

TI_GERICHTE 35.2019.126 vom 19. Oktober 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-10-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.126

FR: TI_GERICHTE 35.2019.126 du 19 octobre 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2019.126 del 19 ottobre 2020

Regeste

Discussa la questione di sapere se l'assicuratore poteva ridurre l'importo corrisposto a titolo di partecipaz. alle spese di cura domiciliare per la via della revisione ex art. 17 cpv. 2 LPGA. Cure fornite da moglie assicurato, persona non autorizzata. Applic. nuovo diritto in vigore dal 1.1.2017

Erwägungen

E. 41

a fronte del fatto che l'assicuratore interessato e la precedente istanza pretendevano che il diritto al rimborso dei provvedimenti medici secondo l'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF fosse decaduto a seguito del riconoscimento dell'assegno per grandi invalidi di grado elevato, volto a coprire in modo forfetario le spese legate alla cura e all'assistenza a domicilio dell'assicurato -, l'Alta Corte ha altresì osservato che per cure permanenti, richieste a complemento della necessità di aiuto per compiere tutti e sei gli atti ordinari della vita determinanti, si deve intendere un genere di prestazione medica o infermieristica, necessaria in ragione dello stato fisico o psichico (ad esempio, la necessità quotidiana di somministrare medicinali oppure di applicare un bendaggio). Nel caso in cui l'aiuto (diretto o indiretto) di terzi nel compiere i singoli atti ordinari della vita è a tal punto ampio che l'ulteriore presupposto delle cure permanenti o della sorveglianza personale permanente (art. 38 cpv. 2 OAINF) riveste un significato soltanto secondario, è già sufficiente una minima realizzazione di una di queste esigenze supplementari (consid. 6b). Se in presenza di una manifesta necessità di aiuto per compiere tutti e sei gli atti ordinari della vita di rilievo, per ammettere la grande invalidità di grado elevato basta un minimo adempimento dell'ulteriore esigenza delle cure permanenti (o della sorveglianza personale permanente), allora vi è spazio per una retribuzione supplementare nell'ambito dell'art. 18 OAINF, la quale non consiste però in una presa a carico completa delle cure ma soltanto nel riconoscimento di un contributo (consid. 6c). In questo senso, la Corte federale ha precisato che il cateterismo, il battere e pressare la vescica, l'applicazione di un profilattico urinario, come pure lo svuotamento manuale dell'ampolla rettale, sono da considerare degli atti medici, in quanto la corretta scelta di questi provvedimenti, la loro armonizzazione con altre misure e la loro perfetta esecuzione, sono infatti di primaria importanza per preservare le precarie condizioni di salute (consid. 4b). Sempre in questo contesto, nella STF 8C_1037/2012 del 12 luglio 2013 consid. 7.2, il TF ha chiarito che, tenuto conto dei principi esposti in precedenza, non può essere fornita una risposta generale alla questione di sapere se le cure di base accessorie ai sensi dell'art. 18 cpv. 1 OAINF siano da indennizzare oppure siano già coperte dall'assegno per grandi invalidi. Tale aspetto va verificato in ogni singola fattispecie, alla luce dell'atto di cura in discussione in concreto. Va ancora segnalato che, in base alla raccomandazione n. 7/90 della Commissione ad hoc danni

LAINF del 27 novembre 1990 (revisione 17 marzo 2008), gli assicuratori LAINF erano invitati a corrispondere dei contributi adeguati per le cure non mediche (igiene del corpo, vestirsi e svestirsi), provocate dall'infortunio, a condizione che non esistesse ancora il diritto all'assegno per grandi invalidi. Al riguardo, era tuttavia indicato che l'esistenza di un diritto all'assegno per grandi invalidi comportava il decadimento di qualsiasi diritto a una partecipazione ai costi per tutti quei deficit nel compimento degli atti correnti coperti dall'assegno per grandi invalidi. Si precisava inoltre che per i lavori domestici puri (il bucato, lo stirare, le pulizie di casa e altri compiti correnti), l'assicuratore LAINF non aveva di principio alcun obbligo prestativo.

