

TI_GERICHTE 36.2023.11 vom 5. Juni 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-06-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2023.11

FR: TI_GERICHTE 36.2023.11 du 5 juin 2023

IT: TI_GERICHTE 36.2023.11 del 5 giugno 2023

Regeste

Richiesta di esonero dall'obbligo assicurativo (LAMal) di una cittadina di un Paese extra UE coniugata con un cittadino svizzero residente all'estero e funzionario di un'organizzazione internazionale. Rinvio degli atti alla Cassa per ulteriori accertamenti

Erwägungen

E. 50

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

2.2. Secondo l'art. 3 LAMal: " 1 Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. 2 Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite. 3 Può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che: a. esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPGA). b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera. 4 L'obbligo d'assicurazione è sospeso per le persone soggette per più di 60 giorni consecutivi alla legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (LAM). Il Consiglio federale disciplina la procedura." Per l'art. 1 cpv. 1 OAMal le persone domiciliate in Svizzera ai sensi degli articoli 23 a 26 del Codice civile svizzero (CC) sono tenute ad assicurarsi conformemente all'articolo 3 della legge.

2.3. In concreto la ricorrente, cittadina della _____, Paese extra UE, al beneficio di un permesso "B", nata nel 1976, senza attività lucrativa, coniugata con un cittadino svizzero funzionario dell'_____ residente in _____, e trasferitasi in Svizzera nel mese di settembre 2021 al fine di accudire i figli, nati nel 2007 e nel 2011, recatisi nel nostro Paese per frequentarvi le scuole _____, in applicazione degli art. 3 cpv. 1 LAMal e 1 cpv. 1 OAMal, deve affiliarsi in Svizzera. Ella domanda tuttavia di poter essere esonerata dall'obbligo assicurativo.

2.4. L'assicurata, cittadina di un Paese extra UE, sostiene preliminarmente di poter chiedere l'esonero dalla LAMal in quanto deve prendersi cura dei figli minorenni attualmente in formazione in Svizzera. Ella fa implicitamente valere l'art. 2

cpv. 4 OAMal. Secondo l'art. 2 cpv. 4 OAMal a domanda, sono esentate dall'obbligo di assicurazione le persone che soggiornano in Svizzera nell'ambito di una formazione o di un perfezionamento, quali studenti, allievi, praticanti e stagisti, come pure i familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2 che li accompagnano, purché durante l'intera durata di validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'autorità cantonale competente può esonerare queste persone dall'obbligo di assicurarsi per al massimo tre anni. A domanda, l'esenzione può essere prolungata di altri tre anni al massimo. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare. L'art. 3 cpv. 2 OAMal, prevede che sono considerati familiari il coniuge e i figli che non hanno ancora compiuto i 18 anni come pure i figli in formazione che non hanno ancora compiuto i 25 anni. Per la dottrina, di principio, determinante per l'applicazione dell'art. 2 cpv. 4 OAMal è lo scopo del soggiorno in Svizzera, di studio o per attività lucrativa, ritenuto che l'esercizio di un'attività accessoria non implica necessariamente l'inapplicabilità del disposto (cfr. Eugster, SBVR, Band XIV, Soziale Sicherheit, Sécurité sociale, 3a edizione, 2016, n. 52, pag. 425). In concreto tale norma non è d'aiuto all'insorgente poiché ad essere in formazione non è lei stessa, bensì i suoi figli. Infatti, il citato disposto si applica alla persona assicurata in formazione, accompagnata da familiari ai sensi dell'art. 3 cpv. 2 OAMal, ossia il coniuge e i figli che non hanno ancora compiuto i 18 anni come pure i figli in formazione che non hanno ancora compiuto i 25 anni (cfr. Eugster, SBVR, Band XIV, Soziale Sicherheit, Sécurité sociale, 3a edizione, 2016, n. 52, pag. 425) ma non ai genitori (sul tema cfr.: STCA 36.2017.56 del 29 agosto 2017; STCA 36.2016.70 del 14 novembre 2016; STCA 36.2015.97 del 16 febbraio 2016).

2.5. In secondo luogo l'assicurata invoca l'art. 6 cpv. 1 OAMal, in via subordinata l'art. 6 cpv. 4 OAMal. Per l'art. 6 cpv. 1 OAMal le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettere a e c della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite, ad eccezione dei domestici privati, non sono soggetti all'obbligo d'assicurazione. Essi sono soggetti all'assicurazione svizzera se ne fanno espressa domanda. Secondo l'art. 6 cpv. 3 OAMal nella versione in vigore dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2017, le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni che hanno cessato le loro funzioni presso un'organizzazione intergovernativa, un'istituzione internazionale, un segretariato o altro organo istituito da un trattato internazionale, una commissione indipendente, un tribunale internazionale, un tribunale arbitrale o presso un altro organismo internazionale ai sensi dell'articolo 2 capoverso 1 della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite sono, a domanda, esentati dall'obbligo d'assicurazione se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente presso l'assicurazione malattie della loro primitiva organizzazione. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo competente dell'organizzazione internazionale che dia tutte le informazioni necessarie. Il 1° gennaio 2018 è entrato in vigore un nuovo tenore dell'art. 6 cpv. 3 OAMal. Il disposto prevede che le persone che hanno cessato di esercitare le loro funzioni presso beneficiari istituzionali secondo l'art. 2 capoverso 1 lettere a, b, i o k della legge sullo Stato ospite (LSO) sono, a domanda, esentati dall'obbligo d'assicurazione se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo competente del loro beneficiario istituzionale precedente che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione. Per l'art. 6 cpv. 4 OAMal, in vigore dal 1° gennaio 2018, le persone assicurate insieme a una persona secondo i capoversi 1 o 3 presso

