

Raccomandata

Incarto n.

36.2006.172

Lugano

2 aprile 2007

TB

In nome  
della Repubblica e Cantone  
Ticino

## **II giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni**

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 31 agosto 2006 di

XXXX,

contro

**Y Assicurazioni SA Servizio Giuridico,**

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

**in fatto**

- A. Da diversi anni XXXX, 1940, è assicurata presso Y. Per il 2005, l'assicurata beneficiava delle seguenti coperture complementari: assicurazione integrativa di cura per prestazioni speciali (TOP), assicurazione integrativa per prevenzione e medicina complementare (SANA), assicurazione integrativa ospedaliera con reparto privato in tutta la Svizzera (HOSPITAL CLASSICA COMFORT), assicurazione d'indennità ospedaliera (VARIA) ed assicurazione per cure di lunga durata (CURA).
- B. Il 16 novembre 2005 (doc. A6) la dr.ssa med. FMH fisioterapia specialista in reumatologia, ha certificato che l'assicurata era affetta da diversi disturbi fisici fra i quali alla colonna vertebrale ed alla gamba sinistra con dolori invalidanti. Dato che lo stato di salute dell'assicurata era molto peggiorato,

ha evidenziato la necessità di quest'ultima di fare capo ad un aiuto domiciliare tre volte alla settimana.

- C. Prima di decidere sulla domanda di presa a carico di un aiuto domestico, l'assicuratore malattia ha chiesto all'assicurata di compilare un questionario (doc. A5) ed il 12 dicembre 2005 (doc. A4) le ha comunicato che le avrebbe concesso Fr. 70.- al massimo al giorno per un periodo di 30 giorni per anno civile a dipendenza della copertura integrativa ospedaliera (HOSPITAL COMFORT CLASSICA) ed al massimo Fr. 6.- al giorno, sempre per 30 giorni per anno civile, in virtù della copertura VARIA. Ricevute le fatture inerenti i mesi di ottobre e novembre 2005 per prestazioni domestiche ammontanti a Fr. 720.- ciascuna, con scritto del 30 dicembre 2005 (doc. A3) l'assicuratore ha rifiutato il rimborso delle stesse, poiché durante quel periodo l'assicurata era stata degente alla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Le proteste del 4 gennaio 2006 non hanno sortito esito positivo; infatti, il 10 seguente (doc. A2) Y le ha negato il rimborso.
- D. Con petizione del 31 agosto 2006 (doc. I) XXXX ha chiesto al TCA di poter ricevere anche per il 2005 il contributo per l'aiuto domestico di Fr. 2'100.- annui, come occorso fino all'anno precedente, poiché la situazione che si presentata nel 2005 era la medesima del 2004. Non trova quindi giusto che, siccome è stata ricoverata in clinica per un lungo periodo — ma senza prendervi domicilio -, non le si riconosca l'aiuto prestato dalla *"stessa donna delle pulizie"* che ha *"da 20 anni la quale a casa mia viene 3 volte alla settimana, lava, stira, tiene la casa pulita, quello che io non posso fare secondo i certificati medici."*
- E. Il 12 ottobre 2006 (doc. VII) l'assicuratore ha proposto di respingere la petizione per quanto concerne il rimborso dei costi sostenuti per i mesi di ottobre e novembre 2005 a motivo che, mentre era degente presso una struttura specializzata, in quel periodo l'attrice non ha necessitato di prestazioni supplementari a titolo di aiuto domestico a casa propria. Inoltre, l'aiuto prestatole non aveva lo scopo di evitare o di ridurre una sua degenza ospedaliera o un soggiorno di cura, ma solo di tenere in ordine il suo appartamento. Anche il contributo di Fr. 2'100.- per l'intero 2005 non le va riconosciuto, giacché l'assicurata non ne ha fatto specifica richiesta: ella ha infatti presentato unicamente le fatture per "la signora delle pulizie" relative ad ottobre e novembre 2005.

- F. La successiva corrispondenza dell'attrice (docc. III, V e XI) porta essenzialmente su presunti mancati rimborsi di fatture da parte dell'assicuratore. Inoltre, ella ha formulato critiche nei confronti di una dipendente di quest'ultimo.

**in diritto**

**in ordine**

1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove), perciò il TCA può decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

**nel merito**

2. Il TCA deve determinare il diritto dell'attrice di poter beneficiare nel 2005 di un rimborso per aiuto domestico che le è necessario a seguito della sua totale incapacità lavorativa e di guadagno. Occorre quindi verificare se le coperture complementari stipulate dall'attrice prevedano un tale diritto e, se sì, in quale misura.
3. L'assicurazione integrativa ospedaliera (HOSPITAL CLASSICA) copre i costi per l'aiuto domestico (doc. 5). L'art. 14.1 delle Condizioni Supplementari d'Assicurazione (CSA), valide dal 1° gennaio 1997, recita che quando una persona assicurata, in base ad una prescrizione medica ed in seguito ad un'incapacità lavorativa del 100%, necessita di un aiuto domestico a causa del suo stato di salute e delle sue condizioni familiari e ciò permette di evitare o di ridurre una degenza ospedaliera o un soggiorno di cura, si corrispondono al giorno, per la copertura Hospital comfort classica, fino a Fr. 70.- per i costi documentati durante al massimo 30 giorni per anno civile.

