

## **TI\_GERICHTE 36.2025.26 vom 15. September 2025**

TI Tribunale d'appello, 2025-09-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2025.26](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.26)

FR: TI\_GERICHTE 36.2025.26 du 15 septembre 2025

IT: TI\_GERICHTE 36.2025.26 del 15 settembre 2025

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

dicembre 2010 (cfr. anche K 129/06 del 29 giugno 2007), il Tribunale federale, in un caso relativo all'applicazione di una posizione del TarMed, ha stabilito che competente per decidere nel merito della vertenza è il Tribunale arbitrale e non il Tribunale delle assicurazioni. In quel caso l'Alta Corte è stata chiamata a statuire su un ricorso dell'assicuratore che contestava una sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Zurigo, il quale, entrando nel merito dell'impugnativa, aveva esaminato se la Cassa malati doveva assumersi tutte le posizioni figuranti nella nota d'onorario di un medico. Dai fatti emerge che l'assicurata si era sottoposta ad una visita presso uno specialista FMH in ortopedia. L'assicuratore, dopo aver esaminato nel dettaglio la nota d'onorario, aveva negato all'interessata il rimborso dell'importo complessivo di fr. 1'293.45, riconoscendole unicamente fr. 523.85. La Cassa aveva evidenziato la non conformità della nota d'onorario con il tariffario vigente, rilevando di aver già informato in passato lo specialista circa il fatto che il suo studio medico non emetteva onorari corretti. Dopo essersi rivolta invano all'Ombudsman delle assicurazioni sociali e sentendosi abbandonata, l'assicurata ha chiesto alla Cassa l'emanazione di una decisione formale. L'assicuratore ha emesso la decisione richiesta, spiegando che potevano essere riconosciute solo le posizioni TarMed per un totale di fr. 523.85 in luogo dei fr. 1'293.45 fatturati. Il ricorso contro la successiva decisione su opposizione è stato parzialmente accolto dal Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo il quale ha condannato l'assicuratore a versare un importo supplementare di fr. 266.50. Il TF, adito dall'assicuratore, ha annullato la pronuncia cantonale e la decisione impugnata ed ha imposto alla Cassa di rappresentare l'assicurata innanzi al Tribunale arbitrale nella controversia contro il medico specialista. La causa in esame non si apparenta tuttavia a quella appena citata, bensì a quella giudicata dal TF con sentenza 9C\_365/2012 del 31 ottobre 2012. Dai fatti relativi a quella sentenza emerge che il 21/22 dicembre 2010 un'organizzazione spitex ha chiesto all'assicuratore l'assunzione delle prestazioni, fino ad allora rimborsate, per il periodo dal 1° dicembre 2010 al 31 maggio 2011 (per un totale di 106 ore e 56 minuti "pro Quartal"). Il 4 marzo 2011 l'assicuratore ha deciso di riconoscere unicamente 72 ore. L'interessato ha inoltrato opposizione. Il 10/17 maggio 2011 l'organizzazione spitex ha inoltrato una richiesta per il periodo dal 1° giugno 2011 al 30 novembre 2011 (96 ore e 13 minuti "pro Quartal"). Anche in questo caso l'assicuratore ha ridotto le ore riconosciute analogamente a quanto stabilito in precedenza e con decisione su opposizione del 29 giugno 2011 ha respinto le censure dell'assicurato. Il Tribunale cantonale amministrativo del Canton Berna ha accolto il ricorso dell'assicurato, riconoscendo prestazioni per 201 ore per il periodo dal 1° dicembre 2010 al 31 maggio 2011, rispettivamente di 192,26 ore dal 1° giugno al 30 novembre 2011. Il ricorso dell'assicuratore è stato parzialmente accolto dal TF, nel senso che l'obbligo prestativo è stato riconosciuto nella misura di 195 ore per il primo periodo e

186,26 per il periodo dal 1° giugno al 30 novembre 2022 (recte: 2011). L'Alta Corte è entrata nel merito del ricorso senza sollevare alcun dubbio circa la competenza del Tribunale amministrativo del Canton Berna a decidere nel merito della causa. Vanno qui anche segnalate le sentenze, analoghe, 9C\_702/2010 del 21 dicembre 2010 e 9C\_528/2012 del 20 giugno 2013. Nel primo caso il TF è entrato nel merito del ricorso presentato da un assicuratore contro una sentenza emessa dal Tribunale amministrativo del Canton Glarona che ha parzialmente accolto il ricorso di un assicurato che contestava la riduzione dell'ammontare del monte ore riconosciuto dalla cassa e che si era fondato anche su una perizia emessa in applicazione dello strumento RAI-HC (cfr. consid. 4.2.3). Il secondo caso è invece simile a quello giudicato con sentenza 9C\_365/2012 del 31 ottobre 2012. L'assicurato, nato nel 1925, beneficiava da tempo delle prestazioni spitex. Con decisioni del 4 agosto 2011, confermata con decisione su opposizione del 31 ottobre 2011, l'assicuratore ha ridotto da 128.7 ore "pro Quartal" a 65 ore le spese riconosciute. Il Tribunale amministrativo del Canton Berna ha parzialmente accolto il ricorso dell'assicurato, riconoscendo 123.55 ore. Il TF ha parzialmente accolto il ricorso, condannando l'assicuratore a pagare prestazioni spitex per 86,7 ore. Anche in questo caso la competenza del Tribunale amministrativo non è stata messa in discussione. Più recentemente il Tribunale federale è entrato nel merito di un ricorso di un assicuratore malattie contro la sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Canton Basilea Città in relazione alla contestazione della quantificazione delle ore prestate da un'organizzazione spitex per la cura di un assicurato nato nel 1929 (STF 9C\_912/2017 del 6 dicembre 2018), nonché di un ricorso di un'assicurata minorenni contro una sentenza del 24 agosto 2022 del Tribunale delle assicurazioni del Canton Turgovia, in merito al riconoscimento delle prestazioni eseguite dalla madre dell'assicurata dipendente dello spitex che forniva le cure (STF 9C\_480/2022 del 29 agosto 2024 pubblicata in DTF 151 V 1; cfr. anche STF 9C\_41/2020 del 17 giugno 2020). Sono invece state giudicate da Tribunali arbitrali le vertenze che vedevano direttamente opposti l'assicuratore malattie e l'organizzazione spitex, rispettivamente un fornitore di prestazioni in merito alla fatturazione di prestazioni (cfr. STF 9C\_307/2020 del 10 agosto 2020; 9C\_456/2019 del 18 dicembre 2019 [relativo ad un'infermiera]). In concreto la vertenza inerente la contestazione dell'onere orario mensile in merito a prestazioni fondate sull'art. 25a LAMal e 7 OPre oppone un'assicurata ad un assicuratore malattie. Ne segue che questo Tribunale non ha alcun motivo per non entrare nel merito del ricorso.

2.2. Dal 1° luglio 2024 sono entrate in vigore alcune modifiche della LAMal, dell'OAMal e dell'OPre che non sono applicabili al caso di specie considerato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, in caso di modifica delle basi legali, si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 140 V 154, consid. 7.1; DTF 130 V 156 consid. 5.1; DTF 127 V 467 consid. 1). In concreto oggetto del contendere è il riconoscimento di prestazioni fornite dal 30 settembre 2023 al 9 giugno 2024 (cfr. anche scritto del 1° settembre 2025 dell'assicuratore al TCA, doc. XV). Ogni riferimento alle norme applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va pertanto inteso nel tenore in vigore fino al 30 giugno 2024.