l'assicurazione malattie di un beneficiario istituzionale (sic) secondo l'articolo 2 capoverso 1 lettere a, b, i o k della legge sullo Stato ospite e che non fruiscono personalmente di privilegi o immunità sono, a domanda, esentate dall'obbligo d'assicurazione se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo competente del beneficiario istituzionale che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione. Ai sensi dell'art. 2 cpv. 2 lett. c LSO la Confederazione può accordare privilegi, immunità e facilitazioni alle persone fisiche (persone beneficiarie) seguenti: (...) persone autorizzate ad accompagnare le persone beneficiarie di cui alle lettere a e b, compreso il personale domestico privato. Le lettere a e b del citato disposto fanno riferimento alle persone chiamate in veste ufficiale, a titolo permanente o no, presso uno dei beneficiari istituzionali di cui al capoverso 1 (lett. a) e alle personalità che esercitano un mandato internazionale (lett. b). L'UFSP nel Rapporto esplicativo del " novembre 2017 " relativo alle modifiche dell'OAMal previste per il 1° gennaio 2018 e per il 1° gennaio 2019 (cfr. sito internet dell'UFSP: www.bag.admin.ch), ha precisato: " 3. Commento alle singole disposizioni 3.1 Articolo 6 Persone a beneficio di privilegi in virtù del diritto internazionale Capoverso 3 In occasione della modifica OSOsp, entrata in vigore il 1° gennaio 2008, l'articolo 6 capoverso 3 OAMal era stato modificato e, nella nuova versione, erano stati involontariamente omessi i familiari. Il Dipartimento federale degli affari esteri (DFAE) intende ora eliminare questa lacuna. Per evitare casi di doppia assicurazione, propone di reintrodurre la possibilità di esentare dall'obbligo d'assicurazione le persone assicurate insieme al titolare principale presso l'assicurazione malattie della sua organizzazione precedente. La definizione del campo d'applicazione personale di cui al capoverso 3 è semplificata per rispecchiare meglio la realtà. In effetti, secondo la prassi attuale, solo le organizzazioni intergovernative, le istituzioni internazionali, i segretariati o gli altri organi istituiti da un trattato internazionale e i tribunali internazionali di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere a, b, i e k della legge sullo Stato ospite (LSO; RS 192.12) offrono al loro personale una copertura assicurativa per le cure in Svizzera. Per evitare un lungo elenco di beneficiari istituzionali, si rimanda semplicemente alle lettere pertinenti di cui all'articolo 2 capoverso 1 LSO. Lo stesso vale per il capoverso 4. Secondo il vigente capoverso 3, gli ex funzionari in pensione devono beneficiare di una copertura assicurativa «equivalente» per poter essere esentati dall'obbligo d'assicurazione e anche i capoversi 2, 4 e 7 dell'articolo 2 OAMal relativi ai motivi di esenzione pongono la condizione di una copertura assicurativa «equivalente». Nell'interesse degli assicurati coinvolti, occorre fare in modo che questi ultimi siano esentati dall'obbligo d'assicurazione unicamente se la loro copertura assicurativa privata equivale a tutti gli effetti a quella della LAMal. Per facilitare la comprensione delle condizioni necessarie per un'esenzione, è opportuno armonizzare la loro formulazione nel vigente capoverso 3 e nel nuovo capoverso 4 inserendovi esplicitamente la condizione di una copertura assicurativa equivalente. Nei capoversi 3 e 4 è opportuno precisare che l'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione dall'obbligo assicurativo. L'aggiunta di questa frase (in fine) è giustificata dal fatto che tali persone non beneficiano di alcun privilegio in virtù del diritto internazionale o vi hanno rinunciato, per cui non vi è motivo di permettere loro di ritornare sulla loro scelta assicurativa come prevede l'articolo 7 capoverso 6 OAMal per i beneficiari di privilegi ai sensi dell'articolo 6 capoverso 1. Trattandosi di persone che risiedono stabilmente in Svizzera è opportuno evitare un andirivieni tra diversi sistemi assicurativi per motivi particolari (finanziari o di altra natura). Inoltre, sarebbe contrario al principio di solidarietà

consentire a tali persone di entrare nel sistema LAMal quando sono anziane malate, senza avervi mai contribuito. Il termine per la presentazione della domanda di esenzione, come per gli altri motivi di esenzione, è di tre mesi a partire dall'inizio dell'obbligo di assicurazione o tre mesi dall'inizio del motivo di esenzione. Lo stesso vale per il capoverso 4.

4. Capoverso 4 Le persone autorizzate ad accompagnare le persone beneficiarie, di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettera c LSO in combinato disposto con l'articolo 11 capoversi 1 lettera f, 2 lettera f e 3 lettera g OSOsp, non sono soggette all'assicurazione malattie obbligatoria e possono affiliarsi presso l'assicurazione dell'organizzazione internazionale insieme al titolare principale. Sinora questa regola si applicava unicamente alle persone che non esercitavano alcuna attività lucrativa. Quelle che lavoravano dovevano assicurarsi in Svizzera, anche se beneficiavano della copertura assicurativa dell'organizzazione internazionale. Per evitare casi di doppia imposizione, il DFAE ha rivisto l'articolo 24 OSOsp. Dal 1° gennaio 2016, i familiari e altre persone autorizzate ad accompagnare il titolare principale (secondo l'art. 22 OSOsp) che scambiano la loro carta di legittimazione con un permesso Ci per poter esercitare un'attività lucrativa in Svizzera non sono più soggetti all'assicurazione malattie obbligatoria. Queste persone non appartengono al campo d'applicazione del capoverso 4 bensì a quello del capoverso 1. Secondo l'articolo 20 LSO, esse beneficiano degli stessi privilegi, immunità e facilitazioni del beneficiario principale. La rinuncia ai privilegi concerne unicamente l'esercizio di un'attività lavorativa (art. 22 cpv. 4 OSOsp). Ne fanno eccezione le persone che secondo l'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALCP: RS 0.142.112.681) sono assicurate in uno Stato membro dell'UE/AELS insieme al beneficiario principale. Se iniziano a esercitare un'attività lucrativa in Svizzera, queste persone soggiacciono all'obbligo di assicurazione. Tuttavia, l'OSOsp non si applica alle persone che non beneficiano di privilegi in virtù del diritto internazionale. Pertanto, i loro familiari e le persone che le accompagnano in possesso di un permesso di soggiorno o di domicilio, o di un permesso per frontalieri, nonché le persone di nazionalità svizzera, rimangono soggetti all'assicurazione malattie obbligatoria anche se possono affiliarsi all'assicurazione dell'organizzazione internazionale insieme al titolare principale. La presente revisione vuole evitare casi di doppia assicurazione anche per queste persone.”

