

Incarto n.
36.2008.95

Lugano
6 novembre 2008

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 9 luglio 2008 di

XXXX, _____

contro

A **Assicurazioni SA**, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. Da tempo **XXXX**, 1918, è affiliata presso A **Assicurazioni SA** per diverse coperture complementari e, nel 2008, per la TOP assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni speciali e per la CURA assicurazione per cure di lunga durata. Per gli anni 2005 (doc. A1), 2006 (doc. A2) e 2007 (doc. A3) l'assicurata, mostrando i relativi certificati del suo medico curante (docc. B2 e 21), ha chiesto ed ottenuto, a dipendenza dell'assicurazione integrativa per cure di lunga durata, la prestazione massima di Fr. 20.- al giorno per un periodo illimitato per l'aiuto domestico ricevuto dal Servizio cure a domicilio del Luganese (_____).

B. Il 26 ottobre 2007 (doc. 6) l'assicuratore ha avvisato **XXXX** che in futuro avrebbe applicato rigorosamente quanto previsto contrattualmente e dalle Condizioni generali d'assicurazione e Condizioni supplementari d'assicurazione CURA, spiegandone i contenuti e rilevando che, nel suo caso, questi requisiti non erano dati (data l'assistenza nelle faccende domestiche, mancavano però le cure infermieristiche secondo LAMal prestate da servizi spitex o da infermieri indipendenti). Pertanto, avrebbe eccezionalmente continuato a versare le prestazioni CURA solo fino al 31 dicembre 2007.

Il rifiuto di concederle per il 2008 il contributo di Fr. 20.- al giorno è stato ribadito con lo scritto del 20 dicembre 2007 (doc. 9).

Nel 2008 l'assicurata ha trasmesso ad A Assicurazioni SA le fatture di _____ per cure infermieristiche ed aiuto domiciliare prestate da gennaio a marzo 2008 (docc. 10-13). Il 21 maggio 2008 (doc. 15) ed il 5 giugno 2008 (doc. A4) l'assicuratore non le ha riconosciuto il diritto a prestazioni per l'aiuto domestico, siccome ella faceva capo a prestazioni spitex (solo) da gennaio 2008 e quindi non era trascorso il termine d'attesa di 720 giorni.

C. Con petizione del 9 luglio 2008 (doc. I) **XXXX** si è rivolta al Tribunale cantonale delle assicurazioni evidenziando di essere affiliata ad A Assicurazioni SA da più di 50 anni, di avere subito la frattura della tibia e del perone destro nel 2002 e del femore destro nel 2004, ciò che ha comportato che si muove solo con il bastone e deve essere accompagnata per uscire e per fare la spesa. Per questo motivo, dal 2005 ha ricevuto il contributo giornaliero di Fr. 20.- della copertura CURA per quando si rivolgeva a _____, benché per le cure infermieristiche si facesse assistere privatamente assumendosene i costi. Tuttavia, per il 2008 l'assicuratore non le ha più riconosciuto questa prestazione, poiché sia non faceva capo anche a cure infermieristiche sia non era trascorso il termine d'attesa di 720 giorni. Per l'aiuto domiciliare che riceve nel 2008, l'attrice chiede dunque il riconoscimento della prestazione giornaliera di Fr. 20.-.

D. La risposta del 14 agosto 2008 (doc. III) dell'assicuratore porta sull'inadempimento delle condizioni cumulative previste dalle Condizioni supplementari d'assicurazione CURA, laddove nel 2008 l'attrice beneficia sì di prestazioni infermieristiche, ma solo da inizio anno, perciò il termine contrattuale d'attesa di 720 giorni non è rispettato per poterle riconoscere il diritto al contributo di Fr. 20.- al giorno per l'aiuto domestico nel 2008, che peraltro le è

stato indebitamente versato nel (2006 e) 2007, siccome non aveva beneficiato anche di cure infermieristiche.