2.3. Per l'art. 24 cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25–31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32–34. Secondo l'art. 25a cpv. 1 LAMal nel tenore in vigore fino al 30 giugno 2024, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatoriamente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno

terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura. La remunerazione dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici utilizzati per le cure è retta dall'articolo 52. Il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno (art. 25a cpv. 3 LAMal nel tenore in vigore fino al 30 giugno 2024). Per l'art. 25a cpv. 4 LAMal il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo della qualità. Il Consiglio federale determina le modalità. Secondo l'art. 32 cpv. 1 LAMal le prestazioni di cui agli articoli 25–31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente (art. 32 cpv. 2 LAMal). Ai sensi dell'art. 56 cpv. 1 LAMal il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura.

2.4. Per l'art. 33 lett. b OAMal sentita la commissione competente, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) designa le prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 e 25a capoversi 1 e 2 della legge, non dispensate dai medici o dai chiropratici. A questo proposito l'art. 7 cpv. 1 OPre prevede che sono considerate prestazioni ai sensi dell'articolo 33 lettera b OAMal gli esami, le terapie e le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8: a. da infermieri (art. 49 OAMal); b. da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal); c. in case di cura (art. 39 cpv. 3 della LF del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie; LAMal). Le prestazioni a carico dell'assicuratore malattie sono elencate nell'art. 7 cpv. 2 OPre. Secondo questa disposizione sono prestazioni ai sensi del capoverso 1: a. valutazione, consigli e coordinamento: 1. valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari, 2. consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari non professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicinali o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari, 3. coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili; b. esami e cure: 1. controllo dei segni vitali (polso, pressione sanguigna, temperatura, respirazione, peso), 2. test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina, 3. prelievo di materiale per esame di laboratorio, 4. provvedimenti inerenti la terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione), 5. posa di sonde e di cateteri come pure le cure corrispettive, 6. cure in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale, 7. preparazione e somministrazione di medicinali nonché documentazione delle attività associate, 8. somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive 9. sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni come pure d'apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico, 10. lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheostoma) come pure la pedicure per diabetici, 11. cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso d'incontinenza, 12. assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fango, 13. assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana, quali l'esercizio di strategie d'intervento e le istruzioni comportamentali per i casi di aggressione, paura e psicosi deliranti, 14. sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi, volto segnatamente a impedire attacchi acuti pericolosi

per loro stesse e per gli altri; c. cure di base: 1. cure di base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione del paziente, esercizi di mobilizzazione, prevenzione antidecubito, prevenzione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente e a nutrirlo, 2. 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. 2.5. Per valutare l'obbligo di prestazione nel suo principio e nella sua entità, sono necessarie informazioni chiare sulle misure disposte e attuate nel singolo caso (art. 42 cpv. 3 LAMal; DTF 131 V 178, consid. 2.4). Secondo l'art. 8 cpv. 1 OPre la prescrizione o il mandato medico determina se il paziente necessita di prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2 o di cure acute e transitorie secondo l'articolo 25a capoverso 2 LAMal. Nella prescrizione o nel mandato il medico può dichiarare necessarie determinate prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2. Ai sensi dell'art. 8 cpv. 2 OPre la durata della prescrizione o del mandato medico non può superare: a. nove mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2; b. due settimane per le cure acute e transitorie di cui all'articolo 25a capoverso 2 LAMal. Per l'art. 8 cpv. 3 OPre per le persone che ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità o dell'assicurazione infortuni a causa di una grande invalidità di grado medio o elevato, il mandato medico o la prescrizione medica è di durata illimitata per quanto concerne le prestazioni attinenti alla grande invalidità. L'assicurato deve comunicare all'assicuratore l'esito della revisione dell'assegno per grandi invalidi. Al termine di una siffatta revisione, il mandato medico o la prescrizione medica vanno rinnovati. Le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 2 lettera a possono essere prorogati (art. 8 cpv. 4 OPre). 2.6. Per l'art. 8a cpv. 1 OPre i bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2, necessarie per attuare la prescrizione o il mandato medico di cui all'articolo 8 (valutazione dei bisogni), sono valutati da un infermiere di cui all'articolo 49 OAMal in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico che ha emesso la prescrizione o il mandato. Secondo l'art. 8a cpv. 2 OPre, nel tenore in vigore fino al 30 giugno 2024, per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b, che sono necessarie secondo la valutazione dei bisogni, occorre l'esplicito consenso del medico. Se quest'ultimo non accorda esplicitamente il consenso, occorre effettuare una nuova valutazione dei bisogni. La nuova valutazione dei bisogni avviene con il coinvolgimento del medico qualora quest'ultimo lo ritenga necessario. La valutazione dei bisogni comprende anche l'analisi dello stato generale del paziente e dell'ambiente in cui vive (art. 8a cpv. 3 OPre). Essa si basa su criteri uniformi. Il risultato è registrato in un formulario uniforme elaborato congiuntamente dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori. Nel formulario deve essere segnatamente indicato il tempo necessario previsto (art. 8a cpv. 4 OPre). Lo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni deve consentire la registrazione di dati sugli indicatori medici della qualità di cui all'articolo 59a capoverso 1 lettera f LAMal per mezzo di dati di routine rilevati durante la valutazione dei bisogni (art. 8a cpv. 5 OPre). L'assicuratore può esigere che gli siano comunicati gli elementi della valutazione dei bisogni concernenti le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 (art. 8a cpv. 6 OPre). Dopo una proroga o un rinnovo di un mandato medico o di una prescrizione medica, è necessaria una nuova

valutazione dei bisogni (art. 8a cpv. 7 OPre). Per l'art. 8c OPre la procedura di controllo serve a verificare la valutazione dei bisogni e a controllare il valore terapeutico e l'economicità delle prestazioni dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b. Se la valutazione dei bisogni prevede oltre 60 ore di cure per trimestre, il medico di fiducia (art. 57 LAMal) può verificarla. Se prevede meno di 60 ore per trimestre, il medico di fiducia effettua sistematiche verifiche per campionatura. I fornitori di prestazioni e gli assicuratori possono concordare ulteriori disciplinamenti della procedura di controllo.

2.7. I contributi a carico dell'assicurazione malattie sono elencati nell'art. 7a cpv. 1 OPre secondo cui nel caso dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b, l'assicurazione versa, per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi seguenti: a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a: 76.90 franchi all'ora; b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b: 63.00 franchi all'ora; c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c: 52.60 franchi all'ora. A questo proposito l'art. 25a cpv. 5 LAMal prevede che i costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo. La determinazione e il versamento del finanziamento residuo competono al Cantone nel quale l'assicurato è domiciliato. Nel caso delle cure ambulatoriali, il finanziamento residuo è retto dalle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. La degenza in una casa di cura non fonda una nuova competenza. Se, al momento del ricovero, nel Cantone di domicilio non vi è disponibilità di posti letto in una casa di cura situata nei pressi del domicilio dell'assicurato, il finanziamento residuo è assunto dal Cantone di domicilio conformemente alle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. Questo finanziamento residuo e il diritto dell'assicurato alla degenza nella casa di cura in questione sono garantiti senza limiti di tempo.