2.6. In concreto, l'applicazione dell'art. 6 cpv. 1 OAMal va esclusa d'acchito, giacché la ricorrente non ha accompagnato in Svizzera il marito, rimasto in _____, ma è detentrica di un permesso “B” e dunque non fruisce personalmente di privilegi o immunità ai sensi dell'art. 2 cpv. 2 lett. c LSO (cfr. Messaggio concernente la legge federale sui privilegi, le immunità e le facilitazioni, nonché sugli aiuti finanziari accordati dalla Svizzera quale Stato ospite (Legge sullo Stato ospite, LSO) del 13 settembre 2006, FF 2006, pag. 7359 e seguenti; cfr. pag. 7385: “È evidente che le persone chiamate a svolgere funzioni ufficiali presso i beneficiari istituzionali di cui all'articolo 2 capoverso 1, o le personalità eminenti che esercitano un mandato internazionale devono potersi fare accompagnare da membri della loro famiglia [...] Secondo la prassi generalmente osservata dagli Stati ospiti, le persone autorizzate ad accompagnare le persone beneficiarie sono i congiunti e i compagni, gli ascendenti a carico che vivono in comunità domestica con l'interessato, i figli o altre persone a carico”), di cui del resto non ha comprovato di beneficiare. Ella può invece essere esonerata dall'obbligo assicurativo in Svizzera ai sensi dell'art. 6 cpv. 4 OAMal, se può far valere, per le cure nel nostro Paese, una copertura assicurativa equivalente.

2.7. Il Tribunale federale ha più volte avuto modo di affermare che, malgrado l'art. 3 cpv. 2 LAMal conceda al Consiglio federale

un ampio potere di apprezzamento, in considerazione dello scopo perseguito dalla legge, consistente nell'attuazione della solidarietà, eccezioni al principio dell'assicurazione obbligatoria sono ammesse solo in maniera restrittiva (DTF 134 V 34, RAMI 2000 no. KV 102 pag. 20 consid. 4c; DTF 132 V 310 consid. 8.2 seg. pag. 313; DTF 129 V 77 consid. 4.2 pag. 78; v. pure Guy Longchamp, L'affiliation à l'assurance-maladie sociale en Suisse [articles 3 et suivants LAMal], in: Cahiers genevois et romands de sécurité sociale, no. 32 [2004] pag. 33 segg., 46 seg.). L'obbligo assicurativo non dev'essere infatti considerato quale fine a sé stesso, bensì quale strumento insostituibile per garantire la necessaria solidarietà tra persone sane e persone malate. Questo principio, che dev'essere ritenuto di massima anche nell'ambito applicativo dell'art. 6 OAMal (DTF 134 V 34, cfr. peraltro DTF 129 V 159 consid. 3.6.1 pag. 165 seg.), non deve tuttavia essere di ostacolo all'esercizio, indipendente e in piena libertà, delle proprie funzioni da parte dei funzionari di organizzazioni internazionali (cfr. sentenza K 68/02 dell'8 aprile 2002 pubblicata in DTF 131 V 174, consid. 3.4 con riferimento). Con sentenza K 109/06 del 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. 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. In quell'occasione 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 (cfr. anche Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR, 3a edizione, 2016, n. 58, pag. 426). Nella sentenza pubblicata in DTF 134 V 34 il TF ha affermato che: " 5.9 Senza incorrere in una violazione del diritto federale o in un accertamento manifestamente inesatto dei fatti, i giudici cantonali hanno giustamente osservato che l'assicuratore estero non è stato in grado di confermare un'assunzione completa delle tariffe svizzere. Essi hanno in particolare evidenziato che alla domanda se la polizza prevedesse una copertura

finanziaria illimitata o comunque nella misura del 90 o dell'80%, l'assicuratore ha di fatto risposto negativamente, rinviando alle condizioni contrattuali allegate. Hanno quindi pure osservato che in virtù della polizza nessun rimborso sarebbe previsto per gli atti medici non riconosciuti come tali dal sistema di sicurezza sociale francese, per cui non tutte le prestazioni previste dal diritto svizzero sarebbero rimborsate dall'assicuratore estero. Allo stesso modo hanno posto l'accento sul fatto che la copertura prevede degli importi massimi per importanti tipi di prestazioni (ad esempio per la psicoterapia [80% delle spese effettive, e comunque al massimo € 1000 annui per beneficiario e dopo deduzione dell'importo eventualmente rimborsato da un regime di sicurezza sociale]; per le ospedalizzazioni mediche e le spese di ricovero [massimo di € 435.42 per giorno, nell'anno di riferimento 2004, con rimborso minimo dell'80% delle spese effettive]; per le ospedalizzazioni chirurgiche [massimo di € 712.63 al giorno con rimborso minimo dell'80% delle spese effettive]). Ora, il ricorrente non adduce motivi o circostanze che facciano apparire come manifestamente inesatto o altrimenti incompleto l'accertamento dei primi giudici in punto alla copertura assicurativa garantita dalla polizza della V._____ . Tale accertamento risulta pertanto vincolante ai fini del presente giudizio. Di conseguenza, sebbene per numerose altre prestazioni la polizza preveda un rimborso massimo ammontante a quattro volte il rimborso effettuato dal regime di sicurezza sociale francese o, se maggiormente vantaggioso, a quattro volte quello pagato dal regime locale dell'Alsazia-Mosella, e comunque una garanzia dell'80% delle spese effettive, i giudici cantonali giustamente potevano, complessivamente, ravvisare in questa copertura importanti lacune escludenti - dal profilo dell'art. 6 cpv. 3 OAMal, e questo anche operando un metro di giudizio meno severo rispetto a quello utilizzato per l'art. 2 cpv. 2 OAMal - il riconoscimento della sua equivalenza con quella garantita dalla LAMal per le cure in Svizzera. Lacune che peraltro sono state evidenziate pure dall'UFSP, il quale ha anche fatto notare l'assenza di una menzione esplicita per le prestazioni legate alla degenza nelle case di cura." In una successiva sentenza 9C_182/2009 del 2 marzo 2010, pubblicata in SVR 2010 KV Nr. 10, pag. 43, relativa ad un ex funzionario di un'organizzazione internazionale, il TF ha stabilito al consid. 4.3. che il nuovo tenore dell'art. 6 cpv. 3 OAMal (in vigore fino al 31 dicembre 2017), " non ha apportato modifiche sostanziali (cfr. pure il Messaggio del Consiglio federale, secondo cui la modifica dell' art. 3 cpv. 2 LAMal ha lo scopo di adeguare la terminologia alla LSO, FF 2006 7421). In precedenza erano gli ex funzionari di organizzazioni internazionali ad essere interessati dalla norma, ora sono le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni, che hanno cessato le loro funzioni ." In quell'occasione il TF ha rilevato che: " (...) 5.1 Dopo avere raccolto il regolamento dell'assicuratore di X._____, il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha esaminato il sistema di rimborso delle prestazioni assicurate. Ha così accertato che l'assicuratore, di principio, a dipendenza delle prestazioni, copre l'80%, rispettivamente il 90% dei costi (prestazioni di base) fino al raggiungimento del limite massimo di fr. 4'500.- annui per le famiglie, rispettivamente di fr. 2'800.- per le persone sole. Raggiunto questo importo la copertura diventa integrale (al 100%) per le prestazioni per le quali è previsto l'intervento del piano complementare. I giudici cantonali hanno giustamente rilevato che questo sistema non diverge di molto da quello previsto dalla LAMal, dove un assicurato può scegliere una franchigia fino a fr. 2'500.- (art. 93 OAMal), ma deve poi ancora partecipare ai costi nella misura del 10%, fino a un massimo di fr. 700.- all'anno (art. 64 LAMal e art. 103 OAMal). Quanto al fatto che l'art. VIII § 7 del regolamento limiti a fr. 35'000.- l'importo massimo delle prestazioni complementari rimborsabili, gli stessi giudici - dopo avere raccolto la