2.5. Il 1° gennaio 2017, è entrata in vigore la prima revisione della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (cfr. FF 2015 5583), nel cui contesto sono state modificate anche le disposizioni che disciplinano l'assunzione delle cure a domicilio. Il nuovo art. 10 cpv. 3 LAINF ha il seguente tenore: " Il Consiglio federale può definire più in dettaglio le prestazioni d'obbligo a carico dell'assicurazione e limitare il rimborso delle spese di cura all'estero. Esso può inoltre fissare le condizioni relative al diritto all'assistenza e alle cure a domicilio." Nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 30 maggio 2008, il Consiglio federale si è espresso al riguardo nei seguenti termini: " (...) Attualmente il Consiglio federale può stabilire a quali condizioni e in che misura l'assicurato ha diritto alle cure domiciliari. Questa disposizione tuttavia è contraria agli accordi internazionali sottoscritti dalla Svizzera. Conformemente al Codice Europeo di Sicurezza Sociale (CESS) e alla Convenzione n. 102 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro concernente le norme minime della sicurezza sociale (Convenzione OIL n. 102), le cure mediche comprendono infatti le cure infermieristiche, a prescindere dal fatto che vengano fornite a domicilio, in un ospedale o in un altro istituto medico. In virtù di questo accordo, le cure a domicilio devono essere assunte senza che l'assicurato debba partecipare alle spese (cfr. art. 10 cpv. 3)." (FF 2008 4719) Il nuovo art. 18 OAINF, che il Consiglio federale ha emanato in base alla delega di cui all'art. 10 cpv. 3 seconda frase LAINF, anch'esso in vigore a partire dal 1° gennaio 2017, prevede quanto segue: " (...). ¹ L'assicurato ha diritto alle cure mediche a domicilio prescritte dal medico, a condizione che queste siano prestate da personale o da organizzazioni autorizzati conformemente agli articoli 49 e 51 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie. ² L'assicuratore assegna un contributo per: a. un'assistenza medica a domicilio prescritta dal medico prestata da una persona non autorizzata, a condizione che questa assistenza sia eseguita in modo professionale; b. un'assistenza non medica a domicilio, se questa non è rimborsata dall'assegno per grandi invalidi secondo l'articolo 26." In questo contesto, risulta quindi che solo la cura medica a domicilio avente uno scopo terapeutico, prescritta da un medico e dispensata da personale o da organizzazioni autorizzati, deve essere integralmente presa a carico. Si tratta delle prestazioni figuranti all'art. 18 cpv. 1 OAINF. Per contro, l'art. 18 cpv. 2 OAINF prevede soltanto una partecipazione ("L'assicuratore assegna un contributo ...", "Der Versicherer leistet einen Beitrag ...", "L'assureur participe ...") all'assistenza medica a domicilio prescritta da un medico e dispensata da una persona non autorizzata (art. 18 cpv. 2 lett. a OAINF) e all'assistenza non medica a domicilio (art. 18 cpv. 2 lett. b OAINF).

2.6. Giusta l'art. 17 cpv. 2 LPGa – applicabile anche alle cure a domicilio concesse dopo la determinazione della rendita a persone totalmente invalide (art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF) (DTF 144 V 418 consid. 3.3.1 e riferimenti ivi menzionati) -, ogni altra (rispetto alla rendita d'invalidità, la quale è oggetto del capoverso 1 dell'art. 17) prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta,

aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione. L'aumento, la diminuzione o la soppressione di una prestazione durevole fondata sull'art. 17 cpv. 2 LPGA, presuppone l'esistenza di un motivo di revisione. Lo è ogni notevole modificazione delle circostanze di fatto, ad esempio un miglioramento o un peggioramento delle condizioni di salute, suscettibile di incidere sull'entità del diritto (cfr. DTF 137 V 424 consid. 2.2 e 3.1). A proposito della pretesa inapplicabilità della disposizione in questione (e della LPGA in generale) al caso concreto, il TCA si limita a rilevare che, nella STF 8C_896/2009 del 23 luglio 2010 consid. 4.2, pubblicata in RtiD 2011 I p. 206, il Tribunale federale ha ritenuto applicabile proprio l'art. 17 cpv. 2 LPGA, sebbene l'infortunio fosse accaduto nel 1980 e il contributo per le spese di cura domiciliare definito nel 2001 con transazione omologata dal Tribunale. Determinante è stato ritenuto il momento in cui è insorta la modifica della situazione esistente nel 2001 (cambiamento nell'organizzazione delle cure a domicilio, nella misura in cui esse non venivano più prestate soltanto da personale autorizzato), rispettivamente quello in cui è stata emanata la relativa decisione di revisione (2007). 2.7. In concreto, controversa è innanzitutto la questione di sapere se torna applicabile il vecchio o il nuovo diritto. Nella decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha ritenuto applicabile il diritto in vigore a far tempo dal 1° gennaio 2017, sottolineando che esso è più favorevole ai beneficiari di prestazioni (cfr. doc. 303, p. 5 – fasc. 6). Il ricorrente fa invece valere la tesi opposta (cfr. doc. I, p. 27). In proposito, è utile segnalare che, in una sentenza 8C_706/2019 del 28 agosto 2020 consid. 9.5, destinata alla pubblicazione, il TF ha stabilito che la modifica dell'art. 18 cpv. 2 OAINF, entrata in vigore il 1° gennaio 2017, si applica pure agli infortuni accaduti antecedentemente alla modifica di legge. Le prestazioni assegnate in base a una decisione cresciuta in giudicato devono essere riesaminate alla luce di questa nuova disposizione e, se del caso, adeguate per il futuro. In esito a quanto precede, la vertenza sub *judice* deve dunque essere decisa in applicazione del nuovo diritto, in vigore a contare dal 1° gennaio 2017. Alla patrocinatrice dell'insorgente va del resto fatto presente che il nuovo art. 18 cpv. 2 OAINF ha effettivamente migliorato la posizione dei beneficiari di prestazioni nel senso che, sino al 31 dicembre 2016, non esisteva un diritto a beneficiare di prestazioni per l'assistenza medica domiciliare prestata da una persona non autorizzata, né per l'assistenza non medica a domicilio mentre, a contare dal 1° gennaio 2017, è stato introdotto, nell'interesse dell'uguaglianza di trattamento, il diritto a un contributo (cfr. art. 18 cpv. 2 lett. a e b OAINF e la STF 8C_706/2019 succitata consid. 9.2). 2.8. Nella concreta evenienza, per il TCA si tratta in sostanza di stabilire se la situazione esistente al momento in cui il contributo alle spese per le cure a domicilio dell'assicurato è stato fissato a fr. 1'565.25/mese (fisioterapia e logopedia remunerate a parte), si è modificata in misura tale da giustificare la revisione ex art. 17 cpv. 2 LPGA del contributo medesimo. Questo Tribunale constata che il contributo in questione è stato fissato nel giugno 2005, allorché l'assicurato si trovava ancora degente presso il reparto invalidi lungodegenti della Casa per anziani _____ a _____ (cfr. doc. 212 – fasc. 4), conformemente a un "Prontuario delle prestazioni per la presa a carico del signor RI 1" elaborato di concerto tra l'CO 1 e la Direzione dell'istituto. Da quest'ultimo documento si evince che le cure infermieristiche di cui abbisognava l'insorgente erano fornite da personale diplomato e, pertanto, remunerate con una tariffa di fr. 60/ora, in base "alla convenzione tra Santéuisse e il Servizio di Assistenza e Cura a Domicilio" (doc. 211 e allegato – fasc. 4). L'istituto resistente ha continuato a corrispondere il medesimo contributo anche quando il ricorrente ha fatto ritorno al proprio domicilio (il 30 novembre 2012; doc. 106 – dossier