2.8. Con sentenza C\_912/2017 del 6 dicembre 2018 pubblicata in SVR 2019 KV n. 5, al consid. 4.3 il Tribunale federale ha affermato che la decisione in merito alle misure adeguate per quanto concerne il tempo, la forma ed il contenuto rientra nel potere di apprezzamento dell'associazione Spitex e del medico che ha ordinato l'intervento ("Welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt angebracht sind, steht im pflichtgemässen Ermessen der Leitung des Spitex-Vereins und der für die Anordnung der Leistungen zuständigen Arztperson (Urteile 9C\_1/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 4.2.2.2, 9C\_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 4 und 9C\_365/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 4.1 mit Hinweis)"). Questa valutazione dei bisogni di cura è di principio determinante per stabilire l'ammontare del rimborso dell'assicuratore malattie e può essere esaminata solo alla luce dell'elenco esaustivo contenuto negli art. 7-7b OPre ("Diese Bedarfsabklärung ist in der Regel massgebend für die Kostenübernahme der Krankenversicherung und nur im Hinblick auf die abschliessende Aufzählung gemäss Art. 7 - 7b KLV überprüfbar"). Nella valutazione del bisogno concreto dell'assicurato, le persone competenti beneficiano di un certo margine di apprezzamento dal quale ci si può scostare solo con riserbo, se il prescrivente è il medico di famiglia della persona assicurata, che conosce nel dettaglio lo stato di salute del proprio paziente. Inoltre vale la presunzione secondo la quale le prestazioni prescritte dal medico sono efficaci, appropriate ed economiche ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal ("Bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs kommt den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu, in welchen namentlich dann nur zurückhaltend einzugreifen ist, wenn es sich bei der Leistungen anordnenden Arztperson um den Hausarzt oder die Hausärztin handelt, der oder die jederzeit über den

Gesundheitszustand der versicherten Person im Bilde ist (vgl. vorerwähnte Urteile). Darüber hinaus gilt die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (BGE 129 V 167 E. 4 S. 174”). In generale non va rimessa in discussione la prescrizione del medico di famiglia a conoscenza della situazione valetudinaria della persona assicurata se il medico fiduciario si limita a valutare il fabbisogno sulla base di valori desunti dall’esperienza e senza aver valutato personalmente lo stato di salute della persona interessata (“Demgegenüber sieht Art. 8a Abs. 3 KLV zwar vor, dass im Rahmen des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen überprüfen kann, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden (E. 2.3.1 und 2.3.2 hiervor); indes kann daraus nicht abgeleitet werden, dass der vertrauensärztlichen Einschätzung generell Vorrang zukommt. Diese ist in der Regel nicht geeignet, die Anordnung des oder der mit den gesundheitlichen Verhältnissen der versicherten Person vertrauten (Haus-) Arztes oder (Haus-) Ärztin in Frage zu stellen, wenn sie ohne vorgängige persönliche Begutachtung erfolgte und lediglich auf Erfahrungswerten beruht (Urteil 9C\_365/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 4.1 mit Hinweis; vgl. auch Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, S. 192 Rz. 18 zu Art. 25a KVG”). Il catalogo Resident Assessment Instrument-Home-Care (di seguito: RAI-HC; [cfr. sentenza 9C\_582/2012 consid. 3.2]), che non ha un carattere normativo e non è vincolante per il Giudice, può comunque essere preso in considerazione se permette un’interpretazione adatta delle norme legislative applicabili al singolo caso di specie (sentenza 9C\_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 4, sentenza 9C\_702/2010 del 21 dicembre 2010, consid. 4.2.3; Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2a edizione, 2018, n. 18 ad art. 25a, pag. 192). Il catalogo RAI-HC aiuta i professionisti dell’assistenza e della cura a domicilio a valutare in modo differenziato i bisogni e le risorse dell’utente e, con le informazioni raccolte, a pianificare l’intervento e il piano di cura in modo mirato. L’uso di questo strumento aumenta la qualità delle cure e garantisce un miglioramento sistematico della promozione della qualità (cfr. STCA 36.2014.26 dell’8 settembre 2014). Il MDS-HC è lo strumento standardizzato per la valutazione dei bisogni delle persone che necessitano di assistenza e cure a domicilio. Con il suo utilizzo si possono rilevare le risorse di cui l’utente dispone al momento e quali limiti si presentano nel campo della salute, delle attività, nelle funzioni della gestione della vita quotidiana e nella rete sociale. L’elenco delle prestazioni permette di documentare e quantificare il volume delle prestazioni previste (cfr. STCA 36.2014.26 dell’8 settembre 2014). Esse permettono di allestire un piano di cura e di assistenza concreto. Un ulteriore obiettivo è di poter descrivere in modo standardizzato il fabbisogno individuale (cfr. STCA 36.2014.26 dell’8 settembre 2014). 2.9. Nella sentenza pubblicata in DTF 145 V 161 il Tribunale federale ha stabilito che le cure di base a norma dell’art. 7 cpv. 2 lett. c n. 1 OPre effettuate da familiari assunti da organizzazioni di cura e aiuto a domicilio possono essere messe di principio a carico dell’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, anche se tali persone non dispongono di una formazione per personale di cura. Per contro, le disposizioni relative agli esami e cure a norma dell’art. 7 cpv. 2 lett. b OPre esigono qualifiche professionali specializzate (consid. 5). Con riferimento al potenziale di abuso, il Tribunale federale ha stabilito che nelle costellazioni atipiche, segnatamente laddove l’attività di dipendente dello Spitex consiste unicamente nella cura di familiari, i criteri di economicità, appropriatezza ed efficacia secondo l’art. 32 cpv. 1 LAMal devono essere esaminate semmai da un medico fiduciario (art. 57 cpv. 4 LAMal; DTF 145 V 161 consid.

