

Incarto n.
36.2009.124

Lugano
10 settembre 2009

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: Fazio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 15 giugno 2009 di

XXX

contro

Helsana Assicurazioni SA, 6500 Bellinzona

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. **XXX**, nata nel 1918, nel 2008 era affiliata presso Helsana Assicurazioni SA per diverse coperture complementari quali la TOP assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni speciali e la CURA assicurazione per cure di lunga durata (doc. 1).
- B. Rifacendosi alla sentenza emanata da questo stesso Tribunale il 6 novembre 2008 (36.2008.95) e cresciuta incontestata in giudicato, il 21 gennaio 2009 (doc. 6) l'assicurata ha chiesto all'assicuratore malattia di versarle quanto dovuto per l'assistenza medica a domicilio e l'aiuto domiciliare nel senso di aiuto per l'economia domestica, prestatole nel 2008 da un'organizzazione di cura medico-sanitaria e di assistenza a domicilio riconosciuta.

Dopo avergli trasmesso 12 fatture emesse da _____ per le prestazioni avvenute nel 2008 (doc. 6), con scritti del 26 (doc. 20) e 29 marzo 2009 (doc. 21) l'interessata ha avvertito l'assicuratore di avere ricevuto l'importo di Fr. 1'000.-, ma che lo considerava solo come un anticipo sul totale che le spettava.

Il 6 aprile 2009 (doc. 23) ed il 7 maggio 2009 (doc. 25) l'assicuratore ha fatto presente all'assicurata di averle rimborsato la somma giornaliera assicurata per tutte le giornate in cui lei ha usufruito delle effettive prestazioni di aiuto domestico in conformità delle fatture presentate (Fr. 20.- al giorno x 50 giorni).

C. Il 5 giugno 2009 (doc. I) l'assicurata si è rivolta al TCA postulando che le "*siano finalmente versate quelle indennità che mi sono state riconosciute anche per le prestazioni a domicilio delle cure igieniche sanitarie.*". L'attrice rimprovera al suo assicuratore malattia di averle riconosciuto soltanto il forfait che le spetta per le prestazioni di aiuto domiciliare, mentre neppure un accenno è stato fatto alle prestazioni per le cure infermieristiche riconosciute anch'esse dalla copertura complementare CURA. Ella postula quindi il versamento delle prestazioni dovute per 85 giorni di trattamento igienico sanitario, pari a Fr. 1'700.-, mentre le 50 sedute (Fr. 1'000.-) per l'aiuto domestico le sono già state rimborsate.

D. Nella risposta del 19 giugno 2009 (doc. III) l'assicuratore malattia ha chiesto di respingere le pretese di parte attrice. Dall'esame delle fatture allestite da _____, l'assicuratore ha evinto che questa organizzazione di aiuto domiciliare si è presentata 85 volte dall'assicurata durante il 2008, ma che "solo" 50 interventi sono stati qualificati dal servizio domiciliare stesso come "economia domestica" e che quindi sono riconosciuti dagli artt. 3 e 4 CSA CURA. Le restanti 35 giornate in cui _____ è intervenuto per "prestazioni a carico delle casse malati" sono state invece assunte dalla Cassa malati dell'attrice in virtù della LAMal.

Il 28 giugno 2009 (doc. V) **XXX** ha ribadito che l'assicuratore deve essere condannato a pagare tutte le 134 sedute per assistenza medica e aiuto domiciliare che, a Fr. 20.- ciascuna in virtù della sua copertura complementare CURA, dà un importo di Fr. 2'680.-, a cui vanno dedotti i Fr. 1'000.- già versati. L'attrice ha prodotto un dettagliato conteggio delle prestazioni di cui ha beneficiato nel 2008, elencando i relativi costi a suo carico per l'economia domestica e l'assistenza sanitaria.

Tanto l'assicuratore (doc. VII) quanto l'attrice (doc. IX) si sono infine riconfermati nelle proprie posizioni.

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).

Questa fattispecie fa seguito alla STCA del 6 novembre 2008 (36.2008.95), cresciuta in giudicato, con cui il Tribunale si è pronunciato sul principio stesso del diritto dell'attrice per il 2008 a prestazioni pecuniarie per le cure ambulatoriali, e meglio per l'assistenza medica a domicilio e l'aiuto domiciliare.

nel merito

2. Nella precedente sentenza 6 novembre 2008, questo TCA ha analizzato le Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) della copertura complementare CURA assicurazione per cure di lunga durata che, anche per il caso in esame, come prevede la polizza assicurativa LCA del 16 novembre 2007, valida dal 1° gennaio 2008 (doc. 1), sono quelle previste nell'edizione del 1° gennaio 2001 (doc. 5).