elettronico), frequentando il Centro diurno della Casa per anziani (doc. 104: “Spiegato che siamo disposti a continuare a riconoscere la somma di CHF 1565.25 pagata attualmente alla _____ a titolo di cure mediche a domicilio. Partiamo tuttavia dal principio che le stesse siano prestate da personale qualificato (numero di concordato ed iscrizione all’AVS quale indipendente o da uno Spitex)” e doc. 108, p. 2 – dossier elettronico). A partire da gennaio 2013, l’importo di fr. 1'565.25/mese è quindi stato pagato direttamente all’assicurato (cfr. doc. 107 – dossier elettronico: “Con scritto del 3.12.2012, siamo stati informati che il 30.11.2012 suo marito ha fatto rientro al suo domicilio lasciando così la _____. Di conseguenza, l’importo riconosciutogli a titolo di cure mediche a domicilio sarà in futuro versato direttamente a lui unitamente alle altre prestazioni assicurative quali rendita d’invalidità e assegno per grandi invalidi. (...). Essendo stati informati tardivamente del cambiamento intervenuto, la somma di CHF 1565.25 concessa per le cure mediche a domicilio è stata da noi ancora versata, per il mese di dicembre 2012, alla _____.” – il corsivo è del redattore). L’insorgente ha per anni incassato direttamente la somma in questione senza mai sollevare obiezioni di sorta a proposito dell’entità della prestazione riconosciutagli, di modo che è ora malvenuto a lagnarsi del fatto che l’CO 1 e la _____, nel fissare il contributo per le cure mediche a domicilio, “... non han mai pensato nemmeno di informare il qui ricorrente, e figuriamoci poi di chiedergli di prendervi posizione e/o di essere sentito, ovvero di ottenere il suo consenso. Ne discende che è totalmente fuorviante e falso affermare come fa arditamente la CO 1, che il calcolo effettuato non è mai stato oggetto di contestazione.” (doc. XIII, p. 4). Dalle carte processuali si evince che, a far tempo dal maggio 2018, RI 1 ha cessato di frequentare anche il Centro diurno della Casa per anziani _____ (doc. 219 – dossier elettronico). Da quel momento, quindi, l’assistenza gli è stata prestata esclusivamente presso il suo domicilio. Nel corso del mese di maggio 2019, l’amministrazione ha inviato alla patrocinatrice dell’assicurato uno scritto del seguente tenore: “ (...) La informiamo che durante dei colloqui svolti presso la _____ nel 2018 per altri nostri assicurati, siamo venuti a conoscenza che l’assicurato aveva deciso di lasciare la struttura e tornare a casa sua. Non essendo stati informati di questo fatto, era nostra intenzione effettuare una visita di cortesia per incontrare l’assicurato e fare il punto della situazione. Purtroppo, non essendo riusciti a pianificare questo colloquio, vi invitiamo a voler rispondere alle domande del questionario che riceverete in allegato. Una volta ricevuta risposta da parte vostra, qualora fossero necessarie ulteriori informazioni, ci permetteremo di richiedere nuovamente un incontro. (...)” (doc. 270 – dossier elettronico) Accluso allo scritto appena citato figurava un questionario contenente le seguenti domande: “ (...). 1) Chi si occupa attualmente delle cure (moglie / spitex / altri)? 2) È subentrato un cambiamento in merito alle cure prestate (più cure o meno cure rispetto a quelle indicate nel prontuario)? 3) Se sono richieste più cure le stesse sono da ricondurre a cosa (malattia? età? infortunio)? 4) Come vive attualmente l’assicurato? Descrivere in modo dettagliato una giornata tipo (giorno e notte).” (doc. 269) Queste le risposte fornite dall’avv. RA 1 in data 5 luglio 2019: “ (...). 2.1. Ad occuparsene è la moglie _____, che è pure la sua curatrice, che si dedica al 100% con l’aiuto di infermiera e fisioterapista a domicilio quando necessario. 2.2. La situazione è stabile. 2.3. Tutte le cure sono da ricondurre esclusivamente all’infortunio. 2.4. Si alza la mattina e fa colazione, dopo di ché con la moglie fanno una passeggiata, un giro fuori all’aperto, di un’ora / un’ora e mezzo. Tornano a casa e la moglie assiste il marito invalido a fare la doccia e barba. Segue un riposo. A mezzogiorno pranza e poi si riposa di nuovo. Nel pomeriggio fa di nuovo una passeggiata all’aperto di un paio d’ore. Torna a casa e cena.