3.3.2). Inoltre possono essere poste a carico della LAMal solo le spese che sarebbero state sostenute per l'assistenza domiciliare da parte di dipendenti esterni dello Spitex. Non possono essere messi a carico dell'assicuratore malattie i costi che possono essere richiesti ai familiari nell'ambito dell'obbligo di ridurre il danno e per il coniuge del suo obbligo di assistenza ai sensi dell'art. 159 cpv. 3 CC. In tale contesto ai responsabili dello Spitex deve essere concesso un certo margine di apprezzamento ragionevole e praticabile in merito alla questione circa il tipo di assistenza che ci si può aspettare dai familiari (DTF 145 V 161 consid. 3.3.2; STF 9C\_702/2010 del 21 dicembre 2010, consid. 7.1). L'obbligo di sostegno tra familiari è accresciuto rispetto a quanto può essere richiesto senza il danno alla salute (STF 8C\_560/2022 del 20 settembre 2023, consid. 4.3.2). La questione del rimborso dei costi delle cure infermieristiche da parte dei familiari curanti è stata recentemente oggetto di numerosi interventi parlamentari in seguito alla STF 9C\_385/2023 dell'8 maggio 2024, pubblicata in DTF 150 V 273, dove il Tribunale federale ha rammentato che secondo la DTF 145 V 161, consid. 5, i familiari della persona assicurata che sono impiegati da un'organizzazione autorizzata per la cura e l'aiuto a domicilio possono fornire, anche senza una formazione per personale di cura, delle cure di base secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. c n. 1 OPre a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questa giurisprudenza è applicabile per analogia anche alle cure psichiatriche di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c n. 2 OPre (consid. 4.3.5 e 4.3.6). Un disturbo dello spettro autistico con deficit cognitivi significativi è un danno alla salute mentale con valore di malattia che, in linea di principio, è idoneo a giustificare il diritto alle prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c n. 2 OPre (consid. 4.4.3). In seguito a tale decisione, vi è stata un'interrogazione del 12 settembre 2024 (n. 24.1037) della consigliera nazionale socialista Sarah Wyss (standard minimi per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che impiegano familiari curanti), alla quale il Consiglio federale ha risposto il 27 novembre 2024, ricordando che anche sulla base dell'interpellanza n. 23.3191 del consigliere nazionale del Centro Benjamin Roduit ("La remunerazione delle cure di base ai familiari senza formazione specifica va a scapito della qualità delle cure?"), sta elaborando un rapporto che dovrebbe essere disponibile per metà 2025; un'interpellanza (n. 24.3863) del 12 settembre 2024 del consigliere nazionale PLR Damian Müller (l'importanza e la rilevanza sistemica dei familiari di persone con malattie mentali), cui il Consiglio federale ha risposto il 27 novembre 2024; un'interpellanza (n. 24.3952) del 23 settembre 2024 del consigliere nazionale PLR Philippe Nantermod (indennizzazione da parte dell'AOMS delle cure psichiatriche di base fornite a un membro della famiglia da non professionisti) a cui il Consiglio federale ha risposto il 27 novembre 2024; un'interpellanza del 26 settembre 2024 n. 24.4058 del Consigliere agli Stati del Centro, Peter Hegglin (il Consiglio federale è realmente consapevole della gravità della situazione?) cui il Consiglio federale ha risposto il 27 novembre 2024, un postulato (n. 24.4352) del 12 dicembre 2024 del consigliere nazionale del Gruppo dei verdi liberali Patrick Hässig (per una definizione dei familiari curanti), cui il Consiglio federale ha risposto il 12 febbraio 2025, una mozione (n. 24.4353) del medesimo consigliere nazionale (assoggettare ai principi del diritto del lavoro i familiari curanti impiegati da un'organizzazione di cura e aiuto a domicilio), cui il Consiglio federale ha risposto il 19 febbraio 2025, un'ulteriore mozione (n. 24.4355) del 12 dicembre 2024 del medesimo consigliere nazionale (ridurre i contributi versati alle aziende che assumono familiari curanti), cui il Consiglio federale ha risposto il 12 febbraio 2025, una mozione (n. 24.4356) del 12 dicembre 2024 della consigliera nazionale socialista Ursula Zybach (ridurre i contributi versati alle aziende che assumono i familiari curanti), su cui il Consiglio federale ha

preso posizione il 12 febbraio 2025. Va anche citata la mozione del 21 dicembre 2023 (n. 23.4470) della consigliera nazionale UDC Martina Bircher (organizzazioni Spitex. No a modelli aziendali che gravano sui familiari curanti), su cui il Consiglio federale ha preso posizione il 14 febbraio 2024 e ritirata il 26 febbraio 2024. In una sentenza KV 2023/8 del 3 dicembre 2024 del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton San Gallo è stata confermata una riduzione delle prestazioni delle cure di base per 30 minuti al giorno (per il taglio delle unghie e l'assistenza per bere e mangiare), ritenuta corretta in applicazione dell'obbligo di ridurre il danno e dell'assistenza tra familiari. Infine, nella sentenza pubblicata in DTF 151 V 1 il Tribunale federale ha esaminato il coordinamento intersistemico dei contributi dell'assicurazione sanitaria obbligatoria delle cure medico-sanitarie per i costi delle cure di base (prestazione in natura) in relazione all'assegno per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità (prestazione pecuniaria); nessuna riduzione dei sussidi di assistenza a causa di sovraindennizzo (modifica della giurisprudenza). In caso di concomitanza di prestazioni di diverse assicurazioni sociali, il sovraindennizzo viene generalmente valutato in base al principio della concordanza dei diritti ("Kongruenzprinzip") (consid. 6.1). Nel rapporto tra i contributi per le cure di base e l'assegno per grandi invalidi, la giurisprudenza sinora applicabile si è fondata in modo decisivo sul criterio della similarità delle cure, rispettivamente dell'aiuto (consid. 6.2 e 6.3). Per decidere la questione della similarità delle prestazioni assicurative (art. 69 cpv. 1 LPGa) è anzitutto determinante la terminologia degli art. 14 segg. LPGa (prestazioni in natura o pecuniarie) (consid. 6.4). Il sovraindennizzo presuppone quindi una concordanza funzionale per quanto riguarda la natura e gli effetti delle prestazioni concorrenti; i contributi per le cure e gli assegni per grandi invalidi sono diversi dal punto di vista funzionale (consid. 6.5). La prescrizione secondo cui solo le prestazioni "aventi uno scopo identico" sono incluse nel calcolo del sovraindennizzo esige inoltre una concordanza materiale della spesa assicurata (concordanza del contenuto delle cure di base e degli aiuti per compiere gli atti ordinari della vita); i contributi per le cure e l'assegno per grandi invalidi sono ampiamente complementari sotto questo aspetto (consid. 6.6). Nella dottrina prevale l'opinione che l'art. 69 cpv. 2 LPGa imponga un metodo globale che sostituisce o relativizza il metodo della concordanza dei diritti previsto dal cpv. 1 (consid. 8.2). Anche la genesi dell'art. 69 LPGa dimostra che non esiste una tale contraddizione; il cpv. 2 non influisce sulla questione regolata dal cpv. 1, ovvero quali prestazioni concomitanti vengono prese in considerazione per il calcolo del sovraindennizzo (consid. 8.3). Neppure l'art. 122 cpv. 1 OAMal fornisce una base giuridica per la riduzione dei contributi alle cure di base in relazione ad un assegno per grandi invalidi (consid. 9). 2.10. Oggetto del contendere è l'assunzione dei costi delle prestazioni spitex dal 30 settembre 2023 al 9 giugno 2024 ai sensi dell'art. 25a LAMal (cfr. anche sentenza 9C\_528/2012 del 20 giugno 2013). Nel caso di specie occorre segnatamente stabilire la legittimità delle riduzioni delle prestazioni effettuate dall'assicuratore malattie convenuto nell'ambito delle cure prestate dalla madre dell'assicurata alla propria figlia minore all'epoca delle cure ed affetta dalla malformazione congenita n. 390 OIC (encefalopatia epilettica con / su tetraparesi spastica, con piede piatto su mutazione del gene KCNQ2). Il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH pediatria, il 3 ottobre 2023, per il periodo dal 10 settembre 2023 al 29 marzo 2024 ha indicato una necessità di cure su 90 giorni di 1.44 ore per consigli e istruzioni (art. 7 cpv. 2 lett. a OPre), 31.50 ore per esami e cure (art. 7 cpv. 2 lett. b OPre) e 503.04 ore per cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre), per complessive 535.98 ore (doc. 1G). Il 20 dicembre 2023 la \_\_\_\_\_ ha trasmesso all'assicuratore l'interRAI HC (Resident Assessment

