

## **TI\_GERICHTE 33.2011.11 vom 17. Juli 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-07-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_33.2011.11](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2011.11)

FR: TI\_GERICHTE 33.2011.11 du 17 juillet 2012

IT: TI\_GERICHTE 33.2011.11 del 17 luglio 2012

### **Regeste**

Rimborso spese di aiuto domiciliare: costi non coperti interamente da LAMal.Cura, aiuto, assistenza. Prestazioni fornite da organizzazioni (private) riconosciute Spitex sono rimborsate illimitatamente, mentre se da organizzazioni non riconosciute: 4800/anno. Assistente sociale quantifica le ore necessarie

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

orfani di padre e di madre Fr. 10'000.- b. per le persone che vivono in un istituto o in un ospedale Fr. 6'000.- Per le persone che vivono a casa e hanno diritto a un assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'assicurazione contro gli infortuni, l'importo minimo secondo il capoverso 3 lettera a numero 1 è aumentato a Fr. 90'000.- in caso di grande invalidità di grado elevato, per quanto le spese per le cure e l'assistenza non siano coperte dall'assegno per grandi invalidi. Il Consiglio federale disciplina l'aumento corrispondente per le persone con una grande invalidità di grado medio e quello dell'importo per coniugi (art. 14 cpv. 4 LPC). L'importo è aumentato secondo il capoverso 4 anche in caso di riscossione di un assegno per grandi invalidi dell'AVS se l'assicurato percepiva in precedenza un assegno per grandi invalidi dell'AI (art. 14 cpv. 5 LPC). L'art. 14 cpv. 6 LPC prevede che le persone che in seguito a un'eccedenza dei redditi non hanno diritto a una prestazione complementare annua hanno diritto al rimborso delle spese di malattia e d'invalidità che superano l'eccedenza dei redditi. I Cantoni possono rimborsare direttamente ai fornitori i costi fatturati non ancora pagati (art. 14 cpv. 7 LPC). Riguardo alle spese di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio qui in esame, la Legge di applicazione della LPC del 23 ottobre 2007 (LALPC), in vigore dal 1° gennaio 2008, prevede all'art. 18 cpv. 1 che le spese di aiuto, cura e assistenza rese necessarie dalla vecchiaia, dall'invalidità, da un infortunio o da malattia e prestate da servizi pubblici di utilità pubblica sono rimborsate. A norma dell'art. 18 cpv. 2 LALPC, nel caso di una tariffa scalare secondo il reddito o la sostanza, si tiene conto solo della tariffa più bassa. Le spese di cura e assistenza insorte in un istituto diurno, in un ospedale giornaliero o in un ambulatorio, pubblici o di utilità pubblica, sono anch'esse rimborsate (art. 18 cpv. 3 LALPC). Secondo l'art. 18 cpv. 4 LALPC, le spese di cura prestate da istituti privati sono rimborsate in quanto corrispondono a quelle insorte in istituti pubblici o di utilità pubblica. Per l'art. 18 cpv. 5 LALPC, le spese debitamente comprovate di aiuto e assistenza necessari nell'economia domestica sono rimborsate fino a Fr. 4'800.- al massimo per anno civile se tali prestazioni sono fornite da una persona che: a) non vive nella stessa economia domestica o b) non lavora per un'organizzazione Spitex riconosciuta. In caso di rimborso ai sensi del capoverso 5, le spese prese in considerazione sono limitate a un massimo di Fr. 25.- all'ora (art. 18 cpv. 6 LALPC). 2.3. Con la Legge federale che emana e modifica atti legislativi per la nuova impostazione della perequazione finanziaria e

della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC), del 6 ottobre 2006 ed in vigore dal 1° gennaio 2008, la Legge sulle prestazioni complementari all'AVS/AI è stata interamente rivista. Questa riforma ha richiesto una revisione completa della legge d'applicazione cantonale, che da legge sui sussidi ha assunto le connotazioni di una legge sulle prestazioni (cfr. Messaggio del 2 maggio 2007 n. 5924 del Consiglio di Stato, capitolo 8). Al capitolo "8.1.5 Spese di malattia e di invalidità (art. 14-16 della legge federale)", il Consiglio di Stato si è così pronunciato: " Con la NPC le spese di malattia e di invalidità sono esclusivamente a carico dei Cantoni, ai quali spetta, in linea di principio, di determinare quali siano le spese rimborsabili, purché ciò non comporti però un peggioramento della situazione attuale per gli assicurati. Allo scopo di garantire una prassi uniforme a livello nazionale, la LPC definisce per quali prestazioni i Cantoni possono prevedere un rimborso delle spese e ne fissa i termini di richiesta. La soluzione proposta tiene conto della sovranità dei Cantoni in questo settore, senza provocare un peggioramento della situazione delle persone assicurate. La competenza di stabilire l'importo massimo del rimborso annuo delle spese di malattia e d'invalidità, il quale non dovrà essere inferiore agli importi massimi attuali, è conferita ai Cantoni.". Riguardo ai contenuti della nuova legge di applicazione della LPC, al capitolo 8.2 del citato Messaggio n. 5924 il Consiglio di Stato ha osservato: " Il nuovo assetto della legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS e all'AI rende necessario un adeguamento della relativa legge cantonale di applicazione. Considerato che con la NPC si propone l'introduzione di una nuova LPC, il Consiglio di Stato propone l'abrogazione dell'attuale legge cantonale, sostituendola con una nuova normativa, che consideri le innovazioni proposte con la NPC in materia di prestazioni complementari. La modifica più sostanziale riguarda l'introduzione di un nuovo capitolo relativo al rimborso delle spese (art. da 5 a 25): per il resto, sono da segnalare solo leggeri modifiche rispetto alla Legge d'applicazione attuale.". L'Esecutivo cantonale si è pronunciato più specificatamente sulle spese di malattia e di invalidità (art. 34 LPC) al capitolo 8.2.4: " Con la NPC, le spese di malattia e di invalidità sono esclusivamente a carico dei Cantoni, ai quali spetta di determinare quali siano le spese rimborsabili, nei limiti dell'art. 14 della legge federale. Il contenuto dell'Ordinanza federale sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari (OMPC) viene quindi ripreso nella legislazione cantonale sulle prestazioni complementari (legge di applicazione e regolamento), ritenuto che il nostro Cantone limita il rimborso alle spese necessarie nell'ambito di una fornitura di prestazioni economica ed appropriata (art. 14 cpv. 2 della legge federale). Gli importi massimi dei rimborsi corrispondono a quelli previsti dall'art. 14 cpv. 3-6 della legge federale. Con la nuova legge cantonale di applicazione viene conferita una delega al Consiglio di Stato di determinare a quali attori (fornitori di prestazioni o assicuratori) possono essere direttamente rimborsati i costi fatturati e non ancora pagati (art. 14 cpv. 7 della nuova legge federale)". Il tenore dell'attuale art. 18 LALPC è identico all'art. 13 OMPC, ad eccezione dell'art. 13 cpv. 5 OMPC (dal 2004 art. 13b OMPC) che è stato poi ripreso nell'art. 20 LALPC. L'OMPC (Ordinanza sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari, RS 831.301.1) è stata abrogata con l'entrata in vigore della nLPC il 1° gennaio 2008, dato che la competenza per legiferare in materia di rimborsi di spese di malattia e d'invalidità - entro il termine di 3 anni previsto dall'art. 34 LPC - è stata trasferita ai Cantoni e quindi, per il nostro Cantone, la materia è stata tempestivamente regolata dal 2008 dalla LALPC. 2.4. Nella sentenza P 16/03 del 30 novembre 2004, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha riconosciuto al considerando 5. 2 che la cura dei

piedi (pedicure) può essere considerata quale aiuto per altri bisogni fisici indispensabili ai sensi del N. 5062 DPC. Nel caso esaminato, però, siccome la ricorrente non aveva bisogno di una tale cura, il TFA ha concluso che la speciale cura dei piedi praticata da una professionista del ramo non ricadesse sotto l'art. 13 OMPC (" Die Fusspflege kann dabei durchaus als Hilfe bei einer anderen erforderlichen körperlichen Verrichtung betrachtet werden. Soweit sie im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause (durch die Spitex oder eine vergleichbare Organisation; Art. 13 Abs. 1 und 4 ELKV) oder in einem Tagesheim (Art. 13 Abs. 3 ELKV) erfolgt, ist sie als Bestandteil der umfassenden Pflegeleistung grundsätzlich ebenfalls zu übernehmen. Solch umfassender Pflege bedarf die Beschwerdeführerin indessen nicht. Die durch eine Fachperson erbrachte spezielle Fusspflege fällt daher nicht in den Anwendungsbereich von Art. 13 ELKV. "). L'Alta Corte ha esaminato a fondo l'art. 13 OMPC nella STFA P 19/03 del 20 dicembre 2004, pubblicata in SVR 2005 EL Nr. 2, interpretando in particolare i termini dell'art. 13 cpv. 6 OMPC, al fine di determinare se i costi dell'accompagnamento familiare di carattere sociopedagogico di un bambino, proposto da Pro Juventute, possano essere assunti dalle prestazioni complementari quale aiuto e assistenza necessari nell'economia domestica. L'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha innanzitutto evidenziato la differente formulazione dell'art. 13 cpv. 6 OMPC nelle tre lingue nazionali, ciò che non rende chiara tale norma, da cui la necessità di interpretarla, anche perché l'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC non dà una definizione di aiuto, cure e assistenza a domicilio e in strutture diurne e neppure l'art. 3d cpv. 4 vLPC che delega al Consiglio federale il compito di stabilire le spese che possono essere rimborsate è d'aiuto, essendo molto generico. La nostra Massima istanza ha osservato che l'art. 3d vLPC, ai capoversi 2 e 3, distingue le situazioni delle persone che vivono a casa da quelle che vivono in un istituto. Pertanto, conformemente al titolo dell'art. 13 OMPC ("spese... a domicilio"), per le persone che vivono a casa oltre ai costi per le cure vengono rimborsate eventualmente le spese per l'aiuto per i lavori di casa, che si rendono necessari a causa dell'età, dell'invalidità, dell'infortunio o della malattia. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi, quali gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico, da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2010; dal 1° gennaio 2011, sono state eliminate dal testo le cure dispensate al domicilio del paziente e quelle parzialmente in ospedale). Esse possono essere utili per l'esecuzione di trattamenti acuti o concernere pazienti cronici a casa o in case di cura; quale cura medica extra-ospedaliera viene indicata la cura, che è dispensata a casa, ambulatorialmente o in una casa di cura. Secondo l'art. 7 cpv. 1 lett. b in connessione con il cpv. 2 OPre, sono riconosciute dall'assicurazione malattia gli esami, le terapie e le cure di base effettuati da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal). Per le cure (prestazioni) giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, si tratta di prestazioni di aiuto medico con finalità diagnostica o terapeutica, come per esempio l'introduzione di sonde o cateteri come pure le cure corrispettive (art. 7 cpv. 2 lett. b n. 5 OPre). Per le cure di base si intendono i provvedimenti di cura di natura non medica (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre). Le cure mediche a domicilio vanno distinte dalla conduzione dell'economia domestica (aiuto per l'economia domestica), che non ricade nel catalogo delle prestazioni rimborsate dalla LAMal. L'aiuto domestico comprende le attività necessarie per l'alimentazione dell'ammalato, fare il bucato ed altre attività simili, che concernono l'aspetto economico ed il modo di vivere