dichiarazione dell'assicuratore di X. _____ - hanno osservato che questo credito massimo viene normalmente rinnovato su decisione del Comitato esecutivo dell'assicuratore dopo avviso del medico fiduciario e spiegato che la misura rappresenta uno strumento (legittimo) di controllo dei costi. Fatte queste premesse, sebbene abbia ritenuto le prestazioni per le quali è prevista una copertura complementare equivalenti se non addirittura superiori a quelle della LAMal, il Tribunale cantonale delle assicurazioni le ha considerate inferiori laddove non interviene il piano complementare. La Corte cantonale ha in particolare fatto riferimento al rimborso dei farmaci e delle spese dentarie, come pure ai limiti di rimborso fissati per alcune prestazioni in ambito psichiatrico. Così, mentre per i farmaci i giudici cantonali hanno constatato che il rimborso coprirebbe unicamente l'80% dei costi dei prodotti rimborsabili secondo le norme delle autorità sanitarie competenti del Paese interessato e dei vaccini raccomandati dietro prescrizione medica, per le spese dentarie gli stessi hanno osservato che la copertura LAMal (prevedente il rimborso alle condizioni restrittive dell'art. 31 LAMal) sarebbe superiore a quella di X. _____ (copertura dell'80% per un massimo di fr. 2'400.- all'anno, cumulabili su due anni civili) poiché non prescrive alcun tetto massimo di spesa. Infine, in relazione alla copertura per le prestazioni psichiatriche, la Corte cantonale ha rilevato che 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 sarebbero rimborsabili solo nella misura dell'80%, per un massimo di fr. 110.- e per 50 sedute all'anno (psicoterapia), rispettivamente per un massimo di fr. 50.- a seduta e 75 sedute (psicanalisi). (...). 7.5 Ora, preso atto di queste precisazioni, la Corte cantonale avrebbe dovuto seriamente dubitare della possibilità di negare, senza ulteriori accertamenti, l'equivalenza della copertura assicurativa di X. _____. Ciò a maggior ragione dopo che, in sede amministrativa, l'assicuratore di X. _____ aveva già segnalato l'(incontestata, seppur non vincolante: DTF 134 V 34 consid. 9 pag. 44) esenzione dall'obbligo assicurativo LAMal dei suoi ex funzionari nei Cantoni A. _____, B. _____ e C. _____. Prima di statuire in questo senso, l'autorità giudiziaria cantonale avrebbe in ogni caso dovuto meglio contestualizzare l'esclusione - per regolamento - di alcune prestazioni dal piano complementare e valutarne l'incidenza per rapporto alla copertura complessiva. 7.6 Da una semplice lettura delle statistiche - edite dall'Ufficio federale di statistica - relative ai costi e al finanziamento del sistema sanitario avrebbe così, ad esempio, potuto apprendere che le spese di psicoterapia rappresentavano nel 2006 (ultimo rilevamento statistico disponibile) unicamente lo 0.3% della spesa sanitaria complessiva in Svizzera (v. Coût et financement du système de santé en 2006, Neuchâtel 2008, pag. 31 e 39). Similmente avrebbe potuto accorgersi che pur rappresentando, nello stesso anno, le spese di dentista il 6.4% della spesa sanitaria complessiva, dei fr. 3.398 miliardi spesi a questo titolo solo una minima parte era a carico della LAMal (49.3 milioni, pari all'1.4% dei costi dentari), rispettivamente della LAINF (41.4 milioni, pari all'1.22% dei costi dentari). 7.7 E comunque, tenuto anche conto della delicatezza e della complessità della materia, anziché dichiarare direttamente inequivalente la copertura offerta dall'assicuratore di X. _____ per il fatto che il piano complementare non interverrebbe per alcuni tipi di prestazioni (segnatamente per il rimborso dei farmaci), i giudici cantonali avrebbero quantomeno dovuto dare la possibilità al ricorrente (se non addirittura anche all'assicuratore coinvolto) di esprimersi e di confrontarsi su questi aspetti particolari, che fin lì non erano stati oggetto né di discussione né tanto meno di disamina. Considerati l'estensione di un sistema di assicurazione contro le malattie e il tenore degli accertamenti compiuti fino a quel momento dalla Corte cantonale,

