

TI_GERICHTE 36.2010.57 vom 2. März 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-03-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2010.57_d20100302

FR: TI_GERICHTE 36.2010.57 du 2 mars 2010

IT: TI_GERICHTE 36.2010.57 del 2 marzo 2010

Regeste

Sentenza di rinvio (9C-182/2009 del 2 marzo 2010): richiesta di esonero dall'obbligo assicurativo di un ex funzionario di un'organizzazione internazionale. Nel caso di specie le condizioni per concedere l'esonero sono adempiute (art. 6 cpv. 3 OAMal)

Erwägungen

E. 3

OAMal alla luce dello scopo perseguito dalla LSO, e più in particolare dal suo art. 3 cpv. 1 lett. h, che estende i privilegi e le immunità dei beneficiari definiti all'art. 2 all'esenzione dal regime di sicurezza sociale svizzero poiché intende assicurare la medesima copertura sociale a tutti i collaboratori, non vuole dipendere dalla legislazione dello Stato ospite nello stabilire i diritti sociali dei loro funzionari e intende garantire ai beneficiari istituzionali una certa massa critica sotto il profilo del numero degli assicurati per rendere possibile la creazione (e quindi anche il mantenimento) di un sistema specifico all'organizzazione (cfr. FF 2006 7389).” 2.3. Nella sentenza 36.2008.104 del 26 gennaio 2009, annullata dal TF (9C_182/2009 del 2 marzo 2010), il TCA aveva accertato, al consid. 2.7, che l'assicuratore, di principio, a dipendenza delle prestazioni, copre l'80%, rispettivamente il 90% dei costi fino a quando è raggiunto il limite massimo di fr. 4'500 annui per le famiglie (fr. 2'800 per persone sole). Raggiunto questo importo la copertura, a livello mondiale, è del 100%. Questo sistema non diverge molto da quello previsto dalla LAMal, dove un assicurato può scegliere una franchigia fino a fr. 2'500 e deve poi ancora partecipare ai costi nella misura del 10%, fino ad un massimo di fr. 700 all'anno. Questo Tribunale, accertato che il limite massimo di fr. 35'000 è in realtà un modo per controllare i costi nei casi in cui vi sia una grande spesa sanitaria, che di principio i medici danno il loro nulla osta quando l'importo massimo è stato superato e che anche nell'ambito della LAMal, pur non essendoci un tetto massimo di spesa, il medico fiduciario può essere chiamato ad intervenire per accertare se una cura è medicalmente necessaria e se deve essere rimborsata aveva affermato: " Tuttavia, questo vale solamente per quelle prestazioni comprese nel "plan complémentaire". L'assicuratore ha infatti rilevato che "concernant le taux de remboursement pratiqué par notre Assurance, si celui-ci s'élève, pour les prestations courantes à 80% des factures présentées, un assuré n'aura à sa charge qu'un maximum annuel de CHF 2'800.- par personne assurée et un maximum de CHF 4'800 par famille, car au-delà de ces montants notre assurance rembourse à 100% (Article VIII, §6) le montant des factures qui concernent des prestations avec application du plan complémentaire (voir Annexe III)". Per cui, se è vero che le prestazioni per le quali è prevista una copertura superiore a quella di base possono essere considerate equivalenti e in alcuni casi anche superiori (ricovero in camera privata rimborsato al 90% ed applicazione, per il resto, del piano complementare, oppure rimborso di parte delle cure di convalescenza) a quelle della LAMal, laddove invece il