Giusta l'art. 14.2 CSA, si riconoscono quali aiuti domestici coloro che professionalmente assumono l'economia domestica, per proprio conto o per un'organizzazione, in rappresentanza della persona assicurata.

Può essere riconosciuto quale aiuto domestico anche chi, in rappresentanza di una persona assicurata ammalata, si occupa dell'economia domestica e per questo subisce una perdita documentabile di guadagno nella sua attività professionale (art. 14.3 CSA).

---

--	--	--

Infine, l'art. 14.4 CSA prevede che per le degenze in case medicalizzate e istituti simili non si corrispondono prestazioni per l'aiuto domestico.

Anche l'assicurazione d'indennità ospedaliera VARIA offre un servizio simile (doc. 6). Secondo l'art. 9.1 CSA, nell'edizione 1° gennaio 1997, se un assicurato, in base ad una prescrizione medica e in caso di inabilità al lavoro al 100%, a causa del suo stato di salute e delle sue condizioni familiari particolari, necessita di un aiuto domestico, e se si può così evitare o abbreviare un soggiorno ospedaliero o di cura, viene accordato giornalmente, sui costi documentati, al massimo il 50% dell'indennità ospedaliera assicurata per 30 giorni al massimo per anno civile (art. 10.1 CSA).

Gli articoli 9.2-9.4 rispecchiano i citati artt. 14.2-14.4.

4. È in applicazione dei disposti 14.4 CSA HOSPITAL CLASSICA e 9.4 CSA VARIA che l'assicuratore ha rifiutato di corrispondere all'attrice le prestazioni che le spetterebbero per la sua invalidità, sostenendo che poiché *durante* i mesi di ottobre e novembre 2005 è stata degente in clinica, l'assicurata non ha diritto a ricevere un rimborso per le spese che ha sostenuto per l'aiuto domestico a casa propria nel medesimo lasso di tempo.

Dal canto suo, l'attrice ha evidenziato che durante i suoi soggiorni in clinica, un paio di volte alla settimana rientrava a casa per far lavare e stirare dalla domestica la sua biancheria (doc. 16). Anche durante la malattia, quindi, ella aveva la necessità di poter contare su qualcuno che si occupasse delle faccende domestiche nel suo appartamento, del suo gatto e, non da ultimo, di se stessa quando rincasava. L'assicurata avrebbe quindi diritto per l'aiuto domestico, anche nel 2005, ai Fr. 70.- al giorno per 30 giorni all'anno, corrispondenti a Fr. 2'100.-.

Per sapere se l'assicuratore debba riconoscere all'attrice il rimborso del costo dell'aiuto domestico a cui ha fatto capo nel 2005 occorre dunque interpretare le norme suesposte.

5. Per costante giurisprudenza, al contratto d'assicurazione si applicano i principi generali dell'interpretazione dei contratti, tanto più che la legge speciale non contiene disposizioni particolari in proposito: l'art. 100 cpv. 1 LCA rinvia infatti al diritto delle obbligazioni e, di riflesso, al Codice civile (DTF 118 II 342 consid. la pag. 344). Dovendosi determinare il contenuto di un contratto d'assicurazione e delle condizioni generali che ne
-

formano parte integrante, il giudice deve, come per ogni altro contratto, ricorrere in primo luogo alla cosiddetta interpretazione soggettiva, ovvero ricercare la "vera e concorde volontà dei contraenti", se del caso in modo empirico, basandosi su indizi (art 18 cpv. 1 CO). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall'altro, il giudice ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (principio dell'affidamento: DTF 129 III 118 consid. 2.5 pag. 122; DTF 126 III 119 consid. 2a pag. 120; DTF 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 127 III 444 consid. 1 b; DTF 125 III 305 consid. 2b pag. 308). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari: dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (DTF 128 III 212 consid. 2b/bb pag. 215, consid. 3c pag. 221; DTF 127 III 444 consid. 1b; Christine Chappuis, Note à propos des ATF 127 III 318 et 127 III 444: l'interprétation d'un texte clair, in: SJ 2002 I pag. 155). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio "in dubio contra stipulatorem", in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 in fine LCA ne è un'espressione (DTF 115 II 264 consid. 5a pag. 269). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; DTF 118 II 342 consid. la pag. 344).