Instrument – Home Care) debitamente completato in tutte le sue 28 pagine, con le prestazioni da fornire all'assicurata (doc. 1/I), mentre il 5 gennaio 2024 ha trasmesso il catalogo delle prestazioni (doc. 1/L). L'assicuratore ha ridotto le prestazioni di cura rispetto a quanto chiesto dalla ricorrente: ha rifiutato di assumersi i costi delle prestazioni per esami e cure secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (31.50 ore), ha ridotto da 1.44 a 1.05 nell'arco di 90 giorni le misure di valutazione e consulenza ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre e da 504.04 a 259.26 le ore per le cure di base su 90 giorni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre (doc. 1/N). Per le cure di base l'assicuratore ha riconosciuto: alla mattina: 1 ora e 11 minuti quando fa l'igiene parziale 1 ora e 40 minuti quando fa l'igiene totale e il lavaggio dei capelli 15 minuti per il taglio delle unghie e delle mani e 15 minuti per il taglio delle unghie dei piedi; a pranzo: 40 minuti a cena: 1 ora e 23 minuti Per complessivi 260.31 ore su 90 giorni, ossia fr. 4'575.28 al mese. La ricorrente chiede: 1.44 ore a trimestre per l'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre 437.56 ore a trimestre per l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre, per complessive 151 ore e 44 minuti al mese (132 ore e 29 minuti in caso di frequentazione dell'\_\_\_\_\_).

L'assicuratore per quanto concerne le citate riduzioni, in sede di risposta ha affermato: " (...) 3.9.2. Ad 21-23 Le riduzioni forfettarie operate dalla CO 1 sulla base dell'obbligo di assistenza familiare non sono ammesse; il TF si è limitato a menzionare in linea di principio l'accessorietà dell'obbligo di assistenza familiare, ma non ha ritenuto necessario prevedere una riduzione delle prestazioni secondo la LAMal -> contestati In merito si osserva quanto segue: - per quanto concerne la riduzione delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre Contrariamente a quanto afferma il ricorrente, CO 1 è in diritto di esaminare l'obbligo di erogare le prestazioni di cui alla lett. a per valutazioni consigli e coordinamento. In concreto CO 1 ha riconosciuto le posizioni 902, 904, 906, 907 per una volta al semestre per ore 1.05 su 90 giorni (secondo la tempistica usuale per casi simili) e tale valutazione non viene contestata dalla ricorrente. CO 1 ha negato le prestazioni per la posizione 909 per istruzione per le cure (accettata dalla ricorrente in sede di opposizione) e per quella 912 per coordinamento in quanto si ritiene che la madre già dispone della necessaria istruzione per l'espletazione di tale compito; inoltre in qualità di genitore essa già deve coordinarsi con i terapeuti/medici/aiuti coinvolti. La ricorrente non adduce alcun motivo per cui la valutazione di CO 1 non sarebbe corretta. Essa postula un riconoscimento parziale della posizione 912, e chiede prestazioni secondo la lett. a per totali 1.44 ore su 90 giorni. Litigiosa sarebbe quindi solo una differenza di ore pari a 0.39 su 90 giorni; a tal proposito CO 1 ritiene che nell'ambito dell'obbligo di ridurre il danno e di sostegno e aiuto reciproco familiare la differenza di prestazione debba esser a carico dei familiari. CO 1 ha motivato la propria riduzione, che non può venir ritenuta semplicemente "forfettaria". La richiesta di una prestazione maggiore vien respinta; - Per quanto concerne la riduzione di prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre Secondo il ricorrente quanto prescritto e richiesto corrisponderebbe al reale fabbisogno nel periodo in esame. Si contesta inoltre il riconoscimento di 3 interventi per giorno come per uno spitex esterno e lo stralcio della notte. \_\_\_\_\_ riconosce che le seguenti cure di base vanno ridotte di 1x volta al giorno: - 102 lavare i denti - 301 aiuto a bere - 302 aiuto a mangiare - 419 accompagnamento a toilette. Dal momento che anche l'insorgente riconosce che occorre differenziare i giorni di frequentazione dell'\_\_\_\_\_, restano in sostanza litigiose tra le parti le seguenti posizioni di cure di base (a destra in corsivo le riduzioni effettuate da CO 1): - 104 Igiene parziale 26 min 6 x settimana alla mattina -> detrazione di 1 volta a settimana (invece che 2) per aiuto genitori - 114 aiuto a vestirsi/svestirsi 15 min 7 x settimana la sera -> riduzione di 1 x giorno secondo regole RAI-HC - 302 aiutare a

mangiare 20 min 16 x settimana -> riduzione di 10 min a pasto e a 2 x giorno (anziché 3) se frequentazione \_\_\_\_\_ da lunedì a venerdì - 413 Uso proteggi slip -> negato in quanto già compreso nella igiene secondo regole RAI-HC concernenti igiene - 419

accompagnamento al bagno 10 min 16 x settimana -> riduzione degli interventi a 3 x giorno invece che 6, nonché riduzione a 2 x giorno se frequentazione \_\_\_\_\_ da lunedì a venerdì. La posizione comprende anche l'aiuto alla deambulazione secondo regole Rai-HC - 501 posizionamento dell'utente a letto 8 min 7x settimana la sera -> riduzione di 1 (invece che 2) x giorno per aiuto genitori - 503 alzare o sdraiare con aiuto -> negato in quanto già compreso nell'accompagnamento al WC/ da aiuti genitori - 508 applicare/rimuovere mezzi ausiliari 5 min 7 x settimana la mattina -> riduzione di 5 min. al giorno tempo ragionevole CO 1 non ritiene di rivedere in meglio la valutazione fatta (comunque ancora assai generosa nei confronti della ricorrente): come indicato, va infatti tenuto conto delle prestazioni percepite dall'assicurata dall'AI (l'assegno per grandi invalidi e il relativo supplemento, nonché contributo di assistenza per l'aiuto di terzi), l'obbligo di aiuto e sostegno familiari e di ridurre il danno. Inoltre, certe mansioni (assistenza e aiuto) non rientrano nelle cure di base effettuate da spitex. Le prestazioni effettuate da familiari curanti devono esser corrispondenti a quanto effettua uno spitex esterno in tali circostanze (secondo i criteri di EAE di cui all'art. 32 LAMal) e i relativi costi usuali. Nessuno spitex interverrebbe più volte al giorno (rispetto a quanto indicato da CO 1). Inoltre in caso di figlio malato l'obbligo di sostegno familiare è superiore, come lo è l'obbligo di ridurre il danno in caso di frequente richiesta di prestazioni. Non vi è infatti chi non possa ritenere ragionevole e conforme ai criteri legali la seguente riduzione a carico dei familiari: -

- posizione 104: 26 min di igiene parziale una volta a settimana (nei giorni del we) -
- posizione 114: 15 min. aiuto quotidiano a vestirsi/svestirsi -
- posizione 501: riduzione di 8 min. a settimana (ossia 1 x giorno) posizionamento a letto quale compito dei genitori. Lo stesso dicasi per la riduzione del tempo di fatturazione delle posizioni: -
- posizione 302 aiuto a 20 min. (dai 30 min.) a pasto (in aggiunta al tempo di aiuto al bere di 5 min.) -
- posizione 419 accompagnamento al wc a 10 min. x 3 al giorno (risp. a 2 in caso di frequentazione dell'\_\_\_\_\_).