piano complementare non interviene le prestazioni sono inferiori. Ciò vale in particolare per quello che concerne il rimborso dei medicinali (“ frais pharmaceutiques ”) - il punto 14 prevede infatti il rimborso dell’80% dei costi sia dei prodotti rimborsabili secondo le norme delle autorità sanitarie competenti del Paese interessato, sia dei vaccini raccomandati dietro prescrizione medica - e per i limiti di rimborso nell’ambito delle prestazioni psichiatriche. In questo secondo caso per gli assicurati non ricoverati e/o per le consultazioni in un ospedale diurno, i costi dei trattamenti ambulatoriali prescritti e praticati da uno specialista in psicoterapia o in psicanalisi sono rimborsati solo nella misura dell’80%, per un massimo di fr. 110 e per 50 sedute all’anno (psicoterapia), rispettivamente un massimo di fr. 50 a seduta e 75 sedute all’anno (psicanalisi, cfr. punto 18 a) ii) pag. 26 del regolamento, che prevede solo una deroga per quanto concerne il numero di sedute, ma non per l’ammontare del rimborso). Non va poi dimenticato che per quanto concerne le cure dentarie, anche se la LAMal è estremamente restrittiva nel riconoscerne il rimborso, prevede comunque che se sono date le condizioni dell’art. 31 LAMal (cfr. anche art. 17-19a OPre), la copertura è totale. Da parte sua invece l’assicurazione in esame, pur prevedendo una copertura di primo acchito più ampia, rimborsa al massimo fr. 2’400 all’anno (cfr. punti da 23 a 24, pag. 28 del regolamento).” Ritenuto che il TF ha stabilito che le spese di psicoterapia e dentarie rappresentano una percentuale ridotta della spesa a carico della LAMal (cfr. consid. 7.6 delle sentenza federale di rinvio), e che pertanto l’Alta Corte, perlomeno implicitamente, ha sostanzialmente deciso che il rimborso in parte limitato di queste prestazioni, da solo, non è sufficiente per poter ritenere non equivalenti le prestazioni dell’assicuratore estero, resta unicamente da esaminare la modalità di rimborso del costo dei farmaci. A questo proposito l’insorgente afferma che “ secondo il pto. 14 dell’Annexe III del Regolamento le spese farmaceutiche sono rimborsate nella misura dell’80%, senza piano complementare, tuttavia per prassi interna consolidata in numerosi anni i medicinali più cari, con un prezzo superiore a CHF 500.- per unità, sono rimborsati conformemente alla decisione adottata dal Comité exécutif in applicazione dell’art. VIII lett. d del Regolamento. Questa prassi, codificata per altro nel sistema informatico dell’istituto assicurativo, riguarda in particolare i medicinali utilizzati per il trattamento di malattie gravi come il cancro e la sclerosi a placche, ma anche le terapie in caso di sieropositività HIV, per le dialisi e per diverse cure chemioterapiche ” (doc. VIII). L’art. VIII § 4 lett. d del regolamento prevede che “ dans le cas de maladies graves ou chroniques nécessitant un traitement prolongé, le Comité exécutif peut, après consultation du médecin-conseil de l’Assurance, décider d’assouplir l’application de certaines dispositions du présent Règlement. ” A comprova delle sue asserzioni il ricorrente ha prodotto uno scritto di _____, _____ che ha affermato: “ concernant les frais pharmaceutiques, ceux-ci sont généralement remboursés à 80% sans application du plan complémentaire. Néanmoins, et ce, suivant une jurisprudence constante de notre _____ et implémentée dans la pratique et codée dans nos systèmes informatiques, les médicaments considérés comme <<chers>>, d’une valeur supérieure à CHF 500.- par dose et/ou pour le traitement de maladies graves ou chroniques (cancer, sclérose en plaque, tritérapie liée au VIH, etc) sont remboursés à 80% avec application du plan complémentaire ” (doc. A1). L’insorgente ha ancora rilevato che “ per quanto attiene ai rimborsi, è dunque ovvio che l’istituto non è in condizione di rimborsare al 100% ogni tipo di medicinale. Grazie all’applicazione di una partecipazione del 20% si riesce ad indurre gli assicurati ad un comportamento responsabile e orientato ad un ragionevole contenimento dell’evoluzione dei costi, evitando abusi. Gli organi dell’istituto sono tuttavia assai aperti e flessibili nei casi gravi o cronici: in particolare, seguendo il parere dei loro medici di