6. Quale regola generale, i summenzionati art. 9.1 CSA VARIA ed art. 14.1 CSA HOSPITAL CLASSICA disciplinano che per poter pretendere dall'assicuratore malattia il rimborso di prestazioni di aiuto domestico, occorre che vi sia una prescrizione medica in

tal senso e che l'assicurato sia inabile al lavoro al 100%. Inoltre, cumulativamente, questo aiuto domestico deve evitare all'assicurato di essere ricoverato in ospedale o in casa di cura per il fatto di non riuscire a svolgere le normali faccende di casa a causa della sua totale incapacità lavorativa. Questa opportunità, offerta dall'assicuratore convenuto, ha dunque quale scopo di ridurre i costi ospedalieri e, di riflesso, della salute.

Una limitazione a ciò è stata posta dai citati artt. 9.4 CSA e 14.4 CSA, che rifiutano la presa a carico dei costi di aiuto domestico *"per le degenze in case medicalizzate e istituti simili"*. Ed è proprio in virtù di questi disposti che Y ha rifiutato di rimborsare all'attrice la somma di Fr. 1'440.- (Fr. 720.- x 2) per l'aiuto prestatole dalla domestica nei mesi di ottobre e novembre 2005, ossia nel periodo in cui era degente alla Clinica \_\_\_\_\_

Queste norme, così come espresse, hanno dato luogo a differenti interpretazioni fra le parti, apparendo esse ambigue. Occorre pertanto procedere ad una loro interpretazione, in particolare dei già esposti artt. 9.4 CSA e 14.4 CSA.

Nella versione francese e tedesca, queste prescrizioni, di simile tenore, sono così formulate:

*"14.4 On n'accorde pas de prestations pour aide ménagère en cas de séjour dans les homes médicalisés ou des établissements analogues."*

*"14.4 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht."*

La *ratio* di questa norma è di non accordare all'assicurato malato, ricoverato in una struttura medicalizzata, un rimborso per un aiuto domestico *in sua assenza*. Siccome questo aiuto serve alla persona ammalata, impedita nella gestione della propria economia domestica, non v'è scopo di continuare a riconoscerle questo aiuto anche quando essa è degente presso una struttura di cura specializzata, poiché in alcun modo l'assicurata potrebbe beneficiare di questo aiuto.

In questo senso, d'avviso del TCA, l'interpretazione data dall'assicuratore è corretta. Il convenuto ha infatti inteso che *durante* una degenza medicalizzata, ovvero *quando, mentre l'assicurata è ospedalizzata*, la stessa *non* ha diritto al rimborso per un aiuto domestico *a casa sua, in sua assenza*.

Ne consegue che, per i mesi di ottobre e novembre 2005, mentre l'attrice era ricoverata alla Clinica \_\_\_\_\_, la stessa *non* ha diritto a rimborso in virtù degli artt. 9.4 CSA e 14.4 CSA.

7. Ad ogni buon conto, indipendentemente da quanto precede, va tuttavia osservato che la richiesta dell'attrice del 16 novembre 2005 rivolta all'assicuratore di riconoscerle un aiuto domiciliare, era chiaramente intesa per *l'intero* anno 2005, e non solo per i due mesi di ottobre e novembre 2005 per i quali ha prodotto — ad esplicita domanda del convenuto - una fattura rilasciata dal suo aiuto domestico. In effetti, gli invalidanti problemi fisici che da anni l'affliggono l'hanno costretta ad indirizzarsi verso una persona che l'aiuti settimanalmente nelle faccende domestiche.

Di conseguenza, anche tralasciando l'esposta interpretazione dell'art. 14.4 CSA HOSPITAL CLASSICA — e quindi anche dell'art. 9.4 CSA VARIA -, riguardo all'aiuto domestico a cui si è appoggiata nel 2005 quando viveva a casa propria, l'attrice ha diritto a ricevere il rimborso massimo previsto da entrambe le coperture assicurative contratte.

Il TCA ha quindi chiesto all'attrice di comprovare le spese da essa sopportate nel 2005 per l'aiuto domestico (docc. XIII e XVI). XXXX è stata in grado di produrre soltanto le fatture relative ai mesi di ottobre, novembre e dicembre 2005 (doc. XVbis), ognuna ammontante a Fr. 720.-. A questo proposito, ella ha precisato che *"non ho altre ricevute per l'anno 2005 in sospeso. Io non ho il diritto di non più che 70 Fr. al giorno per 30 giorni."*

In virtù di quanto esposto, ne discende che l'attrice può beneficiare di un rimborso di Fr. 70.- al giorno (HOSPITAL COMFORT CLASSICA) e di Fr. 6.- al giorno (VARIA) (doc. E2) soltanto nel periodo fra ottobre e dicembre 2005 durante il quale *non* era degente in clinica.