che aveva piuttosto incentrato il proprio esame sulla questione della limitazione massima (regolamentare) a fr. 35'000.- del credito per le prestazioni complementari, il ricorrente non poteva ragionevolmente prevedere l'argomentazione, fin lì nemmeno specificatamente evocata dall'amministrazione, sulla quale l'autorità giudiziaria di primo grado avrebbe poi fondato il proprio giudizio. Né egli poteva o doveva, in tali circostanze, preventivamente informarsi sull'eventuale esistenza - da lui apparentemente appresa solo a seguito della pronuncia impugnata - di una prassi dell'assicuratore di X. _____ in merito all'applicazione del piano complementare anche per il rimborso di alcuni farmaci. Agendo come ha fatto, la Corte cantonale non ha garantito nelle debite forme all'interessato il diritto di esprimersi che lo avrebbe dovuto tutelare dalla ricezione di una decisione che può, alla luce delle particolari circostanze del caso, definirsi imprevedibile (sulla funzione ammonitrice ["Warnfunktion"] del diritto di esprimersi cfr. Michele Albertini, *Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör im Verwaltungsverfahren des modernen Staates*, 2000, pag. 259; cfr. pure sentenza 1A.119/2004 del 6 luglio 2004 consid. 3.3 in fine).” Effettuati gli accertamenti necessari, con sentenza 36.2010.57 del 10 novembre 2010, il TCA ha accolto il ricorso della persona assicurata. Sul tema cfr. anche la STF 9C_613/2019 del 7 maggio 2021, dove l'Alta Corte, circa l'art. 6 cpv. 3 OAMal, ha affermato: " (...) 3.2. Il tenore della disposizione topica per la risoluzione della vertenza, segnatamente l'art. 6 cpv. 3 OAMal - rispettivamente il cpv. 4 dalla sua entrata in vigore il 1° gennaio 2018 - ha subito negli anni variazioni d'ordine temporale e terminologico ma, come si vedrà di seguito, non si tratta in realtà di cambiamenti sostanziali, in concreto i presupposti per il diritto all'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera sono rimasti materialmente invariati. 3.2.1. Nelle proprie decisioni su reclamo del 2019 la Cassa ha respinto le domande di esenzione dall'obbligo assicurativo per le cure medico-sanitarie nel senso del diritto svizzero e, di conseguenza, ha fissato l'inizio dell'affiliazione obbligatoria dal 1° marzo 2007 per il ricorrente - ovvero dalla data in cui egli ha eletto domicilio nel Comune di Sorengo - e dal 1° luglio 2008 per la ricorrente - ossia dalla data dell'entrata in Svizzera, segnatamente quando è giunta a Sorengo con permesso di domicilio C il 1° luglio 2008. Da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme (materiali) in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 140 V 41 consid. 6.3.1 con riferimenti). Ora, nel caso di specie, che si tratti della versione al momento della nascita dell'obbligo assicurativo di cui si chiede l'esenzione o di quella al momento dell'adozione del provvedimento non è decisivo, in quanto materialmente i presupposti sono sempre i medesimi. In effetti, l'art. 6 cpv. 3 OAMal in vigore dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2007 prevedeva per gli ex funzionari di organizzazioni internazionali, come pure per i loro familiari, la possibilità di domandare l'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera in caso di copertura equivalente presso l'assicurazione malattie della primitiva assicurazione. Dal 1° gennaio 2008, a seguito dell'entrata in vigore, alla stessa data, della LSO e della OSOsp, l'art. 6 cpv. 3 OAMal era stato modificato e, se da un lato rimaneva l'esenzione in caso di copertura assicurativa equivalente per i beneficiari di privilegi, rispettivamente d'immunità, d'altro lato sono stati involontariamente omessi i familiari. Per eliminare tale lacuna formale, il 1° gennaio 2018 è entrato in vigore il nuovo disposto del cpv. 3, rispettivamente il cpv. 4 dell'art. 6 OAMal, che ha reintrodotta formalmente la possibilità di esenzione per le persone assicurate insieme al titolare principale (sul tema cfr. Rapporto esplicativo del novembre 2017 dell'Ufficio federale della sanità pubblica relativo alle modifiche dell'OAMal in vigore dal 1° gennaio 2018, rispettivamente 1° gennaio 2019,