Anche in _____, dove si trova ora, il programma è simile. Pure là sua moglie _____ si fa aiutare da un'infermiera e un fisioterapista, secondo le esigenze. Vi è poi una signora fissa che aiuta la moglie nelle faccende domestiche e di cura del marito invalido. Generalmente vanno al mare una-due volte all'anno." (doc. 275 – dossier elettronico) 2.9. Con la decisione formale dell'8 agosto 2018, poi confermata in sede di opposizione, l'assicuratore LAINF ha ridotto, a decorrere dal 1° settembre 2019, a fr. 628/mese il proprio contributo alle spese generate dalla cura a domicilio dell'assicurato, precisando che "essendo la situazione stabile abbiamo ripreso le stesse prestazioni di cura secondo il prontuario elaborato il 02.06.2005, limitandoci unicamente ad adattare la tariffa da persona/organizzazione autorizzata a persona/organizzazione non autorizzata." (doc. 285 – fasc. 5). Dal calcolo delle prestazioni allegato alla decisione formale emerge che il ricorrente ha bisogno di cure mediche ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre in misura di 26.89 minuti/giorno, e meglio 1.43 minuti/giorno per la "preparazione medicinali", 0.63 minuti per "posa sonda vescicale", 5 minuti per "cura sonda vescicale", 2.14 minuti per "cambio medicazione Cystofix", 0.11 minuti per "togliere sonda vescicale a dimora", 2.14 minuti per "lavaggio vescica", 6.86 minuti per "practoclyss" e 8.57 minuti per "evacuazione manuale delle feci". Per quanto riguarda invece l'assistenza non medica giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre ("cure di base"), il fabbisogno è stato quantificato in 16 minuti/giorno, e meglio 8 minuti/giorno per "posizionamento e comfort a letto" e 8 minuti per "mobilizzazione". Ritenuto che le prestazioni in questione vengono fornite da una persona (supposta, di questo aspetto se ne discuterà in seguito) non autorizzata (la moglie dell'assicurato), l'amministrazione ha remunerato quelle di natura medica con una tariffa oraria di fr. 30 e quelle di natura non medica con una tariffa oraria di fr. 27/ora (cfr. doc. 287 – fasc. 5). Chiamata a esaminare la legalità del provvedimento in questione, questa Corte osserva innanzitutto che l'assicuratore convenuto ha effettivamente considerato i medesimi atti ed i relativi minutaggi previsti nel "Prontuario delle prestazioni per la presa a carico del signor RI 1" del 2 giugno 2005 (cfr. doc. 286 – fasc. 5), e ciò alla luce del fatto che, interpellata in merito all'intervenuto di un eventuale cambiamento rispetto alla situazione descritta in quel documento, l'avv. RA 1 ha attestato che "la situazione è stabile" (doc. 275, p. 2 – fasc. 2). Riguardo a questo aspetto, il TCA può condividere l'agire dell'amministrazione. È vero che essa non ha esperito un'istruttoria particolarmente approfondita (in altre fattispecie giudicate da questo Tribunale, l'CO 1 aveva in effetti proceduto a dei rilevamenti del fabbisogno di cure domiciliari, affidandone l'incarico a un organismo di sua fiducia), è però altrettanto vero che l'assenza di cambiamenti, qualitativi e quantitativi, nella dispensazione delle cure a domicilio, è stata riconosciuta sia dall'assicurato stesso, per il tramite della sua patrocinatrice - nella procedura amministrativa (doc. 275, p. 2 – fasc. 2: "la situazione è stabile") e ancora in quella giudiziaria (cfr. doc. IX: "... in concreto praticamente nulla è cambiato in punto alle cure infermieristiche prestate al ricorrente a domicilio rispetto a quelle prestate presso la Casa anziani _____ in regime "ospedale di giorno". Semplicemente il ricorrente si è trasferito a casa sua "traslocandovi" i suoi bisogni di cure." e doc. XXII: "... le cure prestate dalla moglie del ricorrente sono sempre quelle già eseguite presso la casa anziani le quali sono di tipo infermieristico, e comunque diverse da quelle già coperte dall'assegno per grandi invalidi (art. 18 cpv. 2 lett. b OAINF)." – il corsivo è del redattore) -, sia dal suo medico curante, dott. _____ (cfr. doc. H: " Confermo che attualmente le prestazioni eseguite anni fa in regione stazionario presso la casa anziani residenza _____, vengono svolte dalla moglie. Per quanto concerne il catetere vescicale vengono effettuati