dell'ammalato. Per quanto riguarda l'aiuto per l'economia domestica appena descritto, è esclusa una partecipazione alle spese giusta l'art. 64 LAMal, come prevede l'art. 3d cpv. 1 lett. f vLPC. Manca il requisito dell'obbligo di prestazione secondo LAMal. L'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC in connessione con l'art. 19 cpv. 1 lett. b OPC-AVS/AI e l'art. 13 OMPC, ha quindi per oggetto tutti i costi per l'aiuto, la cura e l'assistenza a domicilio, che non sono coperti interamente dall'assicurazione malattia obbligatoria o dalla partecipazione ai costi ex art. 3d cpv. 1 lett. f vLPC. Ciò è il caso, quando le prestazioni sono esaurite dalla LAMal o non esiste nessun diritto, per esempio quando le cure mediche e l'aiuto a domicilio non sono prestati da un'organizzazione ai sensi dell'art. 51 OAMal, l'aiuto viene apportato da persone private (non come un fornitore di prestazioni riconosciuto), tra cui i membri della famiglia, oppure, invece, non si tratta di prestazioni di economia domestica che la cassa malati si deve assumere. Ciò suggerisce che solo la conduzione dell'economia domestica (cucinare, pulire, fare il bucato, ecc. ) è rimborsabile nell'ambito dell'art. 13 cpv. 6 OMPC. " (...)

#### **E. 4**

Zu prüfen ist zunächst im Wege der Auslegung, ob sozialpädagogische Familienbegleitung, wie sie hier zur Anwendung gelangte (Erw. 3), unter den Tatbestand der notwendigen Hilfe und Betreuung im Haushalt gemäss Art. 13 Abs. 6 ELKV fällt. Nebst den allgemeinen Auslegungsmethoden ( BGE 125 II 196 Erw. 3a, 244 Erw. 5a, 125 V 130 Erw. 5, 180 Erw. 2a, je mit Hinweisen) ist zu beachten, dass Verordnungsrecht gesetzeskonform auszulegen ist, d.h. es sind die gesetzgeberischen Anordnungen, Wertungen und der in der Delegationsnorm eröffnete Gestaltungsspielraum mit seinen Grenzen zu berücksichtigen. Im Rahmen verfassungskonformer oder verfassungsbezogener Auslegung ist sodann rechtsprechungsgemäss der Gleichbehandlungsgrundsatz zu berücksichtigen, wobei der klare Sinn einer Gesetzesnorm nicht durch eine verfassungskonforme Auslegung beiseite geschoben werden darf (BGE 126 V 97 Erw. 4b mit Hinweisen).

##### **E. 4.1**

Aus dem Wortlaut des Art. 13 Abs. 6 ELKV - "...notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt...", "les frais...inhérents à l'aide nécessaire ainsi qu'aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage..." sowie "le spese...di aiuto e assistenza necessari nell'economia domestica..." - kann nicht eindeutig darauf geschlossen werden, welche Verrichtungen tatbeständlich sind. Während die deutschsprachige Fassung den weiter gespannten Begriff "Betreuung im Haushalt" verwendet, weisen die italienische wie die französische Fassung indes übereinstimmend in die Richtung, dass hauswirtschaftliche Arbeiten wie Kochen, Reinigen etc. vergütet werden sollen.

##### **E. 4.2**

In systematischer Hinsicht ist davon auszugehen, dass in Art. 3d Abs. 1 lit. b ELG (in Kraft seit 1. Januar 1998, AS 1997 2952 2960) ohne nähere Umschreibung von Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen die Rede ist und die in Art. 3d Abs. 4 ELG enthaltene Gesetzesdelegation ihrerseits offen formuliert ist.

##### **E. 4.2.1**

Laut Art. 3a Abs. 1 ELG (in der seit 1. Januar 1998 geltenden Fassung, AS 1997 2952 2960) entspricht die jährliche Ergänzungsleistung dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen. Bei der Ermittlung der anerkannten Ausgaben ist gemäss Art. 3b ELG (in der seit 1. Januar 1998 gültigen Fassung, AS 1997

2952 2960) unterschiedlich zu verfahren, je nachdem, ob eine Person dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital lebt, oder aber ob sie zu Hause wohnt. Nach Art. 3d Abs. 2 und 3 ELG wird im Rahmen der jährlich maximal zu vergütenden Kosten danach differenziert, ob die betreffende Person zu Hause (Abs. 2) oder in einem Heim (Abs. 3) wohnt. Dies spricht dafür, dass, entsprechend dem Titel von Art. 13 ELKV - "Kosten für...zu Hause", "frais...à domicile", "a domicilio" - bei zu Hause wohnenden Personen nebst Pflegekosten gegebenenfalls - nur, aber immerhin - die Ausgaben für die Hilfe bei Haushaltsarbeiten vergütet werden, die bedingt durch Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig ist.

#### **E. 4.2.2**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung umfasst gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG - nebst Untersuchungen und Behandlungen - die Kosten für Massnahmen der Pflege, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden. Diese können für die Durchführung von Akutbehandlungen notwendig sein oder die Pflege von Langzeitpatienten zu Hause oder in Pflegeheimen betreffen; als spitalexterne Krankenpflege wird die Pflege bezeichnet, wenn sie zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim erbracht wird (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]/Soziale Sicherheit, S. 58 Rz. 113). Gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. b in Verbindung mit Abs. 2 KLV sind - im Rahmen der spitalexternen Krankenpflege - von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (gemäss Art. 51 KVV) erbrachte Leistungen der Grund- und Behandlungspflege von der Versicherung zu übernehmen. Bei der Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) geht es um medizinische Hilfeleistungen mit diagnostischer oder therapeutischer Zielsetzung, wie z.B. das Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 5 KLV). Zur Grundpflege zählen pflegerische Massnahmen nichtmedizinischer Art (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV). Häusliche Krankenpflege ist abzugrenzen von der hauswirtschaftlichen Versorgung (Haushalthilfe), welche nicht unter den gesetzlichen Leistungskatalog fällt. Diese umfasst die notwendigen Arbeiten für die Ernährung der kranken Person, die Versorgung mit Wäsche und ähnliche Tätigkeiten, welche die Wirtschafts- und Lebensführung der kranken Person betreffen (RKUV 1997 KV Nr. 9 S. 251 Erw. 4.1 mit Hinweisen; Eugster, a.a.O., S. 58 Rz. 114). Hinsichtlich der soeben umschriebenen Haushalthilfe scheidet eine Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG aus, wie sie Art. 3d Abs. 1 lit. f ELG vorsieht. Es mangelt am (Grund-)Erfordernis der Leistungspflicht nach KVG. Art. 3d Abs. 1 lit. b ELG in Verbindung mit Art. 19 Abs. 1 lit. b ELV und 13 ELKV hat demnach jene Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause zum Gegenstand, die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder die Kostenbeteiligung gemäss Art. 3d Abs. 1 lit. f ELG (vollumfänglich) gedeckt sind. Dies ist der Fall, wenn die Leistungen aus KVG erschöpft sind oder aber kein Anspruch besteht, etwa wenn die "Krankenpflege und Hilfe zu Hause leistende Organisation" nicht im Sinne von Art. 51 KVV zugelassen ist, die Hilfe durch (nicht als Leistungserbringer zugelassene) Privatpersonen, namentlich Familienangehörige (BGE 126 V 330), erbracht wird, oder aber, wie dargelegt, nicht krankenkassenpflichtige hauswirtschaftliche Leistungen in Frage stehen. Letzteres legt nahe, dass, mit der Beschwerde führenden Verwaltung, einzig die hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen von Art. 13 Abs. 6 ELKV vergütungsfähig ist.

#### **E. 4.2.3**

Art. 27 Abs. 2 IVV (in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung) nennt als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen versicherten Person nebst der üblichen Tätigkeit im Haushalt ausdrücklich auch die Erziehung der Kinder. Dies würde, für sich allein besehen, einen Vergütungsanspruch gemäss Art. 13 Abs. 6 ELKV über die hauswirtschaftlichen Leistungen hinaus indizieren.

#### **E. 4.2.4**

Zusammenfassend spricht das systematische Auslegungselement deutlich überwiegend dafür, dass mit Kosten für Hilfe und Betreuung im Haushalt einzig die hauswirtschaftlichen Leistungen erfasst sein sollen.

#### **E. 4.3**

Weiter fällt auf, dass mit Bezug auf die in Art. 13 Abs. 6 ELKV genannte Personen-kategorie die Höhe der zu berücksichtigenden Vergütung auf Fr. 4800.- im Kalenderjahr und in Abs. 7 auf bis zu Fr. 25.- pro Stunde festgesetzt wurde. In dieser Hinsicht besteht ein Unterschied zu Art. 13 Abs. 1 und Abs. 3 ELKV, wonach die tatsächlich entstandenen Kosten vergütet werden, sofern die betreffende Leistung von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern erbracht wird. Gleiches gilt gemäss Art. 13 Abs. 4 ELKV für Leistungen privater Träger, soweit sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen. (...) Berücksichtigt man zudem, dass Art. 13 Abs. 6 ELKV - im Unterschied zu Art. 13 Abs. 1 bis 4 ELKV - die Hilfe und Betreuung, nicht aber die Pflege zum Gegenstand hat, ergibt sich, dass es in Art. 13 Abs. 6 ELKV um nicht professionell angebotene Hilfe geht, für welche die Verordnung einen Höchstbetrag festsetzt, und in den Abs. 1 bis 4 um Dienste professioneller Träger. Die Unterscheidung zwischen professionellen und anderen Leistungserbringern mit Bezug auf die Vergütungsregelung macht denn auch durchaus Sinn. Da die in der Verordnungsbestimmung nicht namentlich erwähnten anerkannten Spitex-Organisationen zu den professionellen Leistungserbringern zu zählen sind, fallen sie bezüglich der Kostenregelung unter die Bestimmung von Art. 13 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 4 ELKV. ". E nel considerando 4.4, il TFA ha così concluso la sua analisi: "Soweit Rz 5063.3 WEL die Kostenübernahme von Spitex-Organisationen für hauswirtschaftliche Leistungen auf Fr. 25.- pro Stunde begrenzt, stellt sie keine genügende Grundlage für eine betragsmässige Einschränkung von Leistungen anerkannter Spitex-Organisationen dar, da sich eine solche Regelung nach dem Gesagten nicht auf die Verordnung stützen kann. Aus diesem Grund muss der obigen Weisung die Anwendung mit Bezug auf anerkannte Träger versagt bleiben ".). Jöhl, SBVR XIV, pag. 1877, n. 1141, ha analizzato il termine "Träger" (nel testo legale italiano tradotto in "servizi" all'art. 13 cpv. 1 OMPC ed in "istituti" all'art. 13 cpv. 4 OMPC), osservando che al capoverso 6 dell'art. 13 OMPC il legislatore ha utilizzato il termine di "organizzazione Spitex riconosciuta". Secondo l'autore, la nozione di "Träger" comprende sia le organizzazioni Spitex riconosciute giusta l'art. 51 OAMal, sia anche i fornitori di prestazioni non riconosciuti. La garanzia della libertà di scelta dell'assicurato riguardante il fornitore di prestazioni subisce tuttavia una limitazione, dove si tratta di prestazioni che danno luogo al diritto al rimborso secondo l'art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal nei confronti dell'assicurazione malattia obbligatoria, a condizione che esse siano prestate da un'organizzazione Spitex riconosciuta secondo l'art. 51 OAMal. Per tali prestazioni la persona assicurata deve scegliere un'organizzazione Spitex riconosciuta (a condizione che sia disponibile), poiché altrimenti rinuncia alle prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria, ossia ha diritto solo al rimborso dei costi dedotta l'ipotetica prestazione