Il Tribunale, dopo avere interpretato ed analizzato le CSA della copertura CURA, ha concluso che dal 2005 era data la necessità, attestata dal medico curante dell'attrice, che la stessa facesse capo a cure ambulatoriali. Inoltre, conformemente all'art. 8 CSA CURA, ponendosi nell'anno per il quale l'attrice chiedeva le prestazioni, il 2008, dal 2005 erano quindi trascorsi i 720 giorni d'attesa previsti contrattualmente. Infine, erano pure adempiute le condizioni di cui agli artt. 3 e 4 CSA CURA.

Pertanto, il TCA ha disposto che dal 1° gennaio 2008 l'attrice ha diritto di beneficiare del rimborso dei costi per la cura ambulatoriale di cui all'art. 7 CSA CURA (quindi dell'assistenza medica a domicilio e dell'aiuto domiciliare nel senso di aiuto per

l'economia domestica), e ciò fino al raggiungimento dell'indennità forfetaria giornaliera di Fr. 20.- (art. 5 CSA CURA) pattuita con l'assicuratore malattia per l'anno 2008.

Più precisamente, al considerando 5 della sentenza del 6 novembre 2008 il TCA ha deciso che:

"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."

Tuttavia, il Tribunale ha anche stabilito quanto segue:

"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."

In conclusione, quindi, la petizione è stata

"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."

3. Il contenuto della sentenza 36.2008.95 è chiaro: a dipendenza dei suoi problemi di salute, come ha certificato il medico curante, in virtù della copertura complementare CURA l'attrice ha diritto per l'anno 2008 al riconoscimento di una somma forfetaria per fare fronte al costo delle cure di lunga durata. Questo importo, stipulato in Fr. 20.- al giorno quale diritto massimo (art. 5 CSA CURA), le deve essere riconosciuto *ogni qual volta ella beneficia di cure ambulatoriali*.

Vero è che l'art. 7.3 CSA CURA prevede che in caso di assistenza a domicilio e aiuto domiciliare *prescritti contemporaneamente*, viene corrisposta al massimo la somma forfetaria giornaliera assicurata.

Ora, nel caso in esame, come il TCA ha avuto modo di accertare nella precedente sentenza (cfr. consid. 5), il dr. med. _____ ha attestato 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.

In effetti, dunque, tanto l'aiuto medico quanto l'aiuto per l'economia domestica sono stati *prescritti contemporaneamente*. Ciò non significa però ancora che solo uno dei due debba essere riconosciuto all'attrice giusta l'art. 7.3 CSA CURA.

A mente di questo Tribunale, infatti, il principio del divieto di sommare il forfait concordato contrattualmente fra le parti qualora si realizzi tanto la necessità di fare capo ad una persona autorizzata per l'assistenza medica domiciliare quanto per occuparsi dell'economia domestica, va interpretato nel senso che esso vale unicamente se queste cure ambulatoriali sono prestate *lo stesso giorno*.

In tal caso, ed in questo soltanto, l'assicurato avrà diritto una sola volta al forfait d'indennità giornaliera pattuito. È quindi esclusa la somma del forfait per ognuno degli eventi realizzatisi lo stesso giorno.

Ammettere, per contro, che quando un medico prescrive *contemporaneamente* entrambe le cure ambulatoriali, queste prestazioni vadano rimborsate all'interessato in maniera alternativa (o si riconoscono le cure assistenziali oppure l'aiuto domestico), significherebbe snaturare il senso e lo scopo dell'assicurazione complementare CURA che, va ribadito, offre la copertura per malattie croniche che comportano anche costi non coperti per assistenza ed aiuto domiciliare in caso di cura ambulatoriale a domicilio (art. 1 CSA CURA).

Accordare, quindi, un solo forfait *anche* nell'ipotesi in cui l'assicurato necessiti di entrambe queste cure, separatamente, contraddirebbe manifestamente la portata di quest'ultima norma, che invece intende alleviare finanziariamente l'interessato purtroppo costretto a rivolgersi a persone specializzate per le cure ambulatoriali di cui abbisogna.

In altri termini, la penalizzazione a cui verrebbe sottoposto il beneficiario delle cure sarebbe troppo grande e sicuramente non voluta dallo scopo della copertura complementare stessa.