controlli regolari presso il servizio di urologia dell'ospedale _____ di _____.” – il corsivo è del redattore). In queste condizioni, il TCA non può quindi seguire l'insorgente laddove fa valere che l'istituto assicuratore convenuto avrebbe violato il principio inquisitorio. In realtà, esso ha ritenuto di potersi esimere dal disporre ulteriori accertamenti, considerando, a ragione, che gli elementi di cui disponeva fossero sufficienti per decidere in piena cognizione di causa. Parimenti infondata appare l'obiezione secondo la quale, per le modalità utilizzate, l'CO 1 avrebbe leso il diritto di essere sentito e il principio della buona fede. Questa Corte rileva che l'informazione secondo la quale il fabbisogno di cure a domicilio non si era nel frattempo modificato, è stata fornita dall'assicurato stesso (per il tramite della sua rappresentante), per cui non si vede in che modo l'amministrazione potrebbe aver violato il suo diritto di essere sentito. D'altro canto, all'assicuratore non può neppure essere rimproverato di aver agito in maniera sleale nei confronti del proprio assicurato, e ciò per averlo interpellato senza avvertirlo esplicitamente che le informazioni sarebbero servite a verificare l'adempimento dei presupposti di una revisione del contributo in vigore. In effetti, alla patrocinatrice dell'insorgente, giurista sperimentata, non poteva e doveva sfuggire che, nell'ambito delle assicurazioni sociali, le istruttorie vengono effettuate per definire il diritto a prestazioni, tanto più che in concreto si era nel frattempo prodotta una modifica – trasferimento dell'assicurato dalla casa anziani al proprio domicilio – delle circostanze alla base della decisione di accordare un contributo mensile di fr. 1'565.25. D'altra parte, e a prescindere da quanto precede, non può essere ignorato che, nell'ambito della procedura di opposizione e di quella giudiziaria, l'avv. RA 1 ha avuto la possibilità di far valere le proprie ragioni e di produrre i relativi mezzi di prova. Ora, così come precisato in precedenza, quanto dichiarato e i mezzi di prova prodotti in quelle sedi dalla rappresentante del ricorrente, confermano la circostanza che in realtà nulla è mutato dal profilo della qualità e della quantità delle cure domiciliari fornite (se non che esse vengono ora dispensate dalla moglie dell'assicurato). 2.10. A questo punto, occorre esaminare se _____ possa essere considerata una persona autorizzata ai sensi dell'art. 18 cpv. 1 OAINF. La patrocinatrice dell'assicurato lo sostiene, facendo valere che “il lavoro della moglie deve essere calcolato non in ragione del fatto che è moglie ma a tutta evidenza in ragione del fatto che ella supplisce ai lavori di infermiera qualificata in favore del marito qui ricorrente, che prima venivano svolti dal personale impiegato presso la casa per anziani _____”, di modo che “..., occorre concludere che in termini economici il risultato torna ad essere pressoché uguale. Anzi, conto tenuto che il calcolo è datato 2005 occorre invece adeguare la somma corrisposta con il carovita frattanto intervenuto in 15 anni da allora trascorsi.” (doc. IX, p. 3). Trattandosi della definizione di persona autorizzata, l'art. 18 cpv. 1 OAINF rinvia in particolare all'art. 49 OAMal, il quale prescrive che gli infermieri devono attestare il conseguimento di un diploma di una scuola di cure infermieristiche riconosciuto o ritenuto equipollente da un organismo designato in comune dai Cantoni, o di un diploma riconosciuto secondo la legge federale del 13 dicembre 2002 sulla formazione professionale (lett. a) e un'attività pratica di due anni effettuata presso un infermiere autorizzato conformemente alla presente ordinanza, oppure in un ospedale o presso un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio, sotto la direzione di un infermiere che adempie le condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza (lett. b). Da notare che in dottrina si sostiene che, in ossequio alla giurisprudenza sviluppata in materia di assicurazione contro le malattie, tutte le persone che non adempiono le esigenze formali d'autorizzazione, sono da considerare quali fornitori di prestazione non autorizzati, con la precisazione che anche quelle persone alle quali è stata concessa l'autorizzazione cantonale

