cantonale esaminare il sistema di finanziamento estero nei singoli dettagli per stabilire quale sia il migliore in assoluto per tutte le persone ivi assicurate. L'UAM deve invece limitarsi ad esaminare se la copertura cui beneficia la singola persona è equivalente a quella della LAMal e meglio se copre sostanzialmente le spese integrali di trattamento ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero in caso di malattia, infortunio e maternità come pure quelle legate alla degenza ospedaliera nel reparto comune di un ospedale pubblico o di una struttura semiospedaliera in Svizzera. Del resto l'amministrazione non deve neppure prendere in considerazione tutte le ipotesi che potrebbero accadere nel futuro. Infatti, come sopra ricordato, determinante, di massima, è lo stato di fatto al momento in cui la decisione

amministrativa impugnata è stata presa. Eventuali modifiche potranno semmai essere fatte valere nell'ambito di una procedura di revisione. Ciò è il caso in concreto. L'interessata percepisce una pensione che le permette, nel preciso caso di specie, di beneficiare di prestazioni equivalenti a quelle previste dalla LAMal. L'assicuratore estero ha infatti espressamente attestato che vi è una copertura integrale, senza limiti e senza plafonamento, una volta superato il limite della metà del trattamento mensile e che la protezione tariffale assoluta in tutta la Svizzera è data. A questo proposito, si rivelano infondati anche i timori circa un mancato pagamento di eventuali ospedalizzazioni extracantonali per il motivo che sono esclusi dal rimborso dell'assicuratore estero i costi considerati eccessivi che corrispondono alla parte di spese che supera sensibilmente i prezzi normali praticati nel Paese in cui le prestazioni sono effettuate. Ciò che, secondo l'UAM, sarebbe il caso per certe degenze in ospedali \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Dagli atti e meglio dalle attestazioni del funzionario UE che ha più volte garantito una protezione tariffale illimitata nel tempo, senza plafonamento, emerge invero piuttosto il contrario. Questo Tribunale rileva del resto che la ricorrente, nata nel \_\_\_\_\_, domiciliata dapprima in Paesi dell'Unione Europea ed in seguito nel Canton \_\_\_\_\_ per 5 anni non fa valere di aver avuto problemi in passato circa rimborsi di prestazioni da parte del suo assicuratore estero. Alla luce di quanto sopra esposto, ritenuta l'equivalenza della copertura dell'assicurazione estera con quella elvetica, la decisione impugnata, nella misura in cui concerne RI 1, va annullata e alla ricorrente va concesso l'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera. Alla ricorrente vanno assegnate congrue ripetibili. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso di RI 1 è accolto. § La decisione impugnata, nella misura in cui concerne RI 1, è annullata e l'insorgente è esonerata dall'obbligo assicurativo in Svizzera. 2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. La Cassa verserà a RI 1 fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni II

presidente  
Cattaneo

Il segretario Daniele  
Fabio Zocchetti