Di conseguenza, va ribadito che la contemporaneità della prescrizione dell'assistenza medica a domicilio e dell'aiuto domestico domiciliare dà luogo alle conseguenze di cui all'art. 7.3 CSA CURA soltanto quando queste prestazioni vengono

svolte *lo stesso giorno*; in un certo senso, quindi, *in contemporanea*.

Se, invece, le cure sono prestate in giorni distinti, allora *per ogni evento* l'interessato ha diritto al loro riconoscimento fino al raggiungimento del forfait concordato.

4. Riportando dunque queste considerazioni alla fattispecie, occorre analizzare le fatture allestite da _____.
- Per i giorni durante i quali l'organizzazione di cura medico-sanitaria e di assistenza a domicilio riconosciuta dalla LAMal ha prestato *entrambe* le prestazioni all'attrice, ossia l'assistenza medica rispettivamente l'aiuto domestico, il forfait di Fr. 20.- potrà essere riconosciuto una sola volta in conformità dell'art. 7.3 CSA CURA.

Per il mese di *gennaio 2008*, _____ è intervenuta presso l'attrice 7 giorni per l'aiuto per l'economia domestica ed 8 giorni per prestare l'assistenza medica. Tuttavia, l'11, il 14 ed il 21 gennaio le prestazioni fornite dalla predetta organizzazione si sono accavallate, nel senso che in quelle occasioni l'attrice ha beneficiato *lo stesso giorno* sia delle cure mediche sia dell'aiuto per l'economia domestica (doc. 7).

In virtù di quanto esposto al considerando precedente, per questi due giorni il forfait di Fr. 20.- va pertanto conteggiato una volta soltanto.

Per tutti gli altri giorni nei quali una persona autorizzata è intervenuta presso l'attrice, va invece calcolato il forfait di Fr. 20.-. Complessivamente, dunque, per gennaio 2008 l'attrice ha diritto a 12 volte l'indennità giornaliera piena di Fr. 20.-, per complessivi Fr. 240.-.

Riguardo agli interventi a *febbraio 2008*, la relativa fattura (doc. 8) ne annovera 13, tutti avvenuti in giorni distinti. Per ognuno di essi vanno così conteggiati Fr. 20.-, per un totale di Fr. 260.-.

Anche nel *marzo 2008* (doc. 9), gli interventi complessivi dal profilo infermieristico e da quello dell'economia domestica non si sono sovrapposti l'uno all'altro e sono stati in totale 10. All'attrice spettano dunque Fr. 200.- (Fr. 20.- x 10 giorni) quale rimborso.

Nel mese di *aprile 2008* (doc. 10), _____ è intervenuto 12 volte per aiutare indistintamente l'attrice, che ha così diritto a Fr. 240.-.

Anche a *maggio 2008* (doc. 11) le cure ambulatoriali di cui parte attrice ha usufruito sono state prestate in giorni distinti per un totale di 9. Il rimborso ammonta dunque a Fr. 180.- (Fr. 20.- x 9).

Nel *giugno 2008* (doc. 12), invece, il 12, l'assicurata ha beneficiato sia di cure di base infermieristiche sia dell'aiuto per l'economia domestica. Per questo giorno va conteggiato dunque un solo forfait di Fr. 20.-. A ciò vanno poi ad aggiungersi gli altri 12 giorni, per complessivi Fr. 260.- (Fr. 20.- x 13 giorni).

Anche per il mese di *luglio 2008* (doc. 13) vi sono state alcune sovrapposizioni di prestazioni. Infatti, il 3 ed il 31 il servizio cure a domicilio è intervenuto sia per le cure di base sia per l'economia domestica. I 14 interventi vanno dunque ridotti a 12 e quindi il rimborso a cui l'attrice ha diritto ammonta a Fr. 240.-.

In *agosto 2008* (doc. 14) vi sono stati 12 distinti interventi, ciò che comporta il riconoscimento di Fr. 240.- (Fr. 20.- x 12 giorni).

Lo stesso vale per *settembre 2008* (doc. 15), dove _____ è però intervenuto 11 volte. Fr. 20.- x 11 giorni dà Fr. 220.-.

Fatto salvo il giorno 3, nel mese di *ottobre 2008* (doc. 16) le cure sanitarie e l'aiuto per l'economia domestica sono stati prestati all'attrice singolarmente durante 12 giorni. Pertanto, il forfait va riconosciuto nella misura di Fr. 260.- (Fr. 20.- x 13 giorni).

Dalla tabella relativa a *novembre 2008* (doc. 17), risulta che gli interventi totali sono stati 12, ma due sono stati svolti il medesimo giorno. Di conseguenza, il diritto dell'attrice al rimborso ammonta a Fr. 220.- (Fr. 20.- x 11 giorni).