consultabile nel sito Internet: www.bag.admin.ch). 3.2.2. Ora, per quanto attiene alla terminologia utilizzata, il presupposto della copertura assicurativa equivalente, previsto all' art. 6 cpv. 3 OAMal , nella versione in lingua italiana è rimasto invariato ed è lo stesso di quello previsto all' art. 2 cpv. 2 OAMal . Le versioni in tedesco e francese presentano per contro un lessico differente, ovvero "gleichwertigen Versicherungsschutz" e "couverture d'assurance équivalente" all' art. 2 cpv. 2 OAMal ed "entsprechenden Versicherungsschutz" e "couverture d'assurance analogue" all' art. 6 cpv. 3 OAMal . Tale differenziazione non ha però ripercussioni su quanto rilevato dal Tribunale federale, ovvero che l' art. 6 cpv. 3 OAMal non si discosta materialmente dalla formulazione dell' art. 2 cpv. 2 OAMal (sul tema cfr. DTF 134 V 34 consid. 5.1, consid. 5.2 e consid. 5.6). Ne consegue che i principi giurisprudenziali e dottrinali sviluppati in relazione all' art. 2 cpv. 2 OAMal sono applicabili anche all' art. 6 cpv. 3 OAMal . (...) 5.2. Secondo la dottrina e la giurisprudenza 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 (cfr. DTF 134 V 34 consid. 5.8; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3a ed. 2016, pag. 426, n. 58). Equivalenza non significa però accordo su una copertura legale esattamente su tutti i punti, altrimenti un'esenzione dall'obbligo assicurativo non sarebbe quasi mai possibile. Deve in linea di principio bastare se l'assicurazione estera comprende come l'assicurazione svizzera almeno le principali forniture di prestazioni assicurative. 5.3. Il Tribunale federale ha già più volte avuto l'occasione di affermare che eccezioni al principio dell'assicurazione malattie obbligatoria sono ammesse solo in maniera restrittiva. L'obbligo assicurativo non dev'essere infatti considerato quale fine a sé stesso, bensì quale strumento insostituibile per garantire la necessaria solidarietà tra persone sane e persone malate. Questo principio dev'essere ritenuto di regola anche nell'ambito dell'applicazione dell'art. 6 OAMal (cfr. 134 V 34 consid. 5.5). (...) 6.2.1. Il Tribunale cantonale, pur riconoscendo che l'assicurazione malattia estera C._____ offre prestazioni di alto livello - essa rimborsa in linea di principio la totalità dei costi derivanti dalle degenze ospedaliere, incluse quelle in camera privata se vi è necessità medica, come pure assume prestazioni dentistiche maggiori che la LAMal - ha negato l'equivalenza, in virtù di importanti lacune. In particolare la Corte cantonale ha evidenziato che, riservati i casi complessi con operazioni chirurgiche con ricovero ospedaliero, vi è un limite di rimborso massimo di Euro 2249.69 per persona e per anno per le spese ambulatoriali nei confronti dei medici generalisti e anche degli specialisti, con particolare rilevanza per gli psichiatri, che la LAMal non contempla. Anche se vi è pur sempre la possibilità per la persona assicurata in casi particolari di farsi rimborsare un importo superiore a quello pattuito, vi sono pur sempre limiti percentuali da rispettare. Il rimborso al 100 % avviene solo per le cure ambulatoriali eseguite unitamente ai trattamenti ospedalieri, con partecipazioni ai costi del 3 % fino a un massimo di Euro 50. A mente del Tribunale cantonale un'importante spesa che non viene coperta in maniera illimitata ma solo nella misura dell'80 % è quella dei medicinali, che in Svizzera sono notoriamente costosi. La LAMal rimborsa di principio l'integralità del prezzo se sono dati i presupposti dell'art. 32 LAMal, dopo prelievo della franchigia (di al massimo fr. 2500 annuali per gli adulti; cfr. art. 93 e 103 OAMal) e della partecipazione ai costi (10 % e solo in alcuni casi superiore; cfr. art. 64 LAMal e art. 104a OAMal). Le altre limitazioni nel rimborso concernono la fisioterapia (al massimo Euro 562.43 all'anno e per persona) e la psicoterapia (al massimo Euro 1406.06 annuali e per

persona). In Svizzera vi sono anche limiti, ma superabili se è comprovata la necessità medica (cfr. art. 3 e 3b e art. 5 OPre). La Corte cantonale conclude quindi che, a parte la copertura per le cure dentarie, per il contributo degli occhiali e il rimborso dei ricoveri ospedalieri - che appaiono peggiori nel sistema LAMal - non risulta una presa a carico quantitativa e qualitativa equivalente presso l'assicurazione malattia estera C._____.

Considerate le carenze riscontrate, l'equivalenza non è data e nemmeno l'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera. 6.3. Come già evidenziato (cfr. consid. 5.2), il concetto di copertura assicurativa equivalente non presuppone una perfetta identità fra i due sistemi assicurativi. Identità peraltro difficile da valutare, viste le particolarità di ogni sistema assicurativo. Se da un lato le parti in causa hanno già elencato un certo numero di elementi per sostenere le loro tesi, il Tribunale federale è dell'avviso che non è ancora possibile operare un'analisi approfondita della questione, in considerazione del fatto che vi sono ancora questioni da accertare prima di potersi determinare, con cognizione di causa, sull'insieme della fattispecie da analizzare nel suo complesso. 6.4. In primo luogo vi è un'incertezza in relazione all'importo addizionale previsto alla lettera H delle norme di attuazione, (segnatamente in relazione all'"Additional reimbursement under Article 83a (6) of the Service Regulations". Tale norma prevede che se, durante un periodo di dodici mesi consecutivi, il totale delle spese mediche di cui alla precedente sezione F sostenute da un dipendente assicurato, dai membri assicurati della sua famiglia e da altri dipendenti assicurati, è tale che, in virtù dell'eccedenza del 20 % su alcune spese e sui massimali imposti, il dipendente assicurato deve ancora sostenere un importo superiore al 20 % del suo salario mensile durante i 12 mesi in questione, egli ha diritto a un rimborso supplementare pari alla differenza tra l'importo totale complessivo di tali eccedenze e gli importi che superano i massimali, da un lato, e il 20 % del predetto salario medio mensile dall'altro. Quanto sopra menzionato vale anche per le persone assicurate in pensione e il termine salario va sostituito con il termine rendita. Ora, nel caso in rassegna, agli atti figura unicamente un certificato del 22 gennaio 2007 con cui l'EPO ha attestato che il ricorrente percepisce, a partire dal 1° gennaio 2007, una rendita di fr. 9288.42 nell'ambito del regime pensionistico. Non è stato accertato se tale importo sia da considerare mensile o annuale; è pertanto auspicabile ottenere la conferma dell'assicuratore su tale punto. 6.5. Inoltre, anche la questione delle cure in caso di malattia non è stata compiutamente vagliata dal Tribunale cantonale. Detto altrimenti, non è stato esaminato in che misura esiste o meno un regime di assicurazione per l'assistenza a lungo termine, segnatamente per la degenza a lungo termine, in particolare in una casa di cura (cfr. a tal proposito l'art. 25a cpv. 5 LAMal). La copertura limitata dei costi di cura potrebbe essere considerata come una grave carenza (in tal senso cfr. sentenze 9C_875/2017 del 20 febbraio 2018 consid. 3.3 con riferimenti e 9C_858/2016 del 20 giugno 2017 consid. 2.2.2 con ulteriori riferimenti). L'assicurazione malattia estera C._____ sembra prevedere un'assicurazione in tal senso, segnatamente un'assicurazione separata a lungo termine, dove però solo il 30 % dei costi totali sembra essere coperto. Tale questione dovrà ancora essere esaminata dal Tribunale cantonale, con il rilievo che dal profilo procedurale le parti dovranno ancora essere coinvolte sui punti ancora da vagliare. 6.6. Infine, come indicato dai ricorrenti e come altresì menzionato nel giudizio cantonale, la guida non è esaustiva e nemmeno limitativa ma in pratica contiene una descrizione generale della copertura sanitaria fornita e, se un particolare medicamento o trattamento non è incluso, non significa ancora che non vi sia un diritto a un rimborso. In tal caso verrà effettuata una valutazione da parte dell'amministratore che deciderà se si realizzano i presupposti per un risarcimento. Anche l'estensione della copertura e i massimali di