fiducia, gli organi dell' _____ sono spesso portati ad optare a favore del rimborso di medicinali nuovi non ancora approvati in Svizzera, ma prescritti da medici svizzeri. La regola dei medicinali cari copre inoltre la maggior parte dei medicinali utilizzati per il trattamento di malattie gravi o croniche ” (doc. XXII). Questo Tribunale condivide l’opinione del ricorrente. Il 20% a carico degli assicurati è infatti limitato ai medicinali non cari ed ad uso non cronico, come attestato dall’assicuratore, per il tramite di _____: “ le 20% à charge de nos assurés ne concerne donc que les médicaments peu chers à utilisation non-chronique ” (doc. XVI/2). 2.4. In sede di osservazioni la Cassa di compensazione fa tuttavia valere, oltre a divergenze in ambito di rimborso di prestazioni psichiatriche (che tuttavia non sono determinanti per poter rifiutare l’esonero, cfr. consid. 7.6 della sentenza federale di rinvio e consid. 2.3 supra), che vi sarebbero altre prestazioni rimborsate con delle limitazioni (onorari medici all’80%, interventi chirurgici al 90%, trattamento di convalescenza post-ospedaliera e post-operatoria 80% sino al massimo di 30 giorni, dopo questo termine 80% ma al massimo CHF 60.-- al giorno, cure a domicilio 80% al massimo CHF 60.-- al giorno, radiologia, analisi e esami di laboratorio 80%, maternità: esclusi i giovani tra i 21 e i 29 anni e in ogni caso rimborso all’80%: la figlia è nata il _____) ed afferma che non si comprende in cosa consista il piano complementare e se questo possa essere parificato alle assicurazioni complementari secondo la LCA. Evidenziato che il TCA ed il TF hanno già spiegato nel dettaglio il funzionamento del piano complementare e la sua natura (cfr. anche consid. 2.3 supra), va sottolineato che l’insorgente, con l’ausilio di _____, _____, ha precisato che gli onorari dei medici così come gli interventi chirurgici sono coperti dal piano complementare (doc. XVI/2). I costi per le convalescenze post-ospedaliere e/o post-operatorie (soggiorno, cure e trattamenti) di cui al pto. 4 lett. a delle tabelle accluse all’Annexe III sono subordinati all’approvazione del medico di fiducia e, con il suo consenso la presa a carico prosegue in ragione dell’80% con il piano complementare (doc. XVI/2), la presa a carico delle cure infermieristiche di lunga durata (a domicilio o in ambiente medicalizzato) è limitata a CHF 60.-- per giornata, il che corrisponde a 2 visite giornaliere (doc. XVI/2) e i costi degli esami radiologici e simili sono anch’essi presi a carico dal piano complementare (cfr. doc. XVI e XVI/2). Infine, per quanto attiene ai casi di maternità l’assicurato ha affermato che non sussiste presa a carico a favore delle figlie (degli assicurati) dai 21 ai 29 anni perché si vogliono tutelare i futuri neonati, i quali non dipendono direttamente dagli assicurati principali e non potranno essere coperti _____. L’esclusione di tale prestazione assicurativa obbliga dunque la futura madre (figlia dell’assicurato principale) a trovare un altro sistema di assicurazione che coprirà anche il futuro nato. Non va infatti dimenticato che in Svizzera i figli dei funzionari che hanno 25 e più anni non hanno più diritto alla tessera di legittimazione e risultano pertanto assoggettati de facto alla LAMal. L’allora UAM, malgrado le puntuali precisazioni dell’assicurato, con le osservazioni del 18 agosto 2010, ribadendo da una parte che il rimborso dei medicinali e delle cure psichiatriche non è equivalente, ha inoltre affermato: " L’assicuratore ha indicato che i costi per la convalescenza post-ospedaliera e post-operatoria sono coperti all’80% con il piano complementare. Ciò nonostante unicamente per i primi 30 giorni, dopodiché è prevista una protezione assicurativa dell’80% senza il piano complementare ed al massimo CHF 60.-- al giorno. Anche per quanto attiene alle cure a domicilio di lunga durata l’assicuratore ha confermato che il rimborso avviene unicamente nella misura dell’80% e per un massimo di CHF 60.-- al giorno. A titolo complementare si precisa che in Svizzera le tariffe orarie approvate per i servizi pubblici sono le seguenti: - Prestazioni secondo OPre art. 7 cpv. 2