dell'assicurazione malattia obbligatoria. Lo stesso Jöhl , op. cit., pag. 1879, N. 343, si è pronunciato anche sul limite di rimborso fissato dall'art. 13 cpv. 6 OMPC analizzato dal TFA nella predetta sentenza del 14 febbraio 2006. Al riguardo, egli chiarisce che la limitazione al rimborso dell'importo di Fr. 4'800.- per anno civile prevista dall'art. 13 cpv. 6 OMPC si riferisce alle prestazioni fornite da un'organizzazione Spitex non riconosciuta. Le prestazioni di aiuto e d'assistenza nell'economia domestica, che sono fornite da un'organizzazione Spitex riconosciuta, non sono quindi limitate a Fr. 4'800.- per anno civile. Tutte le prestazioni fornite da altri servizi/istituti sottostanno a questa limitazione. La nota 1149 a pag. 1879 concernente questa conclusione si riferisce ai NN. 5063.3 2° paragrafo DPC, 5066.1 DPC e 5066.3 DPC. Secondo l'autore, il perché proprio le organizzazioni Spitex riconosciute non dovrebbero dipendere da questa limitazione e non in generale i servizi pubblici o di pubblica utilità, non va cercata nella motivazione di diminuire gli eccessivi o non necessari, nel senso di non comprovati costi (istituti privati orientati al guadagno), poiché la legittimazione giusta l'art. 51 OAMal non ha a priori niente a che vedere con le prestazioni di aiuto nell'economia domestica, giacché esse non appartengono al catalogo delle prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria. Inoltre, la limitazione del costo orario secondo l'art. 13 cpv. 7 OMPC costituisce un altro limite per evitare di far lievitare i costi. Tuttavia, sempre a pag. 1879, N. 343, l'autore ritiene che questa limitazione dei costi rimborsabili sia in contrasto con lo scopo del rimborso dei costi di aiuto, cura e assistenza a domicilio secondo l'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC, che consiste nel permettere alla persona assicurata di continuare a vivere nella propria abitazione e di non dovere ricoverarsi in una casa di cura. Infatti, chi, a causa dell'età, dell'invalidità, di un infortunio o di una malattia è impedito totalmente o parzialmente di occuparsi della propria economia domestica, con Fr. 4'800.- all'anno non è in grado di finanziare gli aiuti necessari. Se nel luogo di domicilio della persona assicurata non v'è un'organizzazione Spitex riconosciuta disposta o che non è in grado di prestare tutto l'aiuto necessario nell'economia domestica, la persona assicurata è quindi costretta a ricoverarsi in una casa di cura, sebbene grazie al rimborso dei costi di cura potrebbe rimanere nella propria abitazione. Ne consegue, prosegue l'autore, che per quanto concerne il limite di Fr. 4'800.- all'anno si tratta di una disposizione dell'ordinanza che non coincide con lo scopo dell'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC - e quindi necessariamente anche dell'art. 3d cpv. 4 1a frase vLPC - e dunque è contraria alla legge. Indipendentemente dalla limitazione dell'art. 13 cpv. 6 OMPC, sono da rimborsare perciò in ogni caso i costi derivanti dall'aiuto e dall'assistenza necessari nell'economia domestica a causa dell'età, dell'invalidità, dell'infortunio o della malattia. Carigiet/Koch , *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, Supplemento 2000, a pagina 129 e a pagina 130 traggono le medesime conclusioni quanto ai soggetti a cui sono applicabili gli art. 13 cpv. 1 e cpv. 4 OMPC, rispettivamente l'art. 13 cpv. 6 OMPC e, pertanto, anche quanto ai limiti di rimborso (non) applicabili a dipendenza se si tratti di un'organizzazione Spitex (non) riconosciuta che fornisce prestazioni di aiuto, cura e assistenza o solo di aiuto e assistenza agli assicurati. Da quanto precede consegue che le due associazioni che hanno fornito all'assicurata le loro prestazioni debbono vedersi riconoscere i costi in virtù dell'art. 18 cpv. 1 LALPC per \_\_\_\_\_, essendo un servizio pubblico di utilità pubblica, mentre in virtù dell'art. 18 cpv. 4 LALPC per \_\_\_\_\_, trattandosi di un servizio privato Spitex riconosciuto - che rinvia comunque al cpv. 1 della stessa norma (DTF 132 V 121 consid. 4.3) -, e non quindi secondo l'art. 18 cpv. 5 lett. b LALPC, applicabile unicamente alle persone che non lavorano per un'organizzazione Spitex riconosciuta. Ne discende che la ricorrente, facendosi dunque aiutare da delle organizzazioni Spitex riconosciute, ha diritto

per il 2011 ad un rimborso annuo illimitato per le spese di aiuto, cura e assistenza a domicilio in virtù dei citati art. 18 cpv. 1 e cpv. 4 LALPC, fermi restando i limiti posti dall'art. 14 cpv. 3 LPC e dalla tariffazione prevista dallo stesso cpv. 4 dell'art. 14 LALPC e dal suo cpv. 2. Alla controversia in oggetto non va dunque applicato il limite per anno civile di Fr. 4'800.- di cui all'art. 18 cpv. 5 LALPC ritenuto dalla Cassa cantonale di compensazione, né tanto meno il costo massimo orario di Fr. 25.-, valido soltanto per le organizzazioni non riconosciute Spitex (DTF 132 V 121 consid. 4.4). A proposito della tariffa di cui all'art. 18 cpv. 6 LALPC per le cure prestate da un servizio privato e riconosciuto Spitex, nella citata DTF 132 V 121, al considerando 5 la nostra Massima istanza si è chinata sulla verifica di una fattura di Fr. 720.- per 24 ore di aiuto domestico a Fr. 30.-/ora per il mese di gennaio 2004. Una parte, Fr. 400.-, è stata assunta dall'assicurazione malattia complementare di cui beneficiava l'assicurata, la quale ha quindi chiesto alla Cassa di compensazione del Canton San Gallo il versamento dei restanti Fr. 320.- a titolo di rimborso di spese di malattia e di invalidità da parte delle prestazioni complementari (art. 3 lett. b e 3d vLPC, attuali art. 3 cpv. 1 lett. b e art. 14 LPC). L'amministrazione cantonale ha rimborsato i costi sostenuti per l'aiuto domiciliare nella misura di Fr. 200.-, ritenendo che i costi di malattia ammontassero a Fr. 600.- (24 ore a Fr. 25.-/ora), dedotti i Fr. 400.- riconosciuti dall'assicuratore malattia. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha quindi esaminato se il costo di Fr. 30.- all'ora fatturato da questa organizzazione privata e riconosciuta Spitex, che sottostava ad un contratto tariffale tra questa organizzazione e santésuisse sulle prestazioni Spitex secondo la LAMal, approvato dal Cantone ed entrato in vigore il 1° gennaio 2004, corrispondeva ai costi per delle prestazioni equivalenti insorti in istituti pubblici o di utilità pubblica (art. 13 cpv. 4 OMPC). L'Alta Corte ha così effettuato dei paragoni con le tariffe di altri fornitori di servizi che offrono l'aiuto domiciliare Spitex nel Canton San Gallo. Dal quadro che ne è uscito risulta che le tariffe praticate nel 2004 variavano dai Fr. 25.- all'ora, ai Fr. 27.-, ai Fr. 28.- o Fr. 30.-/ora. Pertanto, il TFA ha concluso che la tariffa di Fr. 30.-/ora praticata dall'organizzazione privata in esame si situa invero all'interno delle tariffe applicate dai servizi di utilità pubblica nel Canton San Gallo, comunque non le supera. Di conseguenza, i costi fatturati devono essere interamente rimborsati alla ricorrente sulla base dell'art. 13 cpv. 4 OMPC (attuale art. 18 cpv. 6 LALPC). Ne discende che le prestazioni versate dall'assicuratore privato devono essere dedotte dai costi effettivi di Fr. 720.- e che l'importo non coperto deve essere rimborsato dalle prestazioni complementari giusta l'art. 13 cpv. 4 OMPC. La Cassa di compensazione deve quindi versare all'assicurata per il mese gennaio 2004 delle prestazioni complementari di Fr. 320.-. 2.9. Questo TCA deve ora stabilire se l'aiuto domestico richiesto dall'assicurata a causa sia delle serie difficoltà fisiche che le impediscono di occuparsi autonomamente della propria economia domestica, sia delle problematiche psichiche che rendono necessario un maggiore sostegno, sia rimborsabile. Va quindi esaminato se la ricorrente adempie i presupposti per vedersi riconoscere le prestazioni reclamate. I certificati medici prodotti dalla ricorrente attestano la presenza di alcune patologie e la necessità di un aiuto domestico di 4 ore alla settimana, " poiché altrimenti la paziente oltre ad avere serie difficoltà quotidiane potrebbe presentare una grave destabilizzazione della sua situazione psicologica. " (doc. A2). Un altro certificato osserva che " togliere ore di aiuto prezioso del quale beneficia da anni, non farebbe che peggiorare le sue condizioni sia sul piano psichico che a livello fisico. " (doc. A3). Il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale ed esperto in omeopatia classica, nel suo referto del 4 aprile 2011 (doc. A2) ha rilevato che con il passare degli anni (la ricorrente è