rimborso indicati alla lettera F delle norme di attuazione possono essere riesaminati periodicamente dall'assicurazione malattia estera C. _____: il Presidente dell'ufficio potrà stabilire condizioni concrete di rimborso. Gli articoli 83, 83a, 84 e 84a della guida, rispettivamente le loro norme d'attuazione, non sono però agli atti e sarebbe auspicabile che vi fossero, come pure qualche chiarimento in merito da parte dell'assicuratore. 6.7. In conclusione, visto quanto precede e contrariamente a quanto ritenuto dall'autorità giudiziaria cantonale e dall'amministrazione, non è dunque possibile - allo stadio attuale e sulla base degli elementi agli atti - statuire con la necessaria attendibilità sull'equivalenza, con la LAMal, della copertura dell'assicurazione malattia estera C. _____ per le cure medico-sanitarie in Svizzera. A tale scopo la causa va pertanto rinviata all'istanza precedente affinché completi l'istruttoria sugli aspetti sopra menzionati per poter valutare l'esenzione dall'obbligo assicurativo dei ricorrenti.” Con STCA 36.2021.32-33 del 20 settembre 2021 il TCA, dopo aver effettuato gli accertamenti richiesti, ha accolto il ricorso. 2.8. Nel caso di specie dalla documentazione allegata dalle parti emerge che, chiamata ad attestare l'equivalenza tra la copertura assicurativa estera e la LAMal, _____ si è rifiutata (doc. 12), affermando di non poter procedere all'attestazione di equivalenza poiché il piano di copertura assicurativo non copre tutte le prestazioni menzionate nel modulo da sottoscrivere. L'assicuratore ha aggiunto di aver avuto problemi con le autorità svizzere in passato, poiché non accettano la copertura (“ [...] I would like to inform you that, unfortunately we are not authorized to sign and stamp the attached form, since the _____ does not cover all items mentioned on this form. In similar cases in the past we have encountered a lot of problems, since the Swiss Authorities do not accept our coverage ”) ed ha suggerito all'interessata di chiedere l'esenzione in applicazione dell'art. 6 OAMal, presentando semplicemente la polizza assicurativa. Ciò che ha permesso ad altri assicurati di ottenere l'esonero (“ Investigating further, we have found a solution for Switzerland: According to Art. 6 of the Swiss Krankenversicherungsverordnung, employees from international organizations and their family members are exempted from the Swiss obligation to be insured. For this, a certificate must be issued by the corresponding organization. We have done this in the past and it was accepted. So the form filled out by _____ would no be necessary ”). L'insorgente ha così prodotto un'attestazione dell'“ _____ ” dell' _____ dove figura che _____, funzionario dell' _____, beneficia della copertura dell'organizzazione internazionale, valida anche per i suoi familiari in tutto il mondo. Nel documento si precisa inoltre che l'assicurazione copre ogni prestazione medica ed ospedaliera necessaria, che le spese sono prese a carico indipendentemente dal luogo in cui sono state sostenute e che le spese mediche e ambulatoriali sono rimborsate all'80% delle spese ragionevoli e consuete. L'assicurazione copre al massimo USD 250'000 all'anno per persona (“ The above-mentioned Insurance Scheme of the _____ provides coverage for any necessary medical and hospitalization expenditure. Expenses will be reimbursed regardless of where they are incurred. Professional medical fees and outpatient medical services are reimbursable at the rate of 80 percent of the reasonable and customary charges. The _____ maximum coverage per calendar year is up to \$250,000 USD per participant ”). La ricorrente ha inoltre prodotto un documento in inglese in cui figurano le varie coperture assicurative dell' _____. L'insorgente ha indicato che la sua assicurazione è descritta alle pagine 49 e seguenti (cfr. doc. 8 e 9). Essa si chiama “ _____ ” e consiste in una copertura che si fa carico dei costi degli assicurati, nel limite previsto dal piano assicurativo, per spese ragionevoli e consuete in relazione con cure mediche, ospedaliere e dentistiche in caso di

malattia, infortunio e maternità. L'assicurazione rimborsa anche i costi di alcune cure preventive. Il limite massimo di rimborso ammonta a USD 250'000 all'anno per persona. Oltre al rimborso massimo, possono essere applicati anche alcuni massimali per tipo di trattamento, tipo di procedura o per altri servizi (" The _____, administered by _____, indemnifies, within the limits of the plan, for reasonable and customary charges in respect of medical, hospital and dental treatment for illness, an accident or maternity. Additionally, the plan provides cover for some aspects of preventive care. The aggregate reimbursement in respect of the total expenses covered by the plan that are incurred by an insured participant shall not exceed \$250,000 in any calendar year. The provisions set forth below are subject to this limitation. In addition to the maximum reimbursement per calendar year, certain maximums per treatment, procedure, supplies or other services may also apply, depending on the type of service "). 2.9. Alla luce della documentazione agli atti, questo Tribunale rileva che di per sè, come affermato dalla Cassa di compensazione, di primo acchito la copertura offerta dall' _____ non sembrerebbe essere equivalente a quella della LAMal, ritenuto che vi è un limite massimo, pur elevato, oltre il quale non risulterebbe esserci alcun rimborso delle prestazioni (cfr., per un altro caso simile, in cui l'equivalenza era stata negata la STCA 36.2007.146 del 16 marzo 2008: caso di una studentessa che aveva un'assicurazione privata con rimborso del l'80% della tariffa applicata in Svizzera per un massimo di Euro 281'635). Rammentato che per essere equivalente la copertura deve essere di principio illimitata (cfr. anche Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR, 3a edizione, 2016, n. 58, pag. 426), sulla sola base delle tavole processuali la domanda di esonero dall'obbligo assicurativo non potrebbe essere accolta. Sennonché, come già accaduto in passato in relazione a coperture assicurative di ex funzionari di organizzazioni internazionali, anche in questo caso l'insorgente si lamenta del fatto che nel resto della Svizzera le richieste di esonero troverebbero accoglimento senza ulteriori formalità e sostiene che in concreto sarebbero necessari ulteriori accertamenti volti a stabilire se il limite posto dall'assicuratore sia invalicabile oppure se, a determinate condizioni, può essere superato (cfr. STF 9C_182/2009 del 2 marzo 2010 e STF 9C_613/2019 del 7 maggio 2021). Nei casi giudicati dal TF, e ripresi al consid. 2.7, era poi emerso che le coperture delle assicurazioni delle organizzazioni internazionali andavano considerate equivalenti alla LAMal. Tali limiti non erano infatti assoluti, ma rappresentavano piuttosto uno strumento legittimo di controllo dei costi. In caso di necessità e previo accordo dell'assicuratore, il rimborso era riconosciuto. Nel caso di specie la situazione non è diversa. Alla luce della documentazione attualmente agli atti l'equivalenza non sembrerebbe data. Tuttavia, non si può escludere che interpellando direttamente l'assicuratore o l'organizzazione internazionale per la quale lavora il marito della ricorrente, emerga la possibilità di oltrepassare i limiti indicati nel regolamento prodotto dall'assicurata. In particolare è necessario acquisire dall'insorgente le norme d'attuazione ed il regolamento della _____, se possibile in una lingua nazionale, e una dichiarazione dell'assicuratore o dell'organizzazione internazionale per la quale lavora suo marito, dove figurino se l'importo di USD 250'000 è invalicabile o se si tratta unicamente di uno strumento di controllo dei costi, se vi è comunque un diritto al rimborso in situazioni particolari (indicando quali), 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, se esiste o meno un regime di assicurazione per l'assistenza a lungo termine, segnatamente per la degenza a