al libero esercizio della professione ma non sono in possesso del numero di concordato, vanno parimenti trattate quali fornitori non autorizzati (cfr. H. Landolt, *Unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung nach Inkrafttreten der Teilrevision, Pflegerecht* 2017 p. 136; dello stesso autore si veda anche *Entwicklungen im Pflegerecht, Pflegerecht* 2017 p. 194 ss., in particolare p. 202 s., e i riferimenti giurisprudenziali ivi citati; in questo senso, si veda pure l'art. 4 cpv. 2 della Convenzione amministrativa tra l'ASI e gli assicuratori malattia firmatari). Nel caso di specie, dagli atti a disposizione non risulta, e del resto neppure viene preteso, che la moglie dell'assicurato adempia le condizioni previste dall'art. 49 OAMal, cosicché ella non può essere considerata persona autorizzata ai sensi dell'art. 18 cpv. 1 OAINF. Trattandosi di persona non autorizzata, è quindi corretto che le sue prestazioni siano state retribuite in applicazione del cpv. 2 dell'art. 18 OAINF. Peraltro, la qualità delle prestazioni fornite da _____ non è in discussione (cfr. doc. 303, p. 5 – fasc. 6: "... - anche se nessuno mette in dubbio le sue capacità data la sua lunghissima esperienza - ..."), dal momento in cui l'art. 18 cpv. 2 lett. a OAINF, disposizione ritenuta applicabile dall'CO 1, pone la condizione che l'assistenza sia eseguita in modo professionale. Per quanto concerne la tariffa con la quale viene retribuita l'assistenza prestata da _____, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'amministrazione ha "... applicato la tariffa di fr. 27.— per la mobilitazione e il comfort a letto in quanto si tratta di assistenza non medica (ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre) e di fr. 30.— per le altre misure (ex art. 7 cpv. 2 lett. b OPre)". È inoltre stato specificato che "le tariffe sono state fissate facendo capo ai dati pubblicati dall'Ufficio federale di statistica (RSS), TA1, ramo 86-86 [recte: - 88], profilo 1 risp. 2." In proposito, va rilevato che l'entità della partecipazione ai sensi dell'art. 18 cpv. 2 lett. a e b OAINF non è precisata dalla legge. Essa deve venir stabilita con equità in funzione dell'importanza dei compiti. Occorre inoltre tenere conto che le disposizioni dell'OAINF non prevedono una presa a carico integrale delle prestazioni, ma soltanto una partecipazione (cfr. Kieser/Gehring/Bollinger, *KVG/UVG Kommentar*, n. 24 ad art. 10 LAINF). La raccomandazione n. 7/90 della Commissione ad hoc danni LAINF del 27 novembre 1990 (revisione 23 giugno 2017), intitolata "Aide et soins à domicile", prevede in merito che, trattandosi dell'assistenza medica domiciliare prestata da una persona non autorizzata (ad esempio, da un congiunto), la tariffa oraria va calcolata riferendosi alla tabella RSS TA1, ramo economico 86-88 ("Sanità e assistenza sociale"), livello di competenze 2. Per quanto concerne invece l'aiuto domiciliare non medico (cure di base), sempre prestato da una persona non autorizzata, si applica il livello di competenze 1 della medesima tabella (cfr., pure, H. Fischer, *Unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung – die Zahlen*, in *Pflegerecht* 2014, p. 210). Il TCA constata che la retribuzione dell'assistenza prestata dalla moglie dell'assicurata (assistenza medica e cure di base), è avvenuta in conformità alla raccomandazione appena menzionata. Ora, secondo costante giurisprudenza, le raccomandazioni della Commissione ad hoc sinistri LAINF rappresentano delle linee guida, e non delle direttive per gli organi esecutivi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, dalle quali però il tribunale di regola non si discosta, se costituiscono una convincente concretizzazione delle disposizioni legali (DTF 132 V 121 consid. 4.4 e riferimenti ivi menzionati). Questo Tribunale non ha alcun motivo di discostarsi dalla raccomandazione in oggetto, non fosse altro per garantire l'uguaglianza di trattamento tra gli assicurati. Se ne deduce pertanto che la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata anche nella misura in cui le prestazioni fornite dalla moglie del ricorrente sono state retribuite con una tariffa oraria di fr. 30, rispettivamente di fr. 27 (in questo stesso