lett. a (Consigli e istruzioni): CHF 70.-- all'ora; - Prestazioni secondo OPre art. 7 cpv. 2 lett. b (Esami e cure): CHF 67.-- all'ora; - Prestazioni secondo OPre art. 7 cpv. 2 lett. c (Cure di base): - C1: in situazione di cura semplice/stabile: CHF 43 all'ora - C2: in situazione di cura complessa/instabile: CHF 65 all'ora Si ritiene doveroso evidenziare altresì che tramite la copertura estera le cure a domicilio di corta durata (primi 30 giorni) sono rimborsate unicamente all'80% senza il piano complementare. La protezione assicurativa per la maternità, come ribadito dall'assicuratore, è esclusa per i giovani tra i 21 ed i 29 anni. L'assicuratore dichiara che questa procedura viene attuata per tutelare il nuovo nato e che comunque a partire dai 25 anni i figli devono essere obbligatoriamente assoggettati alla LAMal. E' vero che in Svizzera a partire dai 26 anni i figli, anche se ancora agli studi, non sono più considerati a carico dei genitori; malgrado ciò vi è comunque una lacuna assicurativa per i giovani tra i 21 ed i 25 anni, ai quali, anche se ancora a carico dei genitori, non viene garantita la copertura assicurativa per quanto concerne la maternità" (doc. XVIII) Questo Tribunale comprende le perplessità della Cassa di compensazione in particolare per quanto concerne l'esclusione delle spese di maternità per le figlie (degli assicurati) dai 21 ai 29 anni (cfr. a questo proposito la DTF 134 V 34 dove il TF ha affermato, a proposito dell'art. 6 cpv. 3 OAMal allora in vigore, che " 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 ", sottolineatura del redattore) e che tocca in primo luogo la possibilità di esonerare anche la figlia del ricorrente, nata nel _____, dall'obbligo assicurativo in Svizzera. Tuttavia il TCA, pur cosciente degli importanti sforzi e dell'impegno dell'autorità amministrativa cantonale nell'esaminare nel dettaglio tutte le (numerosi) domande di esenzione inoltrate dagli assicurati residenti in Ticino, visto il chiaro tenore della sentenza federale di rinvio 9C_182/2009 del 2 marzo 2010, tutto ben considerato, tenuto conto della delicatezza e della complessità della materia (cfr. consid. 7.7 della sentenza federale di rinvio), dopo aver ponderato in maniera equilibrata gli interessi in gioco (consid. 7.9 della sentenza federale di rinvio), ritenuto che l'esenzione, tenuto conto della situazione personale del ricorrente (cfr. consid. 7.9 della sentenza federale di rinvio), risponde all'interesse di tutte le parti in causa (cfr. consid. 7.9 della sentenza federale di rinvio), preso atto della prassi (pur se non vincolante: DTF 134 V 34 consid. 9 pag. 44) di altri Cantoni (cfr. consid. 7.5 della sentenza federale di rinvio), ritiene che in concreto l'equivalenza complessiva del sistema assicurativo dell'_____ con la LAMal, esaminando l'insieme delle prestazioni garantite, possa essere riconosciuta, volendo in particolare interpretare il nuovo art. 6 cpv. 3 OAMal secondo lo scopo perseguito dalla LSO, e più in particolare del suo art. 3 cpv. 1 lett. h, che estende i privilegi e le immunità dei beneficiari definiti all'art. 2 all'esenzione dal regime di sicurezza sociale svizzero poiché intende assicurare la medesima copertura a tutti i collaboratori, senza dipendere dalla legislazione dello Stato ospite nello stabilire i diritti sociali dei loro funzionari e garantire ai beneficiari istituzionali una certa massa critica sotto il profilo del numero degli assicurati per rendere possibile la creazione (e quindi anche il mantenimento) di un sistema specifico all'organizzazione ricorrente (cfr. consid. 7.9 della sentenza federale di rinvio). In queste condizioni il ricorso va accolto e la decisione impugnata modificata nel senso che anche il ricorrente ed i suoi figli vanno esonerati dall'obbligo assicurativo in Svizzera. All'insorgente, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili.

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