settantaduenne) la situazione clinica della paziente non è migliorata, anzi, e se l'aiuto domestico di quattro ore le era necessario già prima, ora lo è ancora di più. L'assicurata vive da sola e non ha aiuti da nessuno. Soffre di problematiche fisiche che si sono ulteriormente aggravate, quali dorsalgie e lombalgie croniche su discopatie multiple C5/C6, L4/L5, L5/S1, spondilosi C5/C6, spondilosi toracale, L4/L5. Ella presenta inoltre una podalgia bilaterale da deformazione del I metatarsale e dell'articolazione tarso-metatarsale I; incipiente gonartrosi bilaterale; fibromialgia con dolori muscolo-scheletrici ubiquitari; importante obesità; cardiopatia ipertensiva. Il medico ha evidenziato che la ricorrente presenta anche gravi disturbi della personalità di tipo ansioso-depressivi con tratti persecutori. Per tutti questi motivi, a suo dire, l'assicurata necessita del sostegno di 4 ore settimanali di cui ha beneficiato sino a fine 2010, non essendo in grado fisicamente di adempiere ai lavori domestici di routine, ma soprattutto per stabilizzarla nell'umore e darle un appoggio ed una sensazione di non essere sola ed abbandonata ad affrontare i disagi che la sua malattia le impone. Dal canto suo, invece, la Cassa cantonale di compensazione, per il tramite dell'apposita Commissione aiuto domestico, oltre a determinare se v'era effettivamente necessità o meno di aiuto e assistenza nell'economia domestica, ha determinato in 10 al mese le ore rimborsabili alla ricorrente. Quanto al sostegno di carattere psico-sociale di cui abbisogna la ricorrente, l'amministrazione ha di nuovo interpellato la speciale Commissione, secondo cui " Questo compito esula evidentemente dagli obiettivi e dagli scopi della prestazione complementare, non si può confondere l'aiuto domestico come un supporto pratico con una terapia di sostegno psicosociale ." (doc. 17d). Con la risposta di causa (doc. VII/1), la predetta Commissione ha inoltre affermato che " eventuali prestazioni di questo genere (sostegno psico-fisico) non sono a carico della Cassa bensì eventualmente dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie OPRE (vedi art. 7 lettera c cpv. 2) ". Stanti queste conclusioni, la Cassa di compensazione ha affermato che la richiesta di rimborso di un sostegno a carattere psico-sociale come quello preteso dalla ricorrente rientri nei provvedimenti di cui all' " art. 7 lettera c cpv. 2 " OPre, perciò che una richiesta di rimborso di tali prestazioni debba essere inoltrata alla sua assicurazione malattia obbligatoria. Occorre dunque verificare se la prestazione di carattere psico-sociale di cui abbisogna l'assicurata rientri nell'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre, come sostenuto dall'amministrazione, o se possa essere presa a carico dalle prestazioni complementari. L'art. 7 cpv. 2 OPre prevede che le cure di base (lett. c) sono delle prestazioni ai sensi del capoverso 1 dell'art. 7 OPre. In particolare, l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre considera quali cure di base i provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza. Queste prestazioni, unitamente a quelle designate dal capoverso 2 lettera a e b, possono essere fornite ambulatoriamente o in una casa di cura. Possono altresì essere fornite esclusivamente durante il giorno o durante la notte (art. 7 cpv. 2ter OPre). Se queste prestazioni sono fornite da infermieri (art. 49 OAMal) o da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal), per le prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre l'assicuratore versa Fr. 54,60 all'ora (art. 7a cpv. 1 lett. c OPre). Il rimborso dei contributi di cui al capoverso 1 è calcolato per unità di tempo di 5 minuti. Il rimborso minimo è di 10 minuti (art. 7a cpv. 2 OPre). Secondo questo Tribunale, la summenzionata definizione di provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente, richiama la nozione di assistenza data da Jöhl (riportata al considerando 2.5). Come visto, infatti,

nell'assistere una persona che è limitata a causa dell'età, dell'invalidità, di un infortunio o di una malattia, non si intende soltanto l'accompagnamento fisico, ma anche un durevole accompagnamento nel consigliare questa persona, nell'assistere e nel vigilarla nella vita quotidiana. Questo tipo di assistenza, derivante dalla nozione di accompagnamento nella vita quotidiana presente nel diritto dell'assicurazione invalidità, comprende anche, d'avviso del TCA, un sostegno nel senso di sorvegliare ed assistere persone malate psichicamente. D'altronde, come esposto, la nozione di assistenza ex art. 14 cpv. 1 lett. b LPC (corrispondente all'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC) è più ampia rispetto a quella per gli assegni per grandi invalidi della LAI e quindi vi rientrano tutte quelle prestazioni semplicemente necessarie alla persona assicurata dovute alla vecchiaia, all'invalidità, all'infortunio o alla malattia e alle quali ella non può rinunciare solo per evitare di assumersi i relativi costi e rischiare così di essere ricoverata in casa anziani. Da quanto precede discende che anche gli eventuali costi insorti (nel 2011) per l'assistenza, nel senso delle PC (cfr. infra pag. 19), che la ricorrente ha ricevuto a domicilio a causa dei suoi certificati problemi psichici da parte di un'organizzazione (privata) Spitex riconosciuta, devono esserle rimborsati illimitatamente in virtù dell'art. 18 cpv. 1 LALPC rispettivamente dell'art. 18 cpv. 4 LALPC e nella misura in cui, stante l'art.

#### **E. 4.4**

Hinsichtlich des teleologischen Auslegungselements (Sinn und Zweck) ist davon auszugehen, dass laut AHI 2002 S. 72 ff. (74) die Aufzählung der vergütungsfähigen Krankheits- und Behinderungskosten gemäss Art. 3d Abs. 1 ELG abschliessend ist. Die in Art. 3d Abs. 1 lit. a und d bis f ELG genannten Kosten (für Zahnarzt, Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle, Hilfsmittel und Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG) fallen dabei unabhängig davon an, ob eine Person zu Hause oder in einem Heim lebt. Anders verhält es sich mit der in Art. 3d Abs. 1 lit. b ELG normierten, hier interessierenden Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen. Diese kommt - wie die Vergütung der Diätkosten (Art. 3d Abs. 1 lit. c ELG, Art. 9 ELKV) - einzig in Betracht, wenn eine Person zu Hause wohnt. Entsprechend besteht der Sinn und Zweck des Art. 13 ELKV darin, die vergütungsfähigen Kosten für Pflege sowie Hilfe und Betreuung zu Hause zu umschreiben, damit verhindert wird, dass EL-beziehende Personen, deren Krankheits- und Behinderungskosten durch die jährliche Ergänzungsleistung nicht gedeckt sind, sich für einen Heimaufenthalt entschliessen, obwohl sie bei der entsprechenden Unterstützung weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung zu Hause bleiben möchten (vgl. BBl 1997 I 1197, 1209 oben; Werlen, Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen und deren Berechnung, Diss. Freiburg 1995, S. 215 oben). Dies deutet darauf hin, dass Hilfe und Betreuung im Haushalt gemäss Art. 13 Abs. 6 ELKV einzig die hauswirtschaftliche Versorgung betrifft.

#### **E. 4.5**

Nach dem Gesagten kommen unter Berücksichtigung der normunmittelbaren Auslegungselemente sowie unter Einbezug der Gesetzeslage hauswirtschaftliche Leistungen wie Kochen, Reinigen etc. als Hilfe und Betreuung im Haushalt gemäss Art. 13 Abs. 6 ELKV in Betracht. Im Rahmen sozialpädagogischer Familienbetreuung geleistete Erziehungshilfe fällt nicht darunter. Dies deckt sich mit Rz. 5067, insbesondere Ziff. 1 und 4, der vom BSV herausgegebenen Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL) in der ab Januar 1998 geltenden Fassung, wonach Hilfe und Betreuung im Haushalt die notwendigen Haushaltsarbeiten wie Kochen, Putzen, Waschen umfasst (ebenso: Carigiet/Koch, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Supplement, Zürich 2000, S.

128 ff. (130); ähnlich Landolt, Schweizerisches Pfl gerecht, Band II, Bern 2002, S. 674 Rz. 1272 f., laut dem für die Hilfe und Betreuung im Haushalt unter dem Titel Haushaltsführungsentschädigung eine Vergütung der Kosten für hauswirtschaftliche Leistungen tatbeständlich ist)." (...) ( le evidenzia ture sono della redattrice ) Nel considerando 5 l'Alta Corte ha analizzato se l'art. 13 OMPC dà diritto al rimborso dei costi richiesti. Partendo dall'analisi dell'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC, secondo cui sono rimborsate le spese di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio e in strutture diurne, il TFA ha spiegato la differenza fra il diritto al rimborso delle spese di cui beneficiano le persone che vivono a casa (art. 3d cpv. 2 vLPC) e le persone che vivono in un istituto (art. 3d cpv. 3 vLPC), chiarendo che l'intenzione del legislatore era di porre sullo stesso piano gli assicurati quanto alle loro situazioni di vita diverse (assicurati che vivono in casa o in un istituto). La nostra Massima Istanza ricorda al considerando 5.3 che l'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC, in connessione con l'art. 13 OMPC, contempla i costi di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio che non sono assunti dall'assicurazione malattia obbligatoria o dalla partecipazione alle spese di cui all'art. 3d cpv. 1 lett. f vLPC. Secondo la struttura dell'art. 13 OMPC - l'utilizzo del termine "anche" al cpv. 3 indica che anche i costi per la cura e l'assistenza che sorgono a casa sono rimborsati - sono riconoscibili tre diverse situazioni che danno luogo a prestazioni: 1) cura e assistenza a casa, in un istituto diurno, in un ospedale giornaliero o in un ambulatorio, pubblico o di utilità pubblica (prestati da organismi pubblici, di utilità pubblica o privati) secondo l'art. 13 cpv. 1 a 4 OMPC, 2) indennizzo ai membri della famiglia (per la cura a casa) secondo l'art. 13 cpv. 5 OMPC e 3) aiuto e assistenza necessari nell'economia domestica (nel senso della conduzione dell'economia domestica) giusta l'art. 13 cpv. 6 e 7 OMPC. Il Tribunale federale (delle assicurazioni) conclude dunque il suo giudizio escludendo che l'art. 13 OMPC possa comprendere altri diritti, ritenuto che la LPC regola in maniera esaustiva i redditi computabili e le spese riconosciute. Pertanto, i costi per l'accompagnamento familiare di carattere sociopedagogico (che non rientra nella conduzione dell'economia domestica, cfr. consid. 4.3) non sono inclusi fra quelli rimborsabili dall'art. 13 OMPC. L'Alta Corte ha così concluso il suo giudizio: " (...) 5.4 Ob bei dieser Gesetzeslage Art. 13 Abs. 1 ELKV gleichsam als subsidiäre Auffangnorm zu verstehen und gestützt darauf über die drei erwähnten Vergütungstatbestände hinaus weitere Ansprüche in Betracht kommen, scheint fraglich, weil das EL-Recht regelmässig und naheliegenderweise die anrechenbaren Einnahmen und Auslagen ausdrücklich normiert. Trifft dies - wie für die sozialpädagogische Familienbegleitung - unbestrittenerweise nicht zu, schlägt im Rahmen gesetzeskonformer Verordnungsauslegung (Erw. 4) die ratio legis des formellen Gesetzes durch. Diese ist im Bereich des Art. 3d Abs. 1 lit. b ELG dadurch charakterisiert, dass bei einer zu Hause lebenden Person die - im Vergleich zum Heimbewohner - durch die Wohnsituation bedingten höheren Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung entschädigt werden. Das trifft, wie dargetan (Erw. 5.2), auf die sozialpädagogische Familienbegleitung nicht zu." Nella DTF 132 V 121 (SVR 2006 EL Nr. 6), l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito il 14 febbraio 2006 che l'art. 13 cpv. 6 lett. a OMPC si riferisce alle persone fisiche quali i conoscenti, i vicini, gli amici e gli aiuti assunti con un contratto. L'art. 13 cpv. 6 lett. b OMPC concerne invece le persone che sono incaricate da organizzazioni che offrono l'aiuto per l'economia domestica, ma che non adempiono alle condizioni delle organizzazioni Spitex riconosciute. L'art. 13 OMPC ha fissato quindi una differenza fra le persone che offrono i loro servizi nell'economia domestica, ma che non appartengono ad un'organizzazione Spitex riconosciuta e quelle che eseguono i medesimi