Un normale spitex esterno non interverrebbe 6 volte al giorno -

- posizione 508 aiuto a mettere/rimuovere mezzi ausiliari a 5 min. (invece che 10 min.), tenuto conto che si riconoscono già 15 min. per vestirsi. (...)" (doc. VII pagg. 8-9)

La convenuta ha allegato una presa di posizione del 1° luglio 2025 del medico fiduciario, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia, che ha affermato: " In obiger Sache besteht eine Diskrepanz über die Berechnung der pflegerischen Aufwendungen für RI 1. Unstrittig ist die krankheitsbedingte Invalidität durch Einschränkungen in der Motorik, Koordination und Artikulation. Aus den Aufzeichnungen geht hervor, dass RI 1 Hilfe in allen Dingen des täglichen Lebens und einer Supervision bedarf. Abzugrenzen sind nun die Leistungen der Pflege von jenen der Betreuung ausserhalb dieses Leistungsbereiches. Das waren namentlich Betreuung ausserhalb der Pflegezeiten und hauswirtschaftliche Belange, sowie die Betreuung in der Nacht. Es geht nun um die Einschätzung des Pflegeaufwandes und der Betrachtung der einzelnen Handlungen, wie sie analog durch ein entsprechendes Institut vorgenommen werden konnte. Dies unter der Berücksichtigung, dass RI 1 nun das 18. Altersjahr erreicht hat. Aus den Aufzeichnungen ist zu erkennen, dass RI 1 motorisch eine Entwicklung vollzieht. Sie kann gehen, wobei mit der Fussoperation aktuell eher unsicher, Essen mit Supervision, Anziehen und Körperhygiene nur mit Hilfe. Sie hat, wie das aus den Aufzeichnungen hervorgeht eine Assistenzperson. An den pflegerischen Leistungen sind daher die Grundpflege in der Körperhygiene, Zahnhygiene, Unterstützung beim Essen und

Begleitung zur Toilette zu berechnen. Tagsüber ist RI 1 in der Schule, soziale Interaktion, Überwachung und wenden im Bett in der Nacht wären diesbezüglich keine institutionelle Leistungen. Die Situation von RI 1 ist fraglos eine Herausforderung für die Familie, aber hier sind in der strittigen Frage des Pflegeaufwandes die Grenzen zur Fürsorge eines, wenn nun auch erwachsenen Familienmitgliedes zu ziehen und die Einsatzmöglichkeiten analog eines Institutes zu analysieren. Daher unterstütze ich die Berechnungen des CO 1 mit 259.62 Pflegestunden pro Quartal als angemessene Grundlage. Dazu muss man noch sagen, dass das klinische Bild im Fluss ist, da RI 1 auch durch die Therapie genau auf die Belange des alltäglichen Lebens trainiert wird inklusive der motorischen und koordinativen Elemente. So sind Fortschritte immer wieder zu erwarten und die Situation muss zukünftig wieder neu eingeschätzt werden.” (doc. 1R) 2.11. La ricorrente non contesta che litigiose tra le parti rimangono unicamente le posizioni secondo lo schema approntato dall’assicuratore con la decisione su opposizione impugnata e ripreso in sede di risposta. Ella censura invece, in generale, le riduzioni effettuate dall’assicuratore malattie affermando da una parte che la prassi valida nell’ambito della LAI secondo la quale un familiare è tenuto ad assumersi le mansioni domestiche effettuate dalla persona portatrice del danno alla salute, nella misura in cui ciò sia possibile e ragionevole, non può trovare applicazione nell’ambito della LAMal e d’altra parte che questo tipo di riduzione viola i diritti costituzionali e tutelati anche dalla CEDU. Inoltre, secondo la ricorrente, il contributo di assistenza riconosciuto dall’AI non può essere un motivo per ridurre le prestazioni della LAMal, trattandosi di due istituti diversi. L’assicurata sostiene che il tempo dedicato alle prestazioni di assistenza di base per le quali è versato un contributo ai sensi dell’art. 7 cpv. 2 lett. a OAMal è incluso nel calcolo del contributo di assistenza e che il contributo di assistenza serve a coprire le prestazioni di assistenza fornite da una terza persona assunta che non sia il coniuge o un familiare. Secondo l’insorgente l’importo dipende dal tempo necessario dedotta la parte coperta dall’assegno per grandi invalidi dal supplemento per cure intensive e dalle prestazioni di assistenza della LAMal nell’ambito delle cure di base ai sensi dell’art. 25a LAMal. 2.12. Alla luce delle tavole processuali e della giurisprudenza applicabile, questo TCA non ha alcun motivo per scostarsi dalla riduzione apportata dall’assicuratore nell’ambito dell’art. 7 cpv. 2 lett. a Opre. Il riconoscimento di 1.05 ore su 90 giorni in luogo delle 1.44 ore richieste dall’assicurata, ossia 39 minuti in più a trimestre, non viola il diritto. L’assicuratore ha infatti indicato di non aver riconosciuto unicamente la posizione 912 relativa al coordinamento (lo stralcio della posizione 909 non è più stata contestata e comunque non andrebbe riconosciuta per i medesimi motivi) poiché la madre dispone già della necessaria istruzione per l’espletazione di tale compito e in qualità di genitore deve già coordinarsi con i terapisti, i medici e gli aiuti coinvolti. Rettamente l’assicuratore rammenta che nell’ambito dell’obbligo di ridurre il danno e del sostegno e aiuto reciproco la differenza della prestazione va posta a carico dei familiari. In questo senso il Tribunale federale in DTF 145 V 161 ha rammentato al consid. 3.3.2 che “ Nicht verrechenbar sei, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungs-pflicht und dem Ehegatten im Besonderen auf Grund der ehelichen Beistandspflicht nach Art. 159 Abs. 3 ZGB an Pflege zugemutet werden kann” ed ha dunque stabilito che quanto pretendibile dai familiari non può essere conteggiato (cfr. anche STF 9C\_702/2010 del 21 dicembre 2010, consid. 7.1 e sentenza del 3 dicembre 2024 del Tribunale delle assicurazioni del Canton San Gallo, KV 2023/8, consid. 3.3.3). In concreto la riduzione di 39 minuti a trimestre effettuata da CO 1 non presta il fianco ad alcuna critica, poiché i genitori, nell’ambito delle loro funzioni e della loro esperienza, già possiedono le