L'attrice ha prodotto ulteriori mezzi di prova, sui quali l'assicuratore ha potuto prendere posizione (docc. V-XIII).

Il TCA ha compiuto un accertamento (docc. XV e XVIIbis), dando poi modo alle parti di esprimersi in proposito (docc. XVII e XIX).

considerato

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). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STF H 180/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003).

nel merito

2. La polizza assicurativa LCA del 16 novembre 2007 (doc. 1) dell'attrice sostituisce la precedente ed è valida dal 1° gennaio 2008. Essa include, oltre all'assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni speciali (TOP), l'assicurazione per cure di lunga durata (CURA).

Le Condizioni Generali d'Assicurazione (doc. 3) valgono per le assicurazioni integrative di malattia (AIM). Secondo l'art. 1 di queste CGA, i dettagli sulle varie prestazioni dei singoli prodotti assicurativi e le eventuali deroghe a queste CGA si trovano nelle Condizioni Supplementari d'Assicurazione (CSA).

Per quanto concerne la questione in esame, fa stato la copertura CURA, a cui si applicano, come indica la polizza assicurativa stessa (doc. 1), le Condizioni Generali d'Assicurazione nell'edizione 2008 e le Condizioni Supplementari d'Assicurazione del 2001, che il TCA ha richiamato dall'assicuratore (doc. XIVbis), siccome agli atti sono state prodotte le CSA del 2008 (doc. 5).

Questa assicurazione complementare offre la copertura assicurativa per le malattie croniche o per le conseguenze croniche d'infortunio fino all'ammontare della somma forfetaria giornaliera assicurata per i costi non coperti di soggiorno e vitto in caso di cura stazionaria, così come per i costi non coperti per

assistenza e aiuto domiciliare in caso di cura ambulatoriale a domicilio (art. 1 CSA).

Giusta l'art. 2 CSA, le prestazioni assicurate si basano sulla somma forfetaria giornaliera e sul termine d'attesa convenuti.

Secondo l'art. 3 CSA, una fornitura di prestazioni presuppone sia la necessità regolare di prestazioni della cura di base e di trattamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, sia la necessità di cure ai sensi dell'art. 4.

In virtù dell'art. 4 CSA, la necessità di cure sussiste quando la persona assicurata, a causa di un danno alla salute, deve ricorrere più volte a settimana all'aiuto di terzi per attività della vita quotidiana, ad esempio l'assunzione di cibo, l'igiene del corpo o la mobilità, e inoltre necessita di sostegno per le faccende di casa.

Per l'art. 5 CSA, le prestazioni vengono corrisposte per i costi non coperti di soggiorno e vitto in caso di cura stazionaria, così come per costi comprovati non coperti per assistenza e aiuto domiciliare in caso di cura ambulatoriale a casa fino all'ammontare della somma forfetaria giornaliera come complemento alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

L'art. 7 CSA, relativo alla cura ambulatoriale, si suddivide in assistenza (medica) a domicilio (art. 7.1) ed in aiuto domiciliare (art. 7.2). Esiste un diritto a prestazioni se sono soddisfatte le condizioni di prestazioni ai sensi dell'art. 3, se il trattamento è necessario dal profilo medico e se la cura ambulatoriale a casa avviene tramite un'organizzazione di cura medico-sanitaria e assistenza a domicilio riconosciuta ai sensi della LAMal o tramite infermiere oppure infermieri o tramite servizi d'assistenza.

Per quanto concerne l'*assistenza a domicilio* (art. 7.1), se è necessario l'intervento di un'infermiera o di un infermiere professionista a pagamento, le somme forfetarie giornaliere vengono corrisposte nell'ambito delle prestazioni assicurate. È riconosciuta persona che assiste gli ammalati a domicilio anche chi presta le cure necessarie quotidianamente alla persona assicurata e pertanto subisce in modo documentabile una perdita di guadagno nella sua attività professionale.

Per soggiorno in case di cura e in istituzioni simili sono escluse le prestazioni per assistenza a domicilio.