lavori per conto di un'organizzazione Spitex riconosciuta dall'art. 51 OAMal (cfr. consid. 4.2). Inoltre, l'art. 13 cpv. 6 OMPC limita alle categorie di persone ivi menzionate il rimborso dei costi a Fr. 4'800.- per anno civile e in virtù dell'art. 13 cpv. 7 OMPC il rimborso orario è di Fr. 25.-. In questo senso c'è quindi una differenza con l'art. 13 cpv. 1 e cpv. 3 OMPC, dove i costi sono rimborsati se sono prestati da servizi pubblici o di utilità pubblica. Lo stesso vale secondo l'art. 13 cpv. 4 OMPC per le prestazioni fornite da istituti privati, nella misura in cui corrispondono a quelle insorte in istituti pubblici o di utilità pubblica (cfr. consid. 4.3). Se si tiene presente che l'art. 13 cpv. 6 OMPC - il quale a differenza dell'art. 13 cpv. 1-4 OMPC - ha per oggetto l'aiuto e l'assistenza, ma non la cura, ne consegue che per l'art. 13 cpv. 6 OMPC si tratta di un aiuto prestato non da professionisti, per il quale l'ordinanza fissa un importo massimo e nei capoversi da 1 a 4 si tratta di servizi di fornitori professionisti. Poiché le organizzazioni Spitex riconosciute non espressamente menzionate nell'ordinanza sono da conteggiare come fornitori professionisti di prestazioni, per quanto riguarda la regolamentazione dei rimborsi esse ricadono sotto l'art. 13 cpv. 1 OMPC in connessione con l'art. 13 cpv. 4 OMPC (cfr. consid. 4.3). Per questi motivi, nella misura in cui stabilisce un limite generale di Fr. 25.- (quindi anche per le organizzazioni Spitex riconosciute), il N. 5063.3 delle Direttive dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali sulle prestazioni complementari all'AVS e AI (DPC) non è conforme all'ordinanza (cfr. consid. 4.4). Il Tribunale federale, nell'esame dell'art. 25 cpv. 2 lett. a n. 3 LAMal e dell'art. 7 cpv. 2 lett. b e c OPre, nella DTF 136 V 172 ha trattato le prestazioni per terapie e cure dispensate da organizzazioni di cure e di aiuto a domicilio e ha esposto le nozioni di esami e cure ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (consid. 4.3), in particolare "somministrazione di medicinali" di cui al n. 7, e di cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c n. 1 OPre (consid. 5.3), in particolare l'aiuto "a nutrirlo" (il paziente) e a fargli fare "esercizi di mobilitazione" (consid. 2-5). Per quanto concerne le prestazioni complementari, l'Alta Corte si è così espressa: " 5.3.1 Les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS, qui ne font pas l'objet d'une liste exhaustive (ATF 131 V 178 consid. 2.2.3 p. 185; décision du Conseil fédéral du 9 mars 1998 consid. 3, in RAMA 1998 p. 184), constituent des mesures de soins qui visent à compenser les conséquences de l'incapacité d'effectuer soi-même certains actes élémentaires de la vie quotidienne en raison d'une maladie ou de dépendance ("patients dépendants"; voir aussi BÉATRICE DESPLAND, Soins de longue durée, soins de dépendance. Contribution aux débats relatifs à la révision de la LAMal, Rapport IDS [Institut de droit de la santé, Neuchâtel] n° 8, 2004, p. 6). Ces mesures ne sont pas de nature médicale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 19/03 du 20 décembre 2004 consid. 4.2.2, in SVR 2005 EL n° 2 p. 5; Message du 16 février 2005, relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime des soins, FF 2004 1911 ch. 1.1.3.2.1), même si leur énumération comporte certaines prestations de cet ordre (notamment prévenir les escarres ou prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; cf. GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, 2004, p. 167). Ne font pas partie des soins de base des actes qui touchent principalement à l'accompagnement, à l'aspect pédagogique, au développement des capacités personnelles et aux relations sociales (décision du Conseil fédéral du 28 janvier 1998 consid. 8.2, in RAMA 1998 p. 172). 5.3.2 Portant sur une assistance à la personne (Personenilfe), les soins de base doivent être distingués de l'aide matérielle (Sachhilfe) ou aide à domicile (cf. ATF 131 V 178 consid. 2.2.3 in fine p. 187). Celle-ci inclut les activités liées à l'économie et la tenue du ménage - tels les achats, la préparation de la nourriture, y compris le service de repas (décision du Conseil fédéral du 9 mars 1998 consid. II, in

RAMA 1998 p. 183 s.), laver le linge et d'autres actes semblables -, qui n'entrent pas dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins (arrêt P 19/03 cité consid. 4.2; Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 77; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2007, p. 505 n. 329; LONG-CHAMP, op. cit., p. 485; voir aussi BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, 2003, p. 243).

5.3.3 En ce qui concerne tout d'abord l'aide à l'alimentation, on ne saurait considérer que l'accompagnement d'un assuré à l'extérieur de sa chambre pour se rendre à la salle à manger puisse être assimilé à cet acte. En tant que soins de base, l'acte consistant à aider le patient à s'alimenter ("Hilfe beim Essen", "aiuto a nutrirlo" [il paziente]) vise la situation dans laquelle la personne ne peut pas elle-même se nourrir, parce qu'elle n'est pas en mesure, par exemple, de couper ses aliments ou de les porter à sa bouche. En revanche, l'assistance dont elle a besoin pour que les aliments lui soient servis et lui parviennent - préparation et cuisson des aliments, mais aussi présentation et service des plats - ne fait pas partie des soins de base au sens de la règle en cause, mais relève de l'aide à domicile (consid. 5.3.2 supra) même si cette assistance lui est tout aussi nécessaire que l'aide pour se nourrir. Comme le service des repas (à savoir le fait d'apporter les aliments vers la personne concernée), que ce soit au chevet d'une personne alitée, à la table dans une chambre ou dans une salle à manger commune, ne fait pas partie des soins de base relatifs à l'alimentation, l'aide nécessitée par l'intéressé pour se rendre à l'extérieur de sa chambre "vers son repas" ne peut pas non plus être considérée comme de tels soins (cf. en ce qui concerne l'acte "manger" en relation avec l'allocation pour impotent dans l'assurance-invalidité, arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 128/03 du 4 février 2004 consid. 3).

La dimension sociale qu'implique la possibilité de manger en compagnie d'autres personnes pour les intéressés qui vivent dans une résidence commune - aussi positive et utile qu'elle soit - n'est pas du ressort de l'assurance-maladie obligatoire (consid. 5.3.1 supra ; cf. HARDY LANDOLT, Das soziale Pflegesicherungssystem, 2002, p. 85)."(...) ( le sottolineature sono della redattrice )

2.5. Per quanto concerne il principio del rimborso dei costi, ed in particolare il rimborso dei costi di aiuto, cura e assistenza in esame, la dottrina ha precisato che rimborsabili dalle prestazioni complementari sono principalmente soltanto i costi di malattia e di invalidità che non sono coperti, ossia i costi che vanno a carico dell'assicurato e quindi che intaccano i suoi redditi. Per contro, i costi per i quali in virtù della legge o a motivo di un accordo contrattuale vi è un dovere prestativo da parte di un altro fornitore di prestazioni (come per esempio di una cassa malati, di una persona che ha il dovere di mantenimento, ecc.), non possono essere presi in considerazione ( Carigiet , Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Zurigo 1995, pag. 154). L'autore ha precisato che gli assicurati che a causa di un impedimento devono fare capo all'aiuto di terzi per la conduzione della casa (per esempio per cucinare, pulire, lavare, ecc.), possono fare valere i costi fatturati da terze persone come costi supplementari (pag. 167). Carigiet/Koch , Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Supplemento, Zurigo 2000, pag. 121, ribadiscono che rimborsabili sono solo i costi non coperti di malattia e invalidità che vanno a carico degli assicurati. I costi che, per legge o per altri accordi, si devono assumere altri fornitori di prestazioni (cassa malati, assicuratore infortuni), non possono essere rimborsati agli assicurati (RCC 1984 pag. 245). Gli autori indicano inoltre, riprendendo il tenore dell'art. 3 OMPC (corrispondente all'art. 8 LALPC), che la concessione di un assegno per grandi invalidi dell'AVS, dell'AI, dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione militare non è equiparata a un rimborso delle spese da parte di altre assicurazioni. Il rimborso delle spese

di malattia e di invalidità concerne in particolare i costi per l'aiuto, la cura e l'assistenza a domicilio. Per quanto concerne più specificatamente i costi per la cura a domicilio, gli autori hanno spiegato che per spese di cura si intendono i costi per cure ambulatoriali rese necessarie dalla vecchiaia, dall'invalidità, da un infortunio o da una malattia. Secondo le Direttive dell'UFAS sulle prestazioni complementari (N. 5062 DPC), ciò comprende l'aiuto necessario per alzarsi, vestirsi, lavarsi, mangiare e altri bisogni fisici necessari (pag. 129). Infine, per definire l'aiuto e l'assistenza a domicilio necessari nell'economia domestica, la letteratura - questa definizione è stata anche ripresa nella citata sentenza P 19/03 del 20 dicembre 2004 al considerando 4.5 - si riferisce alle attività di cucinare, pulire, fare il bucato, ecc. (pag. 130). Nel più recente commentario (Carigiet/Koch, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2a ed., Zurigo-Basilea-Ginevra 2009, pagg. 197 segg.) portante sulla nuova legge in vigore dal 2008 e quindi, per ciò che qui interessa, sull'art. 14 nLPC e dunque sul rimborso delle spese di malattia e d'invalidità da parte dei Cantoni, gli autori hanno evidenziato il principio secondo cui le prestazioni complementari sono sussidiarie alle altre assicurazioni sociali nel rimborso delle spese di malattia. Per questo motivo, prima di procedere al riconoscimento di questi costi, la Cassa di compensazione deve verificare se un altro assicuratore sia chiamato a rispondere. Di regola vi sono gli assicuratori malattia secondo LAMal e secondo LCA, ma anche gli assicuratori militari, infortuni e per perdita di guadagno. L'art. 64 cpv. 1 LPGA definisce l'ordine di rimborso (pag. 201 e seg.). Nel capitolo sui costi per l'aiuto a domicilio, Carigiet/Koch osservano (pag. 218) che i beneficiari di prestazioni complementari, che devono fare capo a degli aiuti per la conduzione dell'economia domestica, possono farsi rimborsare dalla Cassa di compensazione i costi che ne derivano. La nozione di aiuto per l'economia domestica comprende i lavori necessari per l'alimentazione (cucinare, fare la spesa), l'aiuto con il bucato e altre attività simili (lavori di pulizia). Le prestazioni di carattere sociopedagogico non rientrano in questa nozione (cfr. citata STFA P 19/03, consid. 4.2.2 e 4.3). Per un pensionato è importante che il rimborso di prestazioni di aiuto per l'economia domestica non sia vincolato a severe condizioni di ottenimento. È più semplice prendere in considerazione l'aiuto regolare della vicina per fare la spesa, se questa attività può essere indennizzata. I presupposti per il rimborso sono che il beneficiario di PC abbia bisogno di un aiuto (se vi sono dubbi sulla necessità e sull'estensione dell'aiuto e dell'assistenza a domicilio, le Casse di compensazione intraprendono accertamenti, per esempio richiedono certificati medici) e che questo aiuto viene prestato da una persona che non vive nella stessa economia domestica (pag. 219). Sulla nozione di aiuto, cura e assistenza si è espresso Jöhl, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR) Band XIV, Soziale Sicherheit*, 2a ed., Basilea 2007, pagg. 1875 segg. Per la nozione di cura (N. 336), la LAMal contiene una definizione che può essere ripresa dalle prestazioni complementari. Giusta l'art.