lungo termine, in particolare in una casa di cura (cfr. a tal proposito l'art. 25a cpv. 5 LAMal; la copertura limitata dei costi di cura potrebbe essere considerata come una grave carenza; in tal senso cfr. sentenze 9C_875/2017 del 20 febbraio 2018 consid. 3.3 con riferimenti e 9C_858/2016 del 20 giugno 2017 consid. 2.2.2 con ulteriori riferimenti; cfr. anche la STF 9C_146/2023 del 10 maggio 2023, in particolare consid. 5.3.5) e se vi sono ulteriori limitazioni (semberebbe infatti che alcune prestazioni sono rimborsate solo all'80%; cfr. pag. 49 e seguenti doc. 8). Solo dopo aver acquisito questi ulteriori documenti ed aver lasciato alla ricorrente, cui incombe l'obbligo di collaborare, pena la possibilità per la Cassa di emettere una decisione a lei sfavorevole (cfr. a proposito del principio inquisitorio, dell'obbligo di collaborare delle parti e delle conseguenze concrete dell'applicazione di tali principi: sentenza 9C_384/2019 del 1° ottobre 2019, consid. 4.1 e seguenti), il diritto di esprimersi in merito, sarà possibile determinarsi compiutamente sulla fattispecie. La decisione su reclamo impugnata va di conseguenza annullata e l'incarto rinviato alla Cassa affinché proceda conformemente a quanto stabilito in precedenza. Non va infatti dimenticato che di principio spetta all'amministrazione procedere con i necessari accertamenti. In una sentenza 9C_675/2009 del 28 maggio 2010 l'Alta Corte ha rammentato: " 8.3 Ad ogni modo si ricorda alla ricorrente che l'accertamento dei fatti incombeva in primo luogo a lei stessa in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGa, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. per analogia la sentenza 8C_122/2008 del 10 marzo 2008 consid. 3). Anche per questa ragione essa non può ora rimproverare alla Corte cantonale un accertamento asseritamente lacunoso per non avere approfondito un aspetto - per altro insufficientemente sostanziato in sede cantonale come pure in sede federale, non potendosi dal solo doppio ruolo assunto da F. _____ inferire un serio indizio di manifesto abuso di diritto - che avrebbe potuto e dovuto essere da lei acclarato. Come già avuto modo di affermare in altro ambito, l'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98])." In queste condizioni la richiesta della ricorrente di richiamare l'incarto dell'assicuratore diviene priva di oggetto. 2.10. L'art. 61 lett. a LPGa, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGa. L'art. 61 lett. a LPGa enuncia ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGa secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Nel caso concreto, l'oggetto della lite sottoposta all'esame del TCA concerne una richiesta di esonero dall'obbligo assicurativo. La causa non riguarda prestazioni, tuttavia essa non è soggetta a spese. In effetti il Tribunale federale, in una sentenza 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 consid. 4.4.1., ha evidenziato che "(...) eliminando il principio della gratuità generalizzata di cui all'art. 61 lett. a LPGa, il legislatore federale non ha voluto imporre in maniera generalizzata per tutta la Svizzera l'applicazione di spese giudiziarie al di fuori del

campo di applicazione dell'art. 61 lett. f bis LPGA, ma ha lasciato ai Cantoni la libertà di disciplinare la questione. Nulla impedisce a un Cantone in tale contesto di prevedere la gratuità della procedura integralmente o soltanto per alcune controversie (FF 2018 1334; BU 2018 S 668 segg; BU 2019 N 329 segg.). Se però un Cantone desidera imporre spese al di fuori del campo di applicazione dell'art. 61 lett. f bis LPGA, trattandosi di un tributo causale, deve prevedere una base legale formale chiara ed esplicita (art. 127 Cost.; DTF 145 I 52 consid. 5.2; 143 I 227 consid. 4.3.1; 124 I 241 consid. 4a, con riferimenti; UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG , 2020, n. 209 ad art. 61 LPGA).” (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107) . Nel Cantone Ticino, come rilevato dall’Alta Corte nella citata STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 consid. 4.4.3., “vige tuttora il principio della gratuità generalizzata (art. 29 cpv. 1 Lptca/TI)” . Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022. 2.11. All’insorgente, rappresentata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili. Con l’emanazione della sentenza, la richiesta di concedere l’effetto sospensivo al ricorso diventa priva di oggetto (cfr. sentenza 9C_711/2016,9C_716/2016 del 9 maggio 2017 consid. 12 non pubblicato in DTF 143 V 130).

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