In merito all'*aiuto domiciliare* (art. 7.2), se è necessario l'intervento di un aiuto domiciliare a pagamento, le somme forfetarie giornaliere vengono corrisposte nell'ambito delle prestazioni assicurate. È considerata persona autorizzata a

prestare aiuto domiciliare chi, per professione propria o per un'organizzazione, si occupa dell'economia domestica per conto dell'assicurato.

È riconosciuta quale persona autorizzata a prestare aiuto domiciliare chi si occupa dell'economia domestica per conto di una persona assicurata ammalata e pertanto subisce in modo documentabile una perdita di guadagno nella sua vita professionale.

Per soggiorno in case di cura e in istituzioni simili sono escluse le prestazioni per aiuto domiciliare.

In caso di assistenza a domicilio e aiuto domiciliare prescritti contemporaneamente, viene corrisposta al massimo la somma forfetaria giornaliera assicurata (art. 7.3).

In virtù dell'art. 8 CSA, l'obbligo a prestazioni inizia alla fine del termine d'attesa concordato, a partire dal quale vengono dimostrate le condizioni per la corresponsione di prestazioni ai sensi dell'art. 3.

Per l'inizio del termine d'attesa è determinante la prescrizione medica.

Nel caso di corresponsione delle prestazioni, il termine d'attesa viene calcolato per ogni caso. In caso di ricadute entro 12 mesi cade il termine d'attesa.

In merito alla loro durata (art. 9 CSA), le prestazioni assicurate vengono corrisposte per un periodo indeterminato se esiste un'indicazione medica durevole. La persona assicurata deve inoltrare un certificato medico ogni 6 mesi.

La polizza dell'attrice contempla un termine d'attesa di 720 giorni ed un contributo giornaliero (prestazione) di Fr. 20.-.

Per sapere se l'assicuratore debba riconoscere all'attrice il rimborso del costo dell'aiuto domiciliare a cui ha fatto capo anche nel 2008, occorre interpretare le norme esposte.

3. 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. 1a 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 constatata 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. 1b; 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. 1a pag. 344).

4. Questo Tribunale osserva innanzitutto che l'art. 3 CSA CURA esige l'adempimento di due condizioni cumulative: per potere beneficiare delle prestazioni previste da questa copertura complementare, l'assicurato deve necessitare da un lato in modo regolare di prestazioni della cura di base e di trattamento previsti dalla LAMal e d'altro lato più volte alla settimana dell'aiuto di terzi

per attività della vita quotidiana come mangiare, lavarsi, muoversi e per le faccende di casa.

Esiste poi un diritto a prestazioni per le cure ambulatoriali se le citate condizioni sono realizzate, se il trattamento è necessario dal profilo medico e se la cura ambulatoriale a casa avviene tramite un'organizzazione di cura medico-sanitaria e assistenza a domicilio riconosciuta dalla LAMal (art. 7 CSA CURA).

Il summenzionato art. 8 CSA CURA disciplina l'inizio del diritto alle prestazioni, stabilendo che per poter pretendere dall'assicuratore malattia il rimborso di prestazioni di aiuto domiciliare, occorre che vi sia una prescrizione medica in tal senso, la quale fissa l'inizio della decorrenza del termine d'attesa convenuto dall'assicurato. Giunto a scadenza questo termine (in specie: di 720 giorni), sorge l'obbligo a prestazioni da parte dell'assicuratore, ma a condizione che a partire da questo termine siano dimostrate le condizioni per la corresponsione di prestazioni di cui al citato art. 3 CSA.

Nella versione francese, l'art. 8 CSA CURA ha il seguente tenore:

"L'obligation de verser des prestations débute après l'écoulement du délai d'attente convenu, pendant lequel ont été réunies les conditions donnant droit aux prestations, conformément au cfr. 3."

Nella versione tedesca di queste CSA,

"Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, von der an die Leistungsvoraussetzungen gemäss Ziff. 3 nachgewiesen sind."