## **E. 7**

cpv. 2 OPre, sono prestazioni (cure) i consigli e le istruzioni, gli esami e le cure e le cure di base, a meno che l'assicurato sia in grado di effettuarle da solo (per esempio, bendare le gambe, indossare le calze di contenimento, andare a letto, profilassi contro il decubito, aiuto per l'igiene della bocca e del corpo, (s)vestirsi, mangiare, ma anche le cure psichiatriche o psicosomatiche di base). La nozione di aiuto (N. 337) non viene invece definita nella LAMal, poiché la presa a carico dei relativi costi non rientra nel catalogo delle prestazioni di questo ramo delle assicurazioni sociali. Nel linguaggio comune sono da intendere come aiuto nell'economia domestica tutti quei lavori che appartengono alla conduzione di un'economia domestica. Non vi sono indicazioni secondo cui il legislatore intendesse

distanziarsi per questa nozione dal linguaggio comune. Sono pertanto rimborsabili i costi di quella parte di lavori di economia domestica - assolutamente necessari (non invece assolutamente necessari e quindi non rimborsabili sono i costi per ogni prestazione di aiuto nell'economia domestica, che ragionevolmente potrebbero essere assunti da una persona inclusa nel calcolo del diritto, in particolare da un coniuge) -, che non possono più essere eseguiti personalmente da una persona impedita a causa dell'età, dell'invalidità, di un infortunio o da una malattia (quali per esempio fare la spesa, cucinare, pulire la casa e occuparsi del bucato). Per la nozione di assistenza (N. 338) il linguaggio comune non offre un significato sufficientemente preciso. Il resto del diritto delle assicurazioni sociali non dà una definizione che potrebbe essere applicata per analogia. Il diritto sull'assicurazione invalidità contiene una nozione simile, ossia l'assegno per grandi invalidi nel senso di avere bisogno di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Ha bisogno di un tale sostegno pratico chi senza l'accompagnamento di un'altra persona non può vivere autonomamente, chi non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona o chi rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno (art. 38 OAI). Non si intende rispettivamente, non si intende soltanto un accompagnamento fisico, bensì un accompagnamento duraturo nel consigliare, nell'assistere e nel vigilare nella vita quotidiana. L'assistenza secondo l'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC non presuppone - a differenza dell'accompagnamento nella realtà quotidiana - l'assegno per grandi invalidi. È sufficiente che sia necessario un accompagnamento della persona assicurata dovuto all'età, all'invalidità, all'infortunio o ad una malattia e che non sia ragionevole per la persona assicurata rinunciare ad un accompagnamento per evitare i corrispettivi costi. La soglia di rilevanza è quindi più bassa e la grandezza dell'assistenza è più estesa rispetto all'accompagnamento nella realtà quotidiana, poiché essa non si riferisce all'evitare un abbandono/bisogno di una casa, ma all'esigenza di rinunciare a determinate prestazioni per motivi di costi. L'assistenza presenta una particolarità nella misura in cui, in combinazione con l'aiuto di cui all'art. 13 cpv. 6 OMPC, condivide il limite del rimborso di Fr. 4'800.-. Per contro, in combinazione con la cura, l'assistenza sottostà al limite generale di rimborso, cosicché in caso di necessità di aiuto, cura e assistenza i costi dell'aiuto sottostanno da soli al limite particolare di rimborso di Fr. 4'800.-. 2.6. Le Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS/AI (DPC), valide dal 1° gennaio 2002, stato 1° gennaio 2007, ai NN. 5062-5068 (abrogati dal 2008) spiega(va)no l'art. 13 OMPC. Per il N. 5062 DPC, le cure ai sensi dello Spitex comprendono sia i trattamenti che le cure di base che devono essere fornite a causa dell'età, di una malattia, di un infortunio o dell'invalidità. Fa parte delle cure di base l'aiuto necessario affinché la persona si alzi, si vesta, faccia il bagno, mangi ed espleti gli altri bisogni fisici indispensabili. Secondo le circostanze locali, per il N. 5063 DPC è l'assistenza sanitaria comunale, un'assistenza familiare o un'organizzazione di aiuto domiciliare ad assumersi le cure nonché il relativo aiuto e l'assistenza a domicilio. Le spese fatturate da queste istituzioni pubbliche o di pubblica utilità possono essere rimborsate. Giusta il N. 5063.2, alle spese fatturate da un'organizzazione Spitex per i trattamenti e le cure di base è applicabile la tariffa concordata tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (cfr. art. 43 cpv. 4 LAMal). Se viene fatturata una tariffa superiore, le spese eccedenti non possono essere assunte dalle PC. Se un'organizzazione Spitex non è riconosciuta come fornitore di prestazioni ai sensi dell'art. 51 OAMal, le spese per i trattamenti e le cure di base non possono essere assunte. Le spese di organizzazioni Spitex per prestazioni di economia domestica (aiuto domiciliare) possono essere rimborsate (DTF 132 V 121). Se

l'organizzazione Spitex non è riconosciuta ai sensi dell'art. 51 OAMal, le spese di economia domestica possono essere rimborsate soltanto fino a Fr. 25.-/ora. Inoltre, sommate alle spese da considerare secondo il N. 5066.1 DPC, le spese che possono essere rimborsate ammontano a Fr. 4'800.- al massimo per anno civile (N. 5063.3 DPC). Per il N. 5066 DPC, se esistono dubbi sulla necessità e sull'estensione dell'aiuto, delle cure e dell'assistenza a domicilio, l'Ufficio PC deve procedere agli accertamenti che riterrà opportuni e ridurre, eventualmente, le spese da assumere. Se, a causa di un'invalidità, il beneficiario di PC incontra delle difficoltà nello svolgere i lavori domestici necessari (cucinare, pulire, lavare, ecc.) può fare valere le spese comprovate che sono state fatturate per l'aiuto fornito da una terza persona fino ad un massimo di Fr. 4'800.- per anno civile (N. 5066.1 DPC). Giusta il N. 5066.2 DPC, se l'aiuto è stato fornito da una persona che vive nella stessa economia domestica o nella stessa fattoria, non si può procedere a nessun rimborso. Si possono rimborsare al massimo Fr. 25.-/ ora (N. 5066.3 DPC). Secondo il N. 5066.4 DPC, per l'aiuto e l'assistenza necessari a domicilio, insieme alle spese di cui al N. 5063.3 2° paragrafo DPC, possono essere rimborsati al massimo Fr. 4'800.- per anno civile. Il N. 5066.5 DPC recita che se in una coppia entrambi i coniugi sono invalidi, possono essere rimborsati al massimo Fr. 9'600.-. Per il N. 5066.6 DPC, le spese per l'aiuto e l'assistenza necessari a domicilio possono essere rimborsate in aggiunta alle spese di cui ai N. 5067 e N. 5067.1 [spese per il personale di cura assunto direttamente]. Tuttavia, non si può eccedere l'importo massimo previsto per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità (cfr. N. 5017).

2.7. Nella presente fattispecie, come risulta dalle fatture inviate dalla ricorrente alla Cassa cantonale di compensazione per i mesi di gennaio, febbraio, marzo ed aprile 2011 (docc. 1-8), l'aiuto domiciliare le è stato prestato sia dal \_\_\_\_\_, sia da \_\_\_\_\_, poi diventata \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Questo Tribunale rileva che parte delle prestazioni dispensate all'assicurata da \_\_\_\_\_, quali i consigli e le istruzioni forniti dall'operatore, sono state fatturate alla Cassa malati per il rimborso in virtù dell'assicurazione malattia obbligatoria LAMal, mentre altre prestazioni, quali l'economia domestica e la cura della persona, sono state poste direttamente a carico dell'assicurata, non essendo rimborsabili dalla LAMal. Le fatture di \_\_\_\_\_ sono invece tutte esclusivamente relative all'aiuto domestico e sono state quindi conteggiate per intero all'assicurata con la dicitura "fattura privata", siccome tale prestazione non viene assunta dall'assicurazione malattia obbligatoria. Per ciò che concerne l'attività di economia domestica, \_\_\_\_\_ ha fatturato all'assicurata 7 ore 30 minuti nel mese di gennaio 2011 (doc. 1c), 7h58 minuti in febbraio 2011 (doc. 3c), 8h05 in marzo (doc. 6c) e 9h04 nel mese di aprile 2011 (doc. 7c), calcolando il costo di Fr. 20.- all'ora. La cura personale è stata invece prestata all'assicurata dal \_\_\_\_\_ nella misura di 1h46 nel gennaio 2011 (doc. 1c), un'ora e 1 minuto nel mese di febbraio 2011 (doc. 3c) e un'ora nel marzo 2011 (doc. 6c), fatturando Fr. 20.-/ora. Per gli stessi periodi, \_\_\_\_\_ ha conteggiato e fatturato alla ricorrente un aiuto domiciliare di 10h50 minuti per gennaio 2011 (doc. 2), rispettivamente 8 ore 40 minuti (doc. 4), 10h50 nel marzo (doc. 5) e 8 ore 40 min. in aprile 2011 (doc. 8), a Fr. 25.- all'ora. La ricorrente ha chiesto il riconoscimento di 4 ore alla settimana, quindi di 16 ore al mese per l'aiuto domestico ricevuto, mentre la Cassa di compensazione gliene riconosce (solo) dieci al mese.