Infine, nel mese di *dicembre 2008* (doc. 18) il servizio cure a domicilio ha aiutato l'attrice in 9 distinte occasioni, così che va riconosciuto il forfait per ognuno di questi giorni, pari a Fr. 180.-.

Tutto ben considerato, su 144 volte in cui _____ è intervenuto per aiutare l'attrice prestandole cure ambulatoriali, siano esse di tipo sanitario o di tipo domestico, va dunque ammesso che (solo) 137 possono essere riconosciute in virtù della copertura complementare CURA. Infatti, i restanti 7 interventi le sono stati prestati in contemporanea con altri, ovvero lo stesso giorno, e quindi non possono essere qui ritenuti (art. 7.3 CSA CURA). Sommando dunque tutti i forfait riconosciuti all'attrice per l'anno 2008, ella avrebbe diritto al rimborso di Fr. 2'740.-.

5. Tuttavia, il TCA osserva l'art. 1 CSA CURA prevede espressamente che questa copertura riconosce il pagamento fino all'ammontare della somma forfetaria giornaliera assicurata soltanto – per ciò che qui concerne l'attrice - *per i costi non coperti* per assistenza e aiuto domiciliare in caso di cura ambulatoriale a domicilio.

Ciò significa che la circostanza che le cure di base infermieristiche prestate da _____ siano già state riconosciute dalla Cassa malati dell'attrice in virtù della LAMal (art. 7 OPre), comporta che queste prestazioni *non* possono più essere prese a carico dall'assicurazione complementare CURA.

Le CSA non permettono infatti un intervento laddove i costi per i quali si chiede il rimborso sono già stati assunti *totalmente* da un altro o dal medesimo assicuratore in virtù di un'altra copertura, sia essa di base o complementare.

Ora, come ben si può rilevare dalle fatture presenti agli atti, *tutte* le prestazioni assistenziali di carattere infermieristico offerte dal servizio di cure domiciliari sono state fatturate direttamente all'assicurazione malattia di base secondo LAMal dell'attrice. La Cassa malati le ha debitamente prese a carico, *per intero*, come peraltro affermato dall'assicuratore convenuto (doc. III punto 7).

Di conseguenza, non v'è più spazio per l'assicurazione complementare CURA di assumersi degli eventuali costi rimanenti.

In questi termini, non è possibile concedere all'interessata il forfait di Fr. 20.- per gli interventi di assistenza medica a domicilio.

Diverso è il discorso per i costi derivanti dall'aiuto domestico. In effetti, essi sono stati interamente fatturati all'attrice, non essendo riconosciuti dalla LAMal.

È dunque solo per questo tipo di cura ambulatoriale che l'attrice può pretendere il riconoscimento di un rimborso fino al raggiungimento del forfait di Fr. 20.- in virtù della copertura CURA.

Riguardo al fatto che l'attrice ha dovuto comunque fare fronte al pagamento delle partecipazioni ai costi per le cure di carattere medico dispensate a domicilio sebbene esse siano state integralmente assunte dalla sua Cassa malati di base (doc. A4), occorre ricordare che, giusta l'art. 64 cpv. 8 LAMal, le partecipazioni ai costi non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto di assicurazione privato.

In questo senso, il forfait di Fr. 20.- non può essere concesso allo scopo di sovvenire alle partecipazioni ai costi pagati dall'assicurata per le cure d'assistenza medica a domicilio.

6. Stante quanto precede, l'attrice ha unicamente diritto al riconoscimento del forfait pattuito di Fr. 20.- per ognuna delle 50 volte che il servizio di cure domiciliari le ha prestato un aiuto domestico durante l'anno 2008.

Sono dunque escluse dal rimborso le cure assistenziali mediche. Ritenuto che l'assicuratore ha già riconosciuto e versato all'attrice la somma di Fr. 1'000.-, il convenuto non le deve più nulla.

La petizione deve dunque essere respinta.

7. Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri trasmettono gratuitamente alla FINMA una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione.

S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza la presente sentenza in forma elettronica senza i nominativi delle parti.

Per questi motivi

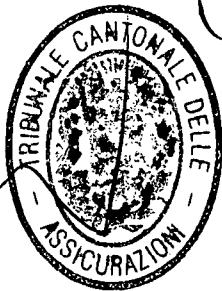
dichiara e pronuncia

1. La petizione è **respinta**.
2. Non si percepiscono né tasse né spese e nemmeno si attribuiscono ripetibili.
3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna.
4. 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