prerogative per coordinare i vari fornitori di prestazione e gli aiuti che si sono susseguiti nel tempo fin dalla tenera età della loro figlia. Essi, nell'ambito dell'obbligo di ridurre il danno, sono pertanto tenuti ad eseguire tale prestazione senza che sia conteggiata a carico della LAMal. La circostanza che in DTF 151 V 1 il Tribunale federale ha deciso che non vi può essere una riduzione dei contributi alle cure di base in relazione ad un assegno per grandi invalidi e al contributo per le cure intensive (cfr. consid. 6.6.3 " Was schliesslich die Überentschädigungsrelevanz des Intensivpflege-zuschlags angeht, ist dieser - seiner akzessorischen Natur entsprechend - überentschädigungsrechtlich der Hilflosenent-schädigung gleichzusetzen, d.h. beim krankenversicherungs-rechtlichen Pflegebeitrag nicht anzurechnen )"), non modifica l'esito della procedura, poiché nel caso di specie la diminuzione del tempo riconosciuto si impone indipendentemente dalla circostanza che l'assicurata beneficia di tali prestazioni. Anche le riduzioni apportate dall'assicuratore nell'ambito delle prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre appaiono corrette e conformi alla giurisprudenza federale. CO 1 ha spiegato nel dettaglio i motivi per i quali non ha riconosciuto l'integralità delle prestazioni esposte, rammentando il più volte citato obbligo di ridurre il danno e di aiuto e sostegno da parte dei genitori ed il principio secondo il quale le prestazioni fornite dai familiari curanti devono corrispondere a quelle effettuate da uno spitex esterno secondo i criteri dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità. In DTF 145 V 161, al consid. 3.3.2 l'Alta Corte ha infatti stabilito che " Ebenfalls könnten der OKP lediglich Kosten in Rechnung gestellt werden, welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde ". Nello specifico, per quanto concerne l'igiene parziale di 26 minuti (posizione 104), l'assicuratore ha ritenuto correttamente la necessità di un aiuto per 6 volte a settimana alla mattina, ritenuto che i genitori, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno e dell'aiuto reciproco tra familiari, accresciuto quando un familiare presenta un danno alla salute, possono in parte prendersi a carico questa incombenza. Per lo stesso motivo è stato correttamente ridotto di una volta al giorno il posizionamento a letto (posizione 501), potendo i genitori procedere autonomamente in tal senso quale loro compito. Anche la posizione 114 (aiuto a vestirsi e svestirsi) ha subito, da parte dell'assicuratore, una, corretta, diminuzione, in concreto di una volta al giorno, potendo i genitori aiutare l'assicurata nell'ambito dell'aiuto reciproco e dell'obbligo di ridurre il danno. Non può neppure essere criticata la riduzione a 20 minuti (da 30) dell'aiuto per ogni pasto, in aggiunta ai 5 minuti riconosciuti per bere (posizione 302), e la diminuzione a 2 volte al giorno (anziché 3) dal lunedì al venerdì quando l'assicurata frequenta l'\_\_\_\_\_. Va condiviso anche il riconoscimento dell'accompagnamento al WC per 10 minuti per tre volte al giorno (rispettivamente due in caso di frequentazione dell'\_\_\_\_\_; posizione 419), invece di sei, in ragione del fatto che un normale spitex esterno non interverrebbe con maggiore frequenza e della riduzione da 10 minuti a 5 minuti e solo ogni mattina per rimuovere i mezzi ausiliari, trattandosi di un tempo ragionevole per eseguire la prestazione (posizione 508), considerati i 15 minuti per vestirsi. L'assicuratore ha poi negato altre due posizioni (413 [uso proteggi slip] e 503 [alzare o sdraiare con aiuto]), poiché già comprese in altri atti e nell'aiuto dei genitori, e come spiegato nella decisione impugnata, ha corretto altre posizioni rendendole conformi al RAI-HC (ad esempio la posizione 105 in luogo della posizione 103 o la posizione 505 già compresa nella 419 e non ulteriormente prevista nelle cure di base). CO 1 ha correttamente riconosciuto, di principio, tre interventi al giorno per le cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre, ad esclusione di quelli notturni per i quali vi è un aiuto esterno pagato con l'assegno per grandi invalidi, ridotti a 2 nei giorni feriali di frequentazione

dell' \_\_\_\_\_, poiché l'intervento del mezzogiorno non va considerato. Le riduzioni applicate dall'assicuratore, effettuate sulla base circostanze concrete e non in modo forfettario, conformi al principio dell'obbligo di ridurre il danno ed all'obbligo reciproco di aiuto tra i familiari, segnatamente in caso di danno alla salute, non appaiono eccessive e sono conformi alla giurisprudenza federale (sul tema cfr. anche la sentenza del 3 dicembre 2024 del Tribunale delle assicurazioni del Canton San Gallo, KV 2023/8, consid. 3.3.3). La generica censura dell'insorgente secondo cui il rifiuto di fornire le prestazioni comporta una violazione dei diritti fondamentali costituzionali e tutelati dalla CEDU all'integrità fisica e alla vita familiare della ricorrente e dei suoi genitori e di violazione del diritto all'accesso all'assistenza domiciliare garantito, secondo l'assicurata, dalla Convenzione di Basilea, va conseguentemente respinta (cfr. anche 9C\_431/2024 del 3 luglio 2025, consid. 6.4, destinata a pubblicazione: “ Conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH), toute prestation pécuniaire a généralement certaines incidences sur la gestion de la vie familiale de celui ou celle qui la perçoit, sans que cela suffise à la faire tomber sous l'empire de l'art. 8 CEDH. Dans le cas contraire, en effet, l'ensemble des allocations sociales tomberait sous l'empire de cette disposition, ce qui serait excessif (arrêt Beeler contre Suisse du 11 octobre 2022 [requête n° 78630/12], § 67). Pour que l'art. 14 CEDH entre en jeu en matière de prestations sociales, la matière sur laquelle porte le désavantage allégué doit compter parmi les modalités d'exercice du droit au respect de la vie familiale tel que garanti par l'art. 8 CEDH, en ce sens que les mesures visent à favoriser la vie familiale et qu'elles ont nécessairement une incidence sur l'organisation de celle-ci. Un éventail d'éléments sont pertinents pour déterminer la nature de l'allocation en question et il convient de les examiner dans leur ensemble. Figurent parmi ces éléments, notamment: le but de l'allocation tel que déterminé à la lumière de la législation concernée; les conditions de l'octroi, du calcul et de l'extinction de l'allocation prévues par les dispositions légales; les effets sur l'organisation de la vie familiale tels qu'envisagés par la législation; les incidences réelles de l'allocation, compte tenu du cas individuel du requérant et de sa vie familiale pendant toute la période de versement de l'allocation (ibidem, § 72; cf. aussi arrêt 8C\_267/2024 du 31 octobre 2024 consid. 3.1.4). Pour rappel, dans l'arrêt Beeler contre Suisse précité, la CourEDH a constaté une violation de l'art. 14 CEDH combiné avec l'art. 8 CEDH, du fait d'une inégalité de traitement entre les hommes et les femmes en matière de rentes de survivants de l'assurance-vieillesse et survivants suisse (ibidem, § 98 à 116)”). La ricorrente non è in nessun modo impedita di accedere alle prestazioni previste dalla LAMal e non viene penalizzata. L'assicuratore ha infatti tenuto conto del principio secondo cui le prestazioni fornite dai familiari curanti devono corrispondere a quelle effettuate da uno spitex esterno secondo i criteri dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità ed ha ridotto alcune prestazioni in applicazione del principio generale valido in tutti gli ambiti delle assicurazioni sociali secondo cui la persona assicurata è tenuta all'obbligo di ridurre il danno. L'insorgente resta libera, se lo ritiene opportuno, di far capo, invece dell'aiuto a domicilio da parte dei familiari, all'aiuto da parte di spitex esterni. 2.13. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso va respinto senza che sia necessario far capo alle prove chieste dalle parti. All'assicurata, che domanda di poter consultare gli atti, è stato assegnato un termine a questo scopo (doc. VIII) e la documentazione acquisita pendente causa da questo Tribunale le è stata trasmessa (doc. XVI). La perizia giudiziaria richiesta dall'insorgente non è necessaria alla luce delle motivazioni indicate dalla Cassa e fatte proprie da questo Tribunale, per ridurre le prestazioni richieste (segnatamente obbligo di ridurre il danno, obbligo di aiuto reciproco da parte dei familiari, le prestazioni fornite dai

familiari curanti devono corrispondere a quelle effettuate da uno spitex esterno). Non occorre neppure richiamare l'incarto AI, come invece domandato dall'assicuratore, giacché la riduzione dei costi è confermata indipendentemente dalle prestazioni riconosciute dall'assicurazione invalidità. Infine, va rammentato che ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU ogni persona ha diritto a un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta. Nel campo di applicazione dell'art. 6 CEDU rientrano anche i litigi relativi a prestazioni delle assicurazioni sociali e dell'assistenza sociale (cfr. STF 8C\_522/2012 del 2 novembre 2012 consid. 2.3.). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, confermata in DTF 122 V 54 seg. consid. 3, la pubblicità del dibattimento, imposta dall'art. 6 n. 1 CEDU ed ormai ancorata anche nella Costituzione svizzera all'art. 30 cpv. 3, dev'essere principalmente garantita nella procedura di ricorso di prima istanza (cfr. STF 8C\_504/2010 del 2 febbraio 2011). Tuttavia, lo svolgimento di un pubblico dibattimento in materia di assicurazioni sociali presuppone l'esistenza di una richiesta chiara e inequivocabile di una parte nel corso della procedura ricorsuale di prima istanza (cfr. STF 8C\_739/2023 del 21 maggio 2024 consid. 2.1.; STF 9C\_551/2023 del 28 marzo 2024 = SVR 2024 BVG Nr. 30 pag. 104; STF 8C\_810/2023 del 7 marzo 2024 consid. 2.1.; STF 8C\_146/2022 del 23 gennaio 2023 consid. 6.1.; STF 9C\_172/2022 del 7 luglio 2022 consid. 3.1.1.; STF 9C\_335/2021 del 9 febbraio 2022 consid. 3.1.; STF 9C\_71/2021 del 20 settembre 2021 consid. 2.1., pubblicata in SVR 2022 AHV Nr. 8 pag. 19; STF 9C\_73/2021 del 20 settembre 2021 consid. 3.1.; STF 8C\_751/2019 del 25 febbraio 2020 consid. 2.1.; STF 8C\_722/2019 del 20 febbraio 2020 consid. 2.1.; STF 8C\_63/2019, 8C\_65/2019 dell'11 giugno 2019 consid. 5.1.; STF 8C\_528/2017 del 19 dicembre 2017 consid. 1.3., pubblicata in SJ 2018 I 275; STF 8C\_186/2017 del 1° settembre 2017 consid. 2.3.; STF 8C\_665/2014 del 23 marzo 2015 consid. 4; STF 9C\_578/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.8.; DTF 122 V 55 consid. 3a con riferimenti). Una semplice richiesta di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale – nella misura in cui si traducono in una richiesta di interrogatorio nel senso di un'assunzione di prove, ma non invece se tendono a esporre il proprio punto di vista personale sulle risultanze probatorie davanti a un tribunale indipendente – o di interrogatorio delle parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. STF 8C\_722/2019 del 20 febbraio 2020, pubblicata in SVR 2020 UV N. 28 pag. 14; STF 9C\_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 6.3.; SVR 2009 IV Nr. 22 pag. 62; DTF 125 V 38 consid. 2). L'Alta Corte ha, inoltre, stabilito che il rifiuto di differire un'udienza pubblica fondato su motivi obiettivi non è in contrasto con il diritto federale e, in particolare, con l'art. 6 n. 1 CEDU (sul tema cfr. tuttavia DTF 136 I 279; DTF 127 V 491; STF 8C\_504/2010 succitata). In proposito cfr. pure STCA 38.2024.7 del 2 aprile 2024 consid. 2.11.; 38.2020.42 del 25 gennaio 2021 consid. 2.8.; 38.2020.10 del 6 luglio 2020 consid. 2.9.; STCA 38.2018.31 del 12 ottobre 2018 consid. 2.7.; STCA 38.2018.39 del 10 ottobre 2018 consid. 2.8. Nel caso di specie la ricorrente - contrariamente a quanto esige la giurisprudenza federale - non ha formulato un'esplicita richiesta di indire una pubblica udienza, né una richiesta di audizione al fine di esporre il proprio punto di vista sulle risultanze probatorie, ma ha semplicemente chiesto di "essere citata per un'udienza" (doc. I, pag. 3). L'insorgente, del resto, ha potuto, in ossequio dell'art. 29 cpv. 2 Cost. che garantisce il diritto di essere sentito, far valere le proprie argomentazioni per iscritto (cfr. STF 8C\_550/2017 del 12 gennaio 2018) davanti, in particolare, a questa Corte che gode di pieno potere d'esame in fatto e in diritto (cfr. STF

9C\_407/2022 del 24 novembre 2022 consid. 3.3.; STF 9C\_569/2020 del 4 gennaio 2022 consid. 3.1., STF 8C\_127/2019 del 5 agosto 2019 consid. 3.3.). Il diritto di essere sentito derivante dall'art. 29 cpv. 2 Cost. non comprende, infatti, necessariamente il diritto di essere sentito oralmente, bensì limita la garanzia alla possibilità di prendere posizione per iscritto, a meno che una norma non preveda espressamente il diritto a un'audizione orale (cfr. STF\_789/2023 dell'8 gennaio 2025 consid. 4.2.3.; STF 8C\_312/2022 del 26 ottobre 2022 consid. 3.2.; STF 9C\_657/2009 del 3 maggio 2010 consid. 9.2.). Conformemente, poi, alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 8C\_789/2023 dell'8 gennaio 2025 consid. 4.2.3.; STF 9C\_357/2023 del 17 agosto 2023 consid. 4.2.1.; STF 9C\_689/2020 del 1° marzo 2022 consid. 4.2.; STF 8C\_199/2021 del 14 dicembre 2021 consid. 5.2.; STF 9C\_779/2020 del 7 maggio 2021 consid. 5.2.; STF 8C\_611/2019 dell'11 maggio 2020 consid. 5.2.; STF 8C\_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C\_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C\_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C\_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C\_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C\_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Nella presente evenienza, ritenuto che i documenti già presenti all'inserimento consentono al TCA di emanare il proprio giudizio, questo Tribunale ritiene che l'audizione della ricorrente non metterebbe in luce nuovi elementi concreti ai fini della risoluzione della vertenza. Si prescinde, pertanto, dal sentire l'insorgente (cfr. STF 8C\_312/2022 del 26 ottobre 2022 consid. 5.3.). 2.14. Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGa in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di prestazioni LAMal non è stato previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, Actualités du TF, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGa du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGa alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

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