2.8. Questo Tribunale osserva innanzitutto che due sono le organizzazioni che sono intervenute ad aiutare l'assicurata al suo domicilio. Per sapere, stanti le considerazioni espone sull'art. 13 OMPC, quale capoverso dell'art. 18 LALPC sia applicabile al caso in esame, occorre determinare lo statuto di ciascuna associazione. \_\_\_\_\_, è un'associazione di diritto privato ed è riconosciuta quale Ente di pubblica utilità ed in quanto tale, sovvenzionata da Comuni e

Cantone ( [http://www.\\_\\_\\_\\_\\_.ch/index.cfm/5AEAE5FE-9DDC-BD3C-205B3BDDEAD020D7/](http://www._____.ch/index.cfm/5AEAE5FE-9DDC-BD3C-205B3BDDEAD020D7/) ). Essendo un servizio di utilità pubblica interamente finanziato da Enti pubblici, \_\_\_\_\_ figura nella lista dei Servizi per l'assistenza e cura a domicilio (SACD) approntata dal Cantone Ticino ( <http://www4.ti.ch/dss/dasf/uacd/assistenza-e-cure-a-domicilio/servizi-lacd-operanti-sul-territorio/servizi-per-lassistenza-e-cura-a-domicilio-sacd/> ) . Inoltre, questa associazione è presente nell'albo delle strutture e servizi sanitari ( <http://www4.ti.ch/dss/dsp/us/cosa-facciamo/autorizzazione-desercizio-strutture-e-servizi-sanitari/albo-strutture-sanitarie/> ) ed in particolare nello specifico albo delle "Organizzazione di cure a domicilio - Spitex" allestito dal Dipartimento della sanità e della socialità - Ufficio sanità ( <http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/US/PDF/StruttureServizi/spitex.pdf>, dove tale lista è aggiornata al 12 ottobre 2010). Il TCA evidenzia che questo particolare albo raggruppa tutti i fornitori di prestazioni (una ventina) che sono autorizzati e riconosciuti dal Cantone Ticino giusta l'art. 51 OAMal - e dalla Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) - a dispensare cure e aiuto a domicilio. Questo albo raggruppa quindi tutte le organizzazioni di cure a domicilio, indipendentemente se esse siano dei servizi pubblici o di utilità pubblica oppure degli istituti privati. Ora, in questa lista figura anche l'altra associazione che si occupava dell'assicurata, \_\_\_\_\_ ( [http://www.\\_\\_\\_\\_\\_.ch/it/ass\\_spitex2.asp](http://www._____.ch/it/ass_spitex2.asp) ), sebbene essa non sia (interamente) finanziata dall'Ente pubblico. Come tale, questa associazione può dunque essere definita come un'organizzazione privata, ma comunque riconosciuta Spitex risultando in questo specifico albo (DTF 132 V 125-127). In queste circostanze, d'avviso dello scrivente Tribunale, tutte e due le associazioni che si sono occupate della ricorrente fornendole aiuto, cura e assistenza a domicilio nel 2011, sono quindi delle organizzazioni (private) Spitex riconosciute ai sensi dell'art. 51 OAMal. Nella citata DTF 132 V 121 del 14 febbraio 2006, la nostra Massima Istanza ha evidenziato che le prestazioni di aiuto domiciliare fornite da organizzazioni private e riconosciute Spitex devono essere rimborsate ai sensi dell'art. 13 cpv. 4 OMPC (equivalente all'art. 18 cpv. 4 LALPC). In tal caso, non si deve quindi tenere conto del limite di Fr. 25.- all'ora fissato dall'art. 13 cpv. 7 OMPC (art. 18 cpv. 6 LALPC) e neppure del limite massimo di Fr. 4'800.- per anno civile. Questi limiti sono infatti applicabili, giusta l'art. 13 cpv. 6 OMPC (art. 18 cpv. 5 LALPC) a cui rinvia espressamente l'art. 13 cpv. 7 OMPC, unicamente alle spese di aiuto e assistenza - e non quindi anche alle spese di cura - prestate da persone che non lavorano per un'organizzazione Spitex riconosciuta ( "

## **E. 8**

LALPC (art. 3 OMPC), non siano già coperti dall'assicurazione malattia . Da ciò deriva che nel caso in cui, invece, l'assicurata si riferisca, nel ricorso, ad una terapia di sostegno psicosociale necessaria, dal profilo medico , per vivere dignitosamente a causa delle sue problematiche psichiche, la stessa è una prestazione totalmente indipendente e differente dalla summenzionata assistenza a domicilio riconosciuta nell'ambito delle prestazioni complementari (art. 14 cpv. 1 lett. b LPC). Come tale, essa rientra quindi nel catalogo delle prestazioni assunte dall'assicurazione malattia obbligatoria (art. 7 cpv. 2 lett. c cifra 2 OPre), a cui la ricorrente si deve pertanto rivolgere per ottenere il relativo rimborso dei costi. 2.10. Resta infine da determinare quante ore possono essere rimborsate alla ricorrente per le spese di aiuto, di cura e di assistenza a domicilio. Entrambe le parti concordano sulla necessità dell'assicurata di un aiuto domestico (per le sue problematiche fisiche, mentre sul piano psicosociale la questione è stata risolta al considerando 2.9). Come

detto, però, dalle 4 ore settimanali rimborsate inizialmente, pari a 16 ore al mese, la Cassa di compensazione ha ridotto a 10 ore mensili dal 1° gennaio 2011 il diritto al rimborso delle spese di aiuto domestico sopportate dalla ricorrente. Nel caso di specie, la Cassa di compensazione ha acquisito le necessarie indicazioni mediche a mezzo dell'apposito formulario per l' "Accertamento medico per il rimborso delle spese AI aiuto domestico nell'ambito delle prestazioni complementari" (doc. 9a), compilato dal medico curante della ricorrente il 10 gennaio 2011 e l'ha sottoposto alla valutazione della Commissione aiuto domestico (doc. 10c), di cui essa si avvale da alcuni anni. Anche i successivi certificati della psicologa-psicoterapeuta che ha in cura l'assicurata, \_\_\_\_\_ (doc. 11) e del medico curante, \_\_\_\_\_ (doc. 14), unitamente alle prese di posizione della ricorrente, sono stati valutati dalla predetta Commissione, i cui pareri sono prodotti agli atti (docc. 13c, 17d, VII/1, XI/1 e XXI/1). Per un coscienzioso esame dei casi problematici relativi a richieste di rimborso quali quella in discussione, la Cassa cantonale di compensazione ha istituito la Commissione aiuto domestico, presieduta dal dr. med. \_\_\_\_\_, affinché, mediante l'avviso di un medico esperto, essa possa giudicare le fattispecie concernenti - per quanto qui di interesse - le richieste di spese di aiuto, di cure e di assistenza necessari nell'economia domestica degli assicurati beneficiari di prestazioni complementari. 2.11. Giusta l'art. 43 cpv. 1 LPGA, l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per scritto. Per l'art. 43 cpv. 2 LPGA, se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi. Se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia (art. 43 cpv. 3 LPGA). Inoltre, secondo l'art. 44 LPGA se per chiarire i fatti l'assicuratore deve far ricorso ai servizi di un perito indipendente, ne comunica il nome alla parte. Essa può ricusare il perito per motivi fondati e presentare controproposte. Per l'art. 36 LPGA relativo alla ricusazione, le persone che devono prendere o preparare decisioni su diritti o obblighi devono ricusarsi se hanno un interesse personale nella questione o se, per altri motivi, potrebbero avere una prevenzione (cpv. 1). Per l'art. 36 cpv. 2 LPGA, se la ricusazione è contestata, decide l'autorità di vigilanza. Se si tratta della ricusazione del membro di un collegio, decide il collegio in assenza dell'interessato. Sull'indipendenza degli esperti nella procedura amministrativa si è di recente pronunciato il Tribunale federale nella sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, confermando che all'assicurato non deve derivare nessuno svantaggio, nella procedura amministrativa, dal fatto che la controparte processuale è lo Stato. Dal momento che le perizie, vista la loro funzione di supporto, sono spesso un elemento caratteristico della conoscenza giuridica, i periti medici devono principalmente essere allo stesso modo indipendenti ed imparziali come lo sono i giudici. Questo elementare requisito costituzionale si applica anche alle perizie amministrative di carattere medico, non appena formano la base per una decisione su un diritto fatto valere e più che mai quando nel successivo procedimento di ricorso saranno utilizzate come base per la valutazione giudiziaria. La natura formale della violazione del diritto ad avere un esperto indipendente ha per conseguenza che la perizia, che non presenta le necessarie caratteristiche, è da escludere come mezzo di prova, indipendentemente dall'esito della fondatezza delle eccezioni materiali (cfr. consid. 2.1.3).

Nella recente sentenza il Tribunale federale ha anche analizzato la natura dell'art. 44 LPGA e le conseguenze (giuridiche e pratiche) da essa derivanti, imponendo un rafforzamento dei diritti di partecipazione (cfr. consid. 3.4). 2.12. In concreto, con lo scritto del 21 febbraio 2011 (doc. 10a), facente seguito alla ricezione dell'apposito formulario per l'accertamento medico per il rimborso delle spese di aiuto domestico, l'amministrazione ha comunicato all'assicurata che, per determinare la necessità e l'estensione dell'aiuto, delle cure e dell'assistenza a domicilio, ha proceduto a degli accertamenti, e meglio ha sottoposto l'intera documentazione medica in suo possesso al giudizio del medico fiduciario della Cassa (dr. med. \_\_\_\_\_), che compone questa Commissione aiuto domestico. D'avviso di questo Tribunale, seppure l'istituzione di una tale Commissione aiuto domestico non sia stata specificatamente prevista dal Legislatore né federale (LPC) né tanto meno cantonale (LALPC), essa non può che portare competenza, chiarezza ed elementi di valutazione alla Cassa cantonale di compensazione. Non va infatti dimenticato che, quale organo amministrativo, forzatamente la Cassa di compensazione non dispone delle necessarie conoscenze per valutare, dal profilo medico, se siano dati i presupposti medici per ammettere la necessità di aiuto, cure e assistenza a domicilio e quindi per concedere ai beneficiari di prestazioni complementari il rimborso di spese per l'economia domestica. Il ricorso a questa Commissione è quindi opportuno. Infine, in merito alla sua natura, secondo il TCA, la Commissione aiuto domestico va considerata alla stregua di un perito interno come il Servizio Medico Regionale (art. 69 LAI e art. 69 OAI) e non come un perito esterno quale è invece il SAM (Servizio Accertamento Medico), a cui si affida l'Ufficio AI. Pertanto, l'art. 44 LPGA - e la giurisprudenza su di esso promulgata dal Tribunale federale (DTF 137 V 210) - non è qui applicabile. 2.13. Questa Corte ritiene in concreto, alla luce delle contestazioni mosse con il ricorso, che per potere valutare adeguatamente le conseguenze sull'aiuto domestico richiesto, e quindi per valutare l'eventuale numero di ore necessarie, alla luce dei certificati medici agli atti e le valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, sia necessario che, parallelamente alla Commissione aiuto domestico, un'altra istituzione qualificata si pronunci sulla quantificazione dell'effettivo bisogno della persona assicurata (art. 14 LPC). Secondo questo Tribunale, infatti, la valutazione della predetta Commissione aiuto domiciliare è riferita all'aspetto medico della questione, ovvero il perito deve pronunciarsi sullo stato di salute della persona assicurata sulle sue limitazioni e difficoltà fisiche o psichiche e, su tale base, decidere se sia indicato un aiuto a domicilio (nel senso ampio di aiuto, cura e assistenza), affinché essa possa continuare a vivere nella propria abitazione e non sia così costretta a ricoverarsi in una casa di cura. La Commissione può senz'altro procedere ad una valutazione quantitativa delle ore necessarie. Inoltre, in caso di insanabile controversia sugli aspetti medici fra il parere del medico curante ed il parere della Commissione aiuto domestico, laddove il caso imponesse un approfondimento maggiore, la Cassa cantonale di compensazione potrà rivolgersi eventualmente al Servizio Accertamento Medico dell'Ufficio assicurazione invalidità, istituto indipendente preposto all'allestimento di perizie, o, semmai, ad un altro perito esterno indipendente, per gli accertamenti necessari, fermi restando i summenzionati presupposti derivanti dall'art. 44 LPGA. La Commissione, ed eventualmente i periti esterni incaricati, determineranno la necessità per gli assicurati di fare capo all'aiuto a domicilio per continuare a vivere in casa propria conformemente a tale principio insito nell'art. 14 LPC. Per contro, laddove la controversia fra le parti portasse - come in specie - sulla quantificazione dell'aiuto domiciliare di cui abbisogna la persona assicurata, a mente del TCA, dovrebbe essere eseguita una valutazione specifica della situazione da parte di un'altra figura, più vicina, sul