senso, si veda la STF 8C_678/2019 del 14 settembre 2020 consid. 10, destinata alla pubblicazione, riguardante una fattispecie in cui le cure domiciliari erano prestate dalla moglie della persona assicurata, impiegata quale infermiera presso un ospedale). La partecipazione a carico dell'CO 1 alle spese generate dalla cura a domicilio dell'assicurato, ammonta di conseguenza a fr. 628/mese, e meglio così come risulta dal conteggio delle prestazioni di cura allegato alla decisione formale dell'8 agosto 2019 (cfr. doc. 287 – fasc. 5). In merito all'affermazione secondo la quale _____ verrebbe coadiuvata nell'assistenza al marito da un'infermiera e/o un fisioterapista in ragione di 1/2 ore alla settimana (doc. I, p. 19, doc. IX, p. 3 e doc. XIII, p. 7), secondo il TCA, tale circostanza non risulta dimostrata con un sufficiente grado di verosimiglianza. Oltre a non essere stato prodotto in proposito alcun mezzo di prova (le fatture agli atti del _____ [cfr. allegati al doc. 291 – fasc. 6] riguardano il periodo sino a febbraio 2019; a partire da marzo 2019, il Servizio appena menzionato non segue più l'assicurato [doc. 274 – dossier elettronico]), dalle carte processuali emergono su questo aspetto informazioni contraddittorie. Innanzitutto, contrariamente a quanto dichiarato dal _____ in occasione del colloquio telefonico dell'8 luglio 2019 (doc. 274 – dossier elettronico), l'assicurato non risulta seguito dal Servizio cure a domicilio _____ (cfr. doc. 287 – dossier elettronico). D'altro canto, l'avv. RA 1 non ha fornito alcuna indicazione circa l'identità della persona o del servizio che presterebbe (occasionale) assistenza all'assicurato. Inoltre, dalle certificazioni agli atti del dott. _____ si evince, nella prima, che il supporto infermieristico a domicilio servirebbe alla “misurazione dei parametri vitali e preparazione dei medicinali” (doc. G) mentre, nella seconda, si sostiene che tutte le prestazioni vengono fornite dalla moglie, fatta eccezione per il catetere vescicale che viene invece controllato presso il Servizio di urologia dell'Ospedale _____ di _____ (doc. H). In esito a tutto quanto precede, occorre concludere che l'assicuratore resistente era legittimato a sottoporre a revisione ex art. 17 cpv. 2 LPGA, la decisione (presa nel 2005 e perpetuata sino al mese di agosto 2019) di accordare un contributo mensile di fr. 1'565.25. Diversamente da quanto pretende la rappresentante del ricorrente, la riduzione dell'importo riconosciuto a titolo di partecipazione alle spese di aiuto domestico, non è dunque affatto il risultato di una reformatio in pejus. 2.11. Con la propria impugnativa, l'avv. RA 1 ha pure chiesto che l'CO 1 venga condannato a pagare l'importo di fr. 4'000 a titolo di spese legali occasionate illecitamente (doc. I, p. 29). Nella misura in cui la patrocinatrice intende con ciò chiedere un risarcimento ai sensi dell'art. 78 LPGA, la relativa pretesa va dichiarata irricevibile in questa sede, non essendo oggetto della decisione su opposizione impugnata (su questo aspetto, cfr. DTF 134 V 418 consid. 5.2.1).

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