Non basta, quindi, la semplice indicazione medica di dovere beneficiare di una cura ambulatoriale – sia essa assistenza (medica) a domicilio oppure aiuto domiciliare – per potere avere diritto al contributo forfetario convenuto (in concreto: Fr. 20.- al giorno). Occorre ancora da un lato che sia trascorso il periodo d'attesa, d'altro lato che sin dall'inizio della decorrenza di questo termine sia comprovato l'adempimento delle condizioni previste dall'art. 3 CSA, che rinvia a sua volta all'art. 4 CSA.

La *ratio* di questa norma, che non limita nel tempo il diritto a ricevere le prestazioni assicurate se esiste un'indicazione medica durevole (art. 9 CSA CURA), sottintende che per potere ricevere il contributo giornaliero fissato contrattualmente, *sin dall'inizio* della prescrizione medica e quindi della decorrenza del termine d'attesa l'assicurato deve presentare delle condizioni di salute tali da necessitare di cure infermieristiche e dell'aiuto di

terze persone per mangiare, lavarsi, muoversi e per riordinare la casa.

Non si intende, però, a differenza di quanto esplicitato dalle nuove CSA CURA in vigore dal 1° gennaio 2008 (doc. 5), che la prestazione di cura prescritta dal medico, che fa decorrere il noto termine d'attesa, sia anche "*effettivamente dispensata*" durante questo lasso di tempo (art. 8 CSA CURA 2008).

Questa importante differenza di contenuto dell'art. 8 CSA fa sì che per valutare nel caso concreto il diritto dell'attrice di beneficiare di prestazioni derivanti da questa copertura assicurativa ci si debba fondare sulle CSA CURA del 2001, che fanno stato nella fattispecie. Quindi, occorre verificare, d'avviso di questo Tribunale, se, *nel momento per il quale l'assicurato chiede l'intervento dell'assicuratore*, siano realizzate le condizioni previste dall'art. 3 CSA e non anche se le prestazioni di cura prescritte dal medico siano state effettivamente beneficate *durante il periodo d'attesa* come esatto dalle nuove CSA CURA del 2008.

5. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, il TCA ha chiesto all'attrice di produrre l'attestazione medica secondo cui ella necessita sin dal 2005 - o da un periodo successivo - di prestazioni di cura di base e di trattamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (doc. XV).

La questione, poi, se l'attrice ne abbia effettivamente usufruito durante il termine d'attesa, come visto, non deve essere esaminata. Ciò che conta, infatti, è unicamente sapere se *durante il periodo*, posteriore al termine d'attesa, *per il quale ella chiede il riconoscimento del contributo di Fr. 20.- al giorno*, tutte le condizioni previste dall'art. 3 e dall'art. 7 CSA CURA del 2001 siano adempiute. Non importa, quindi, se durante il periodo d'attesa dette premesse non si siano realizzate.

Questo Tribunale evidenzia innanzitutto che il certificato rilasciato il 16 ottobre 2008 (doc. XVIIbis) dal dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, su invito del TCA, attesta che nel 2005, nel 2006 e nel 2007 l'attrice ha avuto bisogno di regolari cure di base e di trattamenti previsti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. In particolare, ella necessitava dell'aiuto infermieristico previsto dall'art. 7 OPre, come pure di un aiuto per le faccende di casa ed economia domestica in genere.

Ciò stante, dovendo porsi nel 2008 proprio per verificare il diritto dell'attrice a prestazioni di cura ambulatoriale (anche) nel 2008,

la condizione della scadenza del termine d'attesa di due anni è adempiuta, essendo infatti decorsi, dalla prescrizione medica del 2005, i 720 giorni previsti contrattualmente (art. 8 CSA CURA 2001).