campo, all'interessato e quindi più adatta: l'assistente sociale. Ciò avviene infatti già per la valutazione dell'assegno per grandi invalidi e della capacità delle casalinghe nell'ambito dell'assicurazione invalidità. 2.14. Secondo questo Tribunale, infatti, la situazione di una persona assicurata che a causa della vecchiaia, dell'invalidità, di un infortunio o di una malattia necessita di terzi che le prestino aiuto, cure e assistenza domiciliare affinché possa continuare a vivere nella propria abitazione, è raffrontabile (mutatis mutandis) alla situazione di un assicurato grande invalido. È considerato grande invalido ai sensi dell'art.

## **E. 9**

LPGA colui che, a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita. È considerato grande invalido anche chi a causa di un danno alla salute vive a casa e necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana. Chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica ha diritto almeno a un quarto di rendita. Chi ha bisogno unicamente di essere accompagnato in modo permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana è considerato grande invalido di grado lieve (art. 42 cpv. 3 LAI). Fra i compiti dell'Ufficio AI, l'art. 57 cpv. 1 lett. f LAI prevede, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, anche quello di valutare l'invalidità, la grande invalidità e le prestazioni d'aiuto di cui l'assicurato ha bisogno. Giusta l'art. 59 cpv. 1 LAI, gli Uffici AI si organizzano in modo da garantire che i compiti elencati nell'art. 57 siano eseguiti con professionalità ed efficienza nel rispetto delle prescrizioni legali e delle istruzioni della Confederazione. Gli Uffici AI possono far capo a specialisti dell'aiuto privato agli invalidi, ad esperti, a centri d'osservazione medica e professionale, nonché a servizi di altre istituzioni preposte alle assicurazioni sociali (art. 59 cpv. 3 LAI). Gli Uffici AI possono concludere con altri assicuratori e con gli organi dell'aiuto sociale pubblici convenzioni relative alla possibilità di far capo ai servizi medici regionali (art. 59 cpv. 4 LAI). Per l'art. 69 cpv. 2 OAI, se le condizioni assicurative che l'Ufficio AI deve esaminare (cpv. 1) sono adempiute, esso procura gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi. La Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), edita dall'UFAS, valida dal 1° gennaio 2012, chiarisce la procedura per l'assegnazione di un AGI. Secondo il N. 8129 CIGI, di regola l'Ufficio AI sottopone al medico curante il modulo compilato. Quest'ultimo verifica se i dati riportati sul modulo corrispondano al suo referto (formulario 5420). In base a questi dati si può chiedere il parere del SMR. Quest'ultimo invia all'Ufficio AI un rapporto scritto con i risultati dell'esame medico e una raccomandazione circa l'ulteriore trattamento della domanda di prestazioni dal punto di vista medico. Sulla base di tali indicazioni, l'Ufficio AI ordina eventuali accertamenti medici supplementari (per esempio un rapporto medico complementare). Per il N. 8131 CIGI, in linea di principio, l'Ufficio AI procede ad un accertamento sul posto. Vanno accertati la grande invalidità, un eventuale onere d'assistenza supplementare (per i minorenni) e il luogo di soggiorno (a domicilio o in un istituto, cfr. N. 8003 segg.). Le indicazioni fornite dalla persona assicurata, dai genitori o dal rappresentante legale vanno valutate criticamente. Nei casi di cui al N. 8130 (fra i quali: alla prima domanda per l'ottenimento di un assegno per grandi invalidi; in caso di domande di aumento dell'assegno per grandi invalidi in seguito al peggioramento della grande invalidità; in caso di revisioni d'ufficio, se cambia il grado della grande invalidità o l'entità dell'onere d'assistenza) occorre sempre eseguire un accertamento sul posto. Negli altri casi

l'Ufficio AI decide se si possa rinunciare a un accertamento sul posto. In caso di divergenze sostanziali tra il medico curante e il rapporto d'accertamento, l'Ufficio AI deve chiarire la situazione svolgendo una verifica mediante domande mirate e coinvolgendo il SMR. Per il resto si applica la CPAI (N. 8133 CIGI). Per quanto concerne l'accertamento sul posto, il N. 2114 della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI), valida dal 1° gennaio 2010, stato al 1° aprile 2011, stabilisce che un mandato di accertamento sul posto deve essere conferito nei casi menzionati (fra i quali, assegni per grandi invalidi dell'AI o dell'AVS). Se le condizioni personali degli assicurati sono già sufficientemente note e attestate da atti, si può rinunciare al conferimento del mandato. Per le prime richieste, tuttavia, va sempre effettuato un accertamento sul posto. Gli accertamenti devono essere eseguiti da personale qualificato. Secondo il N. 5001 CPAI, ai sensi dell'AI sono considerati servizi specializzati dell'aiuto pubblico e privato di utilità pubblica agli invalidi i servizi di consulenza e d'assistenza istituiti da organizzazioni pubbliche o private d'utilità pubblica che operano a favore degli invalidi. I servizi specializzati e gli specialisti non sono organi dell'AI. I servizi specializzati e gli specialisti non vincolati all'AI da una convenzione sono liberi di accettare o rifiutare mandati dell'AI (N. 5002 CPAI). Per gli assegni per grandi invalidi della LAVS e della LAI, quindi, gli specialisti dell'aiuto pubblico o privato di utilità pubblica agli invalidi, quali i servizi d'assistenza istituiti da organizzazioni pubbliche o private d'utilità pubblica che operano a favore degli invalidi, si recano sul posto e valutano le condizioni personali degli assicurati e quindi il grado della grande invalidità. Questi specialisti vedono e verificano di persona, nel caso concreto, i reali impedimenti della persona assicurata per compiere gli atti ordinari della vita e se chi, vivendo a casa, necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana. Per questi motivi, per un'analogia con l'istituto degli assegni per grandi invalidi, il Tribunale ritiene che i servizi di consulenza e d'assistenza istituiti da organizzazioni pubbliche o private d'utilità pubblica che operano a favore degli invalidi a cui normalmente fanno capo gli Ufficio AI, siano certamente (maggiormente) qualificati ed appropriati, e quindi adatti, per quantificare, concretamente per ogni assicurato beneficiario di prestazioni complementari, il numero di ore di cui ognuno necessita settimanalmente o mensilmente per l'aiuto, le cure e l'assistenza a domicilio a dipendenza dello stato di salute certificato medicalmente, affinché egli possa continuare a vivere al proprio domicilio e non essere invece ricoverato in una casa di cura. Le stesse Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS/AI, nella versione valida dal 1° gennaio 2002, stato fino al 31 dicembre 2003, prevedevano al N. 5067 DPC (attuale N. 5066 DPC) che la Cassa cantonale di compensazione, in caso di dubbi sulla necessità e sull'estensione dell'aiuto, delle cure e dell'assistenza a domicilio, doveva procedere agli accertamenti opportuni, quali ad esempio richiedere un certificato medico o il rapporto di un ufficio di assistenza sociale, oppure effettuare accertamenti propri e ridurre, eventualmente, le spese da assumere. 2.15. Tutto ben considerato, occorre pertanto che per il rimborso delle spese di malattia e di invalidità in ambito di prestazioni complementari, un servizio d'assistenza si pronunci sulla quantificazione della necessità concreta per la ricorrente di fare capo a terzi per l'aiuto, le cure e l'assistenza a domicilio, tenuto conto delle sue patologie psicofisiche che la limitano nelle attività della realtà quotidiana. L'assistente sociale si recherà, come per gli assegni per grandi invalidi, al domicilio dell'assicurata (come d'altronde richiesto espressamente da quest'ultima, doc. I) e verificherà sul posto in che misura (quante ore) dal 1° gennaio 2011 essa abbisogna(va) di aiuto, cure e assistenza a causa della vecchiaia, dell'invalidità, di un infortunio o di una malattia. Sulla scorta del numero di ore necessario stabilito

dall'assistente sociale, la Cassa cantonale di compensazione dovrà rimborsare alla ricorrente, in virtù dell'art. 18 cpv. 1 LALPC e dell'art. 18 cpv. 4 LALPC (cfr. consid. 2.8), le spese che sono insorte e che l'assicurata si è assunta nel corso del 2011. 2.16. Da quanto precede discende che la decisione su opposizione del 4 maggio 2011 che fissa in

#### **E. 10**

ore mensili il diritto dell'assicurata al rimborso delle spese di aiuto, cura e assistenza a domicilio dal 1° gennaio 2011 deve essere annullata. Di conseguenza, il ricorso va accolto e gli atti rinviati alla Cassa cantonale di compensazione affinché proceda come esposto nei considerandi e si determini quindi nuovamente, esperiti i necessari accertamenti, sul numero di ore necessarie all'assicurata e pertanto sul diritto al rimborso delle spese giusta l'art. 18 LALPC. Il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di riconoscere il diritto all'indennità di assicurati rappresentati segnatamente dall'Associazione svizzera degli invalidi (ora: Procap), dal servizio giuridico della Federazione svizzera per l'integrazione delle persone portatrici di handicap, dalla Pro infirmis, da un Sindacato, da un Patronato, dalla Caritas, ecc. (STF K 63/06 del 5 settembre 2007, consid. 5.4.1; DTF 126 V 11 consid. 2). In concreto, siccome è vincente in causa ed è rappresentata da un'organizzazione di utilità pubblica, la ricorrente ha diritto all'assegnazione di ripetibili (art. 61 lett. g LPG).

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