Ora, dalla documentazione agli atti emerge che dal 24 settembre al 13 novembre 2005 (doc. 13) l'attrice è stata degente presso la Clinica . Dopo il rientro a casa di un giorno, dal 15 al 25 novembre 2005 XXXX è stata nuovamente ricoverata presso il medesimo istituto. Come detto, quindi, durante questi 62 giorni (51 + 11) ella non può nulla pretendere a titolo di rimborso per l'aiuto domestico di cui ha comunque beneficiato durante la sua assenza.

Soltanto il 14 novembre 2005 ed i giorni dal 26 novembre 2005 al 31 dicembre 2005 possono dunque esserle rimborsati giusta gli artt. 9.4 CSA VARIA e 14.4 CSA HOSPITAL CLASSICA, per ottenere così un totale di giorni superiore ai 30 richiesti dalle menzionate condizioni assicurative.

Pertanto, l'assicuratore dovrà rimborsare all'attrice le somme di Fr. 2'100.- a dipendenza della copertura HOSPITAL CLASSICA COMFORT e Fr. 180.- per la copertura complementare VARIA.

Visto quanto precede, la petizione va quindi interamente accolta, senza attribuzione di ripetibili all'attrice, siccome non patrocinata.

8. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore La legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore.

A proposito della materia qui in questione (causa di diritto civile), la nuova legge prevede la via del ricorso in materia civile (art. 72 cpv. 1 LTF; cfr. anche l'art. 72 cpv. 2 LTF, che elenca quali altre decisioni soggiacciono al ricorso in materia civile). Giusta l'art. 74 cpv. 1 lett. b LTF, nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta a CHF 30'000.-.

Quando il valore litigioso non raggiunge questo importo, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Per l'art. 75 cpv. 1 LTF, il ricorso è ammissibile contro le decisioni pronunciate dalle autorità cantonali di ultima istanza e dal Tribunale amministrativo federale.

L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e). A norma dell'art. 97 cpv. 1 LTF, il ricorrente può censurare l'accertamento dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento. Possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF). Per l'art. 100 cpv. 7 LTF, il ricorso per denegata o ritardata giustizia può essere interposto in ogni tempo. Di regola, il ricorso non ha effetto sospensivo (art. 103 cpv. 1 LTF). Nei limiti delle conclusioni

presentate, il ricorso ha effetto sospensivo in materia civile se è diretto contro una sentenza costitutiva (art. 103 cpv. 2 lett. a LTF). Secondo l'art. 105 LTF, il Tribunale federale fonda la sua sentenza sui fatti accertati dall'autorità inferiore, riservato il caso in cui l'accertamento è stato fatto in modo inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95. Giusta l'art. 107 cpv. 1 LTF, il Tribunale federale non può andare oltre le conclusioni delle parti.

Va ancora rilevato che, laddove non sia ammissibile il ricorso ordinario in materia civile, è aperta la via del ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 LTF). A norma dell'art. 116 LTF, con questo ricorso può essere censurata la violazione di diritti costituzionali. A proposito del ricorso in materia costituzionale, va evidenziato come, affinché sia ammissibile, è necessario che il ricorso ordinario sia escluso, o perché il valore litigioso non è raggiunto o perché il caso figura in un catalogo di eccezioni, che la decisione impugnata emani da un'autorità cantonale di ultima istanza e che venga fatta valere una censura in ambito di diritto costituzionale (cfr., a questo proposito, BERNARD CORBOZ, Introduction à la nouvelle loi sur le Tribunal fédéral, SJ 2006, n. 8, pag. 319 segg., in particolare pag. 351 segg.).

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalla pretesa di versamento formulata dall'attrice di Fr. 2'100.-.

Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, non sono quindi dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

Il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF).

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

1. La petizione è **accolta**.

§ Di conseguenza, l'assicuratore Y verserà all'attrice la somma massima prevista dalle coperture complementari HOSPITAL CLASSICA COMFORT e VARIA quale contributo per l'aiuto domestico a cui ha fatto capo per più di trenta giorni. Eventuali versamenti già effettuati dall'assicuratore per questo medesimo scopo saranno posti in compensazione della rimanenza da esso dovuta.

2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si attribuiscono ripetibili.

3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

Contro il presente giudizio è dato ricorso al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione, come specificato nelle motivazioni.

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.

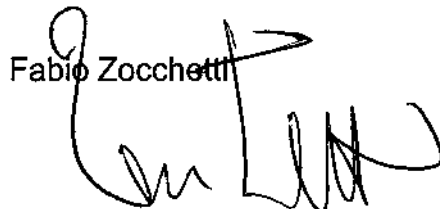
Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

**2 APR. 2007**

TRIBUNALE CANTONALE  
DELLE ASSICURAZIONI