Siccome l'obbligo a prestazioni inizia alla fine di questo termine d'attesa, occorre ora esaminare se sono soddisfatte, *nel 2008*, le premesse contemplate dall'art. 7 CSA in connessione con l'art. 3 CSA, per potere pretendere il riconoscimento del forfait pattuito. Il questionario sull'aiuto domiciliare del 2 aprile 2007 (doc. B2), compilato dal medico curante dell'attrice, attesta la necessità di un aiuto domiciliare *ad interim* a causa della grave spondilartrosi e dell'esito della frattura del femore destro avvenuto nel 2004 e del ginocchio destro nel 2002. Questi impedimenti ostacolano l'assicurata, che vive da sola, nel disbrigo dei lavori domestici, per fare il bucato, cucinare, fare la spesa, eseguire lavori fisici pesanti, per fare le pulizie, per fare il bagno e curare il proprio corpo, poiché la rendono inabile all'80% a causa dei dolori e della limitazione della mobilità. Il medico ha quindi fatto richiesta per un aiuto domiciliare di due ore due volte alla settimana, in cui la cura ambulatoriale a casa, ossia tanto l'assistenza medica a domicilio quanto l'aiuto domiciliare nel senso di aiuto per l'economia domestica, avviene da parte di _____, ossia un'organizzazione di cura medico-sanitaria e di assistenza a domicilio riconosciuta.

Inoltre, nel recente certificato del 16 ottobre 2008, il dr. med. _____ ha attestato che **XXXX** ha bisogno di regolari prestazioni di cura di base e di trattamenti infermieristici ex art. 7 OPre. Poi, l'aiuto domiciliare richiesto per le attività quotidiane e per le faccende di casa è necessario dal profilo medico viste l'età dell'attrice e le sue precarie condizioni di salute.

Stanti così le cose, tutte le condizioni contrattuali contemplate dall'art. 7 CSA CURA sono date affinché dal 1° gennaio 2008 e per un periodo di tempo indeterminato, fermo restando l'esistenza di un'indicazione medica durevole che deve essere accertata mediante certificato medico ogni sei mesi (art. 9 CSA CURA), l'attrice abbia diritto al riconoscimento della somma forfetaria di Fr. 20.- al giorno pattuita in caso di cure di lunga durata.

Infine, siccome il medico curante ha prescritto contemporaneamente tanto l'assistenza medica quanto l'aiuto domiciliare, in virtù dell'art. 7.3 CSA l'attrice potrà beneficiare soltanto una sola volta dell'importo forfetario giornaliero

assicurato e non pretendere l'ammontare di Fr. 20.- per ognuna delle due cure ricevute.

La petizione va pertanto accolta, nel senso che l'assicuratore deve riconoscere all'attrice, nei limiti prescritti dall'art. 9 CSA CURA, l'indennità giornaliera di Fr. 20.- ogni qualvolta ella fa(rà) capo a cure ambulatoriali ex art. 7 CSA CURA.

All'attrice, malgrado vincente in causa, siccome non patrocinata non vanno concesse indennità per ripetibili.

6. Nella commisurazione del valore di causa, esso è rappresentato dalla pretesa di versamento di Fr. 20.- per ogni giorno in cui l'attrice usufruisce nel 2008 delle cure ambulatoriali sotto forma di assistenza medica a domicilio e di aiuto domiciliare.

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

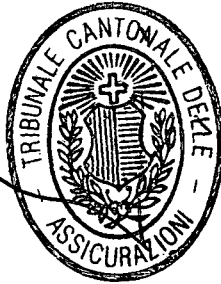
dichiara e pronuncia

1. La petizione è **accolta**.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.
Contro la presente sentenza è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF). 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.
Nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile se il valore litigioso ammonta a Fr. 15'000.- nelle vertenze in materia di diritto del lavoro e di locazione ed a Fr. 30'000.- negli altri casi.

Per valori inferiori il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale o se una legge federale prescrive un'istanza cantonale unica (art. 74 cpv. 2 LTF). Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile è dato, entro lo stesso termine, ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 e 117 LTF).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti

INTIMAZIONE

- 7 NOV. 2008

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI