

TI_GERICHTE 36.2015.69 vom 2. Dezember 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-12-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2015.69_d20151202

FR: TI_GERICHTE 36.2015.69 du 2 décembre 2015

IT: TI_GERICHTE 36.2015.69 del 2 dicembre 2015

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi di medicinali acquistati senza ricetta medica. Di principio non vi è alcun rimborso. In concreto riconoscimento della buona fede ritenuto che in tre recenti occasioni l'assicuratore aveva, per sbaglio, rimborsato senza riserva i costi dei farmaci

Erwägungen

E. 2

LPGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Il diritto è fatto valere nel momento in cui è rivendicato ai sensi dell'art. 29 LPGA (Kieser, op. cit., n. 27 all'art. 26 LPGA, pag. 384-385). A partire da questo momento l'assicuratore sociale ha 12 mesi di tempo per statuire (cfr. sentenza 9C_903/2013 del 30 gennaio 2014, consid. 7.2). Ciò significa che esso è tenuto a versare interessi di mora sulle sue prestazioni soltanto alla doppia condizione che siano trascorsi 24 mesi dalla nascita del diritto e 12 mesi dalla sua rivendicazione (cfr. Kieser, op. cit., n. 24 [pag. 383], 26 [pag. 384] e, a contrario, 43 [pag. 390] all'art. 26 LPGA).

In concreto il 19 giugno 2013, tramite posta **B**, l'insorgente ha trasmesso all'assicuratore la fattura della Farmacia _____ di _____ del 13 giugno 2013 per l'acquisto di medicinali ed altri prodotti in data 31 maggio 2013 (doc. A1 e allegati), per un importo di fr. 182.90. La Cassa convenuta ha ricevuto l'invio, al più presto, il 25 giugno 2013 (cfr. doc. 2.10, timbro in basso a sinistra).

Ne segue che, essendo passati oltre 24 mesi dalla nascita del diritto al rimborso ed oltre 12 mesi dalla sua rivendicazione, la convenuta deve interessi di mora al 5% dal 26 giugno 2015 su fr. 182.90.

E. 25

cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Secondo l'art. 25 cpv. 2 lett. a cifra 1 LAMal queste prestazioni comprendono gli esami e le terapie ambulatoriali in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico. L'art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal prevede che esse comprendono le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico. Secondo la lett. h del medesimo articolo, è inoltre compresa la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti dal medico secondo la lettera b. Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere

comprovata secondo metodi scientifici (art. 32 cpv. 1 LAMal). L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente (art. 32 cpv. 2 LAMal). Per l'art. 52 cpv. 1 LAMal: " Sentite le competenti commissioni e conformemente ai principi di cui agli articoli 32 capoverso 1 e 43 capoverso 6: a. il Dipartimento emana: 1. un elenco delle analisi con tariffa; 2. un elenco, con tariffa, dei preparati e delle sostanze attive e ausiliarie impiegati per la prescrizione magistrale; la tariffa comprende anche le prestazioni del farmacista; 3. disposizioni sull'obbligo d'assunzione delle prestazioni e sull'entità della remunerazione di mezzi e d'apparecchi diagnostici e terapeutici; b. l'Ufficio federale appronta un elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati, con l'indicazione dei prezzi (elenco delle specialità). Tale elenco deve contenere anche i prodotti generici a prezzi più vantaggiosi che possono sostituire i preparati originali." Ai sensi dell'art. 63 OAMal: " 1 L'elenco dei medicinali con tariffa (art. 52 cpv. 1 lett. a n. 2 LAMal) è diffuso di regola ogni anno. Il titolo e il riferimento sono pubblicati nella Raccolta ufficiale delle leggi federali. 2 Per l'ammissione di medicinali nell'elenco dei medicinali con tariffa si applicano per analogia le disposizioni relative all'ammissione nell'elenco delle specialità." 2.3. Di norma, l'assunzione dei costi dei medicinali, dei mezzi e gli apparecchi ad opera dell'assicuratore malattie avviene unicamente laddove vi è una prescrizione medica. Infatti, l'art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal prevede che le prestazioni della LAMal comprendono le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico. Va inoltre evidenziato che il contratto tariffale (RBP IV) fra la Società svizzera dei Farmacisti (PharmaSuisse) e Santésuisse nell'allegato 3 disciplina le modalità di conteggio fra le farmacie e gli assicuratori malattia (cfr. www.pharmasuisse.org/fr/dienstleistungen/themen/pages/loa.aspx). Secondo l'art. 4 punto 1 dell'allegato 3 RBP IV la ripetuta dispensazione di farmaci dietro ricetta ha come scopo l'ottimizzazione economica del trattamento, tenuto conto delle conoscenze mediche e farmaceutiche. Per prevenire qualsiasi interruzione del trattamento, gli assicuratori convenzionati si assumono i costi della prosecuzione di una terapia a lungo termine prescritta dal medico previo consenso del paziente fino alla visita del medico successiva, ma al massimo per la durata di un anno (" La dispensation renouvelée de médicaments délivrés sur ordonnance a pour but l'optimisation économique du traitement, compte tenu des connaissances médicales et pharmaceutiques. Pour prévenir toute interruption de traitement, les assureurs conventionnés prennent en charge, avec l'accord du patient, les coûts pour la poursuite d'un traitement de longue durée prescrit par le médecin jusqu'à la prochaine consultation, mais au maximum pendant une année. Dans tous les cas, les assureurs conventionnés sont tenus de respecter la réglementation légale sur le remboursement de médicaments au sens de l'art. 25 al. 2 let. b LAMal "). Se il medico accompagna il medicamento con una menzione generale di ripetizione sulla ricetta, è consentita una dispensazione ripetuta secondo la dose giornaliera prescritta o il dosaggio normale per 6 mesi o fino alla visita medica successiva, ma per un massimo di un anno (art. 4, punto 1, cpv. 2, lett. b dell'allegato 3 RBP IV: " Si le médecin accompagne le médicament d'une mention générale de renouvellement inscrite sur l'ordonnance, une dispensation renouvelée est permise pendant six mois ou jusqu'à la prochaine consultation chez le médecin, mais au maximum pendant un an. La dose quotidienne prescrite ou la posologie normale doivent être respectées "). Se il medico indica una durata di validità sulla ricetta continuativa, questa non deve superare dodici mesi (art. 4, punto 1, cpv. 2, lett. c dell'allegato 3 RBP IV: " Si le médecin mentionne une durée de validité sur l'ordonnance de longue durée, celle-ci ne peut excéder douze mois "). 2.4. In

concreto il 31 maggio 2013 la ricorrente ha acquistato medicinali e prodotti dell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) presso la Farmacia _____, pagandoli direttamente. I quattro medicinali sono colliri, tre dei quali (Vitreolent Ciba Vision, Zaditen Ophta SDU e Floxal UD; cfr. www.compendium.ch) possono essere dispensati solo con ricetta medica (cfr. doc. III, pag. 4 e www.compendium.ch), mentre uno, Protagent SE, può essere comperato senza alcuna prescrizione (cfr. www.compendium.ch). Le ricette mediche del dr. med. _____, oculista FMH, e comprendenti i cerotti e le garze (comprese e medicazioni, cfr. EMap punti 34.01.01.03.1 e 34.40.01.03.1) oltre al Protagent, acquistati il 31 maggio 2013, erano scadute da tempo (cfr. gli allegati al doc. A3: ricetta del 30 luglio 2010 "ripetibile 3 mesi" e ricetta del 23 febbraio 2012 "ripetibile un anno"). Non avendo l'assicurata dato seguito alla richiesta della Cassa di produrre una nuova ricetta medica valida dal 31 maggio 2013, a giusta ragione la Cassa ha rifiutato il rimborso dei medicinali, dei cerotti e delle garze (cfr. art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal e allegato 3 RBP IV). Resta da esaminare se l'insorgente può far valere la propria buona fede.

2.5. Per l'art. 27 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), che regola la "Informazione e consulenza": " 1 Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. 2 Ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa. 3 Se un assicuratore constata che un assicurato o i suoi congiunti possono rivendicare prestazioni di altre assicurazioni sociali, li informa immediatamente." L'art. 27 LPGA sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere collettivo, generale e permanente di fornire informazioni (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2) (Su questi aspetti cfr. in particolare STFA C 192/04 del 14 settembre 2005 consid. 4.1., pubblicata in DTF 131 V 472 e in SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; STFA C 157/05 del 28 ottobre 2005 consid. 4.2.; E. Imhof - CH Zünd, "ATSG und Arbeitslosenversicherung" in SZS 2003 pag. 291 seg. (306); E. Imhof, "Anhang zur Vertiefung von art. 27 ATSG über Aufklärung, Beratung und Kenntnissgabe" in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira, "Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 LPGA" in SZS 2001 pag. 524 seg. (527); U. Kieser, "ATSG - Kommentar", 2.a ed., Zurigo-Basilea-Ginevra 2009, ad art. 27 pag. 400 e pag. 402-407). Il capoverso 1 dell'art.

E. 27

LPGA prevede un obbligo di informazione generale e permanente nei confronti di una cerchia indeterminata di persone, che non deve avvenire unicamente su richiesta degli interessati, bensì regolarmente e d'ufficio, e a cui viene fatto fronte ad esempio tramite la consegna di opuscoli informativi, direttive, inserzioni, internet, ecc. (cfr. STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; DTF 131 V 476 consid. 4.1.= SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; DLA 2002 pag. 194). Per quanto attiene al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPGA, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca, gratuitamente, consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi (cfr. DLA 2007 pag. 193 segg.). Quest'obbligo concerne soltanto l'ambito di competenza dell'assicuratore in

questione e le informazioni possono essere fornite anche da non giuristi, come del resto prima dell'entrata in vigore della LPGGA. Contrariamente alle informazioni di carattere generale, la consulenza deve riferirsi al caso specifico (cfr. FF 1999 IV 3953). Inoltre tale diritto non è limitato alle persone assicurate, tuttavia deve esistere uno stretto rapporto con l'assicurazione interpellata, nel senso che la consulenza deve riferirsi a diritti e doveri che già esistono o che possono sorgere tra la persona che ha richiesto le informazioni e l'assicurazione interessata (cfr. U. Kieser, op. cit., ad art. 27 n. 29 pag. 405). Riguardo, più specificatamente, all'art. 27 cpv. 2 LPGGA, il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) in una sentenza del 14 settembre 2005 nella causa C 192/04, pubblicata in DTF 131 V 472, nel caso di un assicurato ritenuto inidoneo al collocamento, in quanto il lasso di tempo fra la presentazione della domanda e l'inizio del soggiorno linguistico che avrebbe effettuato all'estero - di cui aveva peraltro informato i funzionari dell'ufficio regionale di collocamento durante il primo colloquio - era troppo breve per poterlo collocare, ha stabilito che ai sensi dell'art. 27 cpv. 2 LPGGA, gli assicurati devono essere resi attenti che il loro comportamento può pregiudicare il diritto alle prestazioni. Nella fattispecie l'ufficio regionale di collocamento avrebbe dovuto avvertire l'assicurato che la prevista partenza a breve scadenza non permetteva di collocarlo. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha, tuttavia, accolto il ricorso dell'ufficio regionale di collocamento e rinviato gli atti al Tribunale cantonale, al fine di appurare se il soggiorno avrebbe potuto essere rinviato e se l'assicurato secondo la verosimiglianza preponderante era disposto a posticiparlo. In caso affermativo, l'amministrazione deve rispondere della sua omissione - che implica la tutela della buona fede dell'assicurato - ed erogare, quindi, a quest'ultimo le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione. Con sentenza C 36/06 del 16 aprile 2007, pubblicata in DTF 133 V 249, l'Alta Corte ha stabilito che fintanto che, nel prestare l'usuale attenzione, non può riconoscere che la situazione in cui si trova la persona assicurata è tale da pregiudicarne il diritto alle prestazioni, l'assicuratore non ha un obbligo di informazione e di consulenza ai sensi dell'art. 27 LPGGA. L'assenza di informazioni in una situazione concreta laddove l'obbligo di informare è previsto dalla legge o quando le circostanze particolari del caso avrebbero presupposto un'informazione da parte dell'assicuratore è assimilato ad una dichiarazione erronea e può, a certe condizioni, obbligare l'autorità (in concreto l'assicuratore) a consentire ad una persona assicurata un vantaggio al quale non avrebbe potuto pretendere in virtù del principio della buona fede derivante dall'art. 9 Cost. fed. (DTF 131 V 472 consid. 5). Secondo la giurisprudenza un'informazione sbagliata o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se (a) l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone, (b) l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti, (c) l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta, (d) facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio, (e) da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). Questi principi si applicano per analogia in caso di mancanza di informazione, la condizione c) dovendo tuttavia essere formulata nel seguente modo: che l'amministrato non ha avuto conoscenza del contenuto dell'informazione omessa o che il contenuto era talmente evidente che non doveva attendersi un'altra informazione (sentenza 8C_320/2010 del 14 dicembre 2010, DTF 131 V 472 consid. 5, sentenza 8C_66/2009 consid. 8.4 non pubblicato in DTF 135 V

399). In una sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), dopo aver rammentato i principi di cui all'art. 9 Cost., ha affermato: " (...) 3.2 La tutela della buona fede non presuppone tuttavia sempre l'esistenza di un'informazione o di una decisione sbagliate. Il diritto alla tutela della buona fede può così anche essere invocato con successo in presenza, semplicemente, di assicurazioni o di un comportamento dell'amministrazione suscettivi di fare nascere nell'amministrato determinate aspettative (DTF 111 Ib 124 consid. 4; cfr. pure RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b). In tale evenienza, tuttavia, l'assicurato non può, conformemente all'art. 3 cpv. 2 CC, prevalersi della propria buona fede se, nonostante i dubbi che si imponevano, non ha agito con la diligenza richiesta dalle circostanze (RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b). (...) 3.4.1 Secondo giurisprudenza, una cassa malati che si assume - per sbaglio (come lo pretende nel caso di specie (...)) e per un certo periodo (tre mesi essendo già stati ritenuti sufficienti [RAMI 1999 no. KV 97 pag. 526 consid. 5c]) - delle prestazioni (ad es. un medicinale o un trattamento medico) senza esservi tenuta, fa nascere nell'assicurato l'aspettativa che queste continueranno ad essergli assegnate anche in futuro. In questo caso, la cassa non può interrompere l'assunzione delle prestazioni accordate a torto se l'assicurato, che non era a conoscenza dell'errore e nemmeno doveva esserlo, fondandosi sul comportamento della cassa ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio (RAMI 2002 no. KV 230 pag. 473 consid. 5.2.1 e 5.2.2, 1999 no. KV 97 pag. 526 consid. 5b con riferimenti; cfr. pure la sentenza del 19 novembre 2004 in re M., K 44/03, consid. 5.2). In siffatta evenienza, la buona fede dell'assicurato deve essere tutelata e allo stesso deve essere assegnato il tempo necessario per adattare e modificare le proprie disposizioni. Il che significa che una modifica della prassi della cassa malati può avvenire solo pro futuro (ex nunc), ma non con effetto retroattivo (RJAM 1980 no. 414 pag. 150). Per contro, la presente Corte ha rilevato che nel caso in cui una cassa malati ha assunto per inavvertenza un trattamento medico, il diritto ad ottenere il rimborso di un trattamento identico resosi necessario circa un anno dopo in seguito a una ricaduta della malattia dev'essere negato, l'assunzione del primo trattamento essendo da considerare isolato e non costituendo una prassi costante della cassa di natura tale da giustificare il diritto alla tutela della buona fede (RAMI 1999 no. KV 97 pag. 526 consid. 5b con riferimenti). 3.4.2 Nel caso di specie, oltre ad avere (integralmente) rimborsato - senza sollevare la benché minima eccezione e in parte anche nel corso del 2004 (cfr. ad es. la fattura del 9 gennaio 2004 relativa alla terapia del mese precedente) - i trattamenti effettuati da dicembre 2002 a dicembre 2003, l'assicuratore resistente ha continuato a pagare anche in seguito le prestazioni per cure e medicinali successivamente dispensati e chiaramente riferiti alla terapia d'inseminazione artificiale (v. attestazione 10 gennaio 2005 della Cassa relativa ai rimborsi effettuati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2004 nonché le fatture di riferimento versate agli atti in sede cantonale). L'assicuratore malattia ha così messo in atto una prassi costante - e non isolata - tale da fare nascere legittime aspettative negli assicurati e tale da giustificare la tutela della loro buona fede. Interessati che, dopo avere asseritamente interpellato l'assicuratore malattia sulle modalità di copertura della terapia prospettata - circostanza, questa che non ha potuto essere esclusa -, hanno potuto fare affidamento sulla correttezza dei rimborsi effettuati anche perché alla luce del testo di ordinanza non proprio di meridiana chiarezza non potevano essere a conoscenza di un eventuale errore. La Cassa ha quindi manifestato la chiara intenzione di interrompere la propria precedente prassi per la prima volta in data 15 settembre 2004 dopo avere ricevuto la fattura dell'Ospedale X._____ relativa al trattamento dispensato dal 7 gennaio al 19 luglio 2004. Ne discende che, conformemente ai principi sviluppati nel precedente

considerando, il rifiuto di rimborsare i trattamenti in oggetto poteva correttamente essere pronunciato solo per il futuro - vale a dire con riferimento ai cicli di terapia che sarebbero stati e che poi effettivamente sono stati intrapresi dopo il 15 settembre 2004, rispettivamente dopo l'avvenuta conoscenza, da parte degli insorgenti, della presa di posizione della Cassa - e non anche con effetto retroattivo, come per contro è stato fatto. Per le prestazioni fornite in precedenza, la Cassa, indipendentemente da un obbligo sancito dall'OPre, non poteva infatti negare il rimborso.” Il concetto è stato ribadito con sentenza 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009. Cfr. anche la sentenza 36.2014.60 del 1° dicembre 2014, confermata dalla sentenza 9C_5/2015 del 31 luglio 2015.

2.6. In concreto, nella decisione impugnata, l'assicuratore ha affermato: " (...) 14. Nella sua opposizione lei indica che CO 1 le ha già rimborsato medicinali senza ricetta medica e/o con ricetta medica scaduta. Nell'opposizione menziona cinque esempi di tali rimborsi. A tale proposito occorre far notare quanto segue: la fattura del 24 novembre 2010 della Farmacia _____ di CHF 23.50 è un vaccino contro l'influenza ai sensi dell'art. 12a lett. d OPre (oggi art. 12a lett. c OPre). L'assunzione dei costi per Benexol (fattura Farmacia _____ dell'8.6.2011) di CHF 76.00 è stata rifiutata con lettera del 4 agosto 2011. Il prodotto Benexol non è un medicinale a carico delle casse malati. Al contrario, le altre tre fatture della farmacia sono state erroneamente rimborsate da CO 1. Tuttavia, da tale svista non è possibile dedurre che CO 1 debba rimborsare in futuro le fatture delle farmacie anche senza una ricetta medica valida (...)” (doc. A18) La convenuta medesima ha pertanto ammesso di aver rimborsato in almeno tre occasioni il costo dei medicinali che l'insorgente si è procurata senza ricetta medica e che ha chiesto all'assicuratore di pagare. Si tratta della fattura del 24 marzo 2011 della Farmacia _____ di _____ per il medicinale “ Tarivid cpr pell 200 mg 20 pezzi ” di fr. 47.00 (doc. A 11), della fattura del 2 novembre 2011 della Farmacia _____ di _____ per l'acquisto di numerosi medicinali (“ Antramups cpr 20 mg 28 pce ”; “ Inflexal V sol inj ser prête 0.5 ml ”; “ VI de 3 gouttes 4500 U/ml 10 ml ”; “ Calcimagon D3 cpr croquer citron 120 pce ”) per fr. 145.95 (doc. A12) e della fattura del 3 aprile 2012 della Farmacia _____ per l'acquisto di numerosi farmaci (“ Antramups cpr 20 mg 56 pce ”; “ VI de 3 gouttes 4500 U/ml 10 ml ”; “ Calcimagon D3 cpr croquer citron 120 pce ”) per fr. 159.90 (doc. A13). La fattura del 13 giugno 2013 di fr. 182.90, compresi fr. 12.90 per forfait per controllo dell'acquisto, concerne medicinali, cerotti e garze acquistati il 31 maggio 2013: “ Protagent Se gtt opht 80 x 0.4 ml ”; “ Vitreolent Ciba Vision gtt opht 10 ml ”; “ Zaditen Ophtha Sdu gtt opht 20 x 0.4 ml ”; “ 3M micropore Vlies sparadr a disp bl 25.0mm x 5m ”; “ Dermoplast compresse gaze coupé 8x12cm 80 pce ”; “ Floxal Ud gtt opht 0.3% 30 unidos 0.5ml ” (doc. A1; cfr. doc. A2). Alla luce della giurisprudenza federale (sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005 e sentenza 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009), l'assicuratore, avendo, in tre momenti differenti, nell'arco di poco più di un anno, e dunque non in un singolo caso isolato, rimborsato all'insorgente i costi di medicinali per i quali non era stata presentata una ricetta medica (cfr. doc. A 18, pag. 4, punto 14), ed avendo segnalato all'interessata solo in data 2 luglio 2013 (doc. A2), che non avrebbe assunto i costi dell'acquisto del 31 maggio 2013 poiché mancava la prescrizione medica (doc. A2), in virtù del principio della buona fede, è tenuto a rimborsare all'insorgente i fr. 182.90 della fattura del 13 giugno 2013. Infatti, nel caso di specie, l'assicuratore ha (integralmente) rimborsato - senza sollevare la benché minima eccezione malgrado l'assenza di una ricetta medica, rispettivamente in presenza di una ricetta medica scaduta - in tre distinte occasioni i medicinali acquistati presso la Farmacia _____ di _____ il 24 marzo 2011, il 2 novembre 2011 ed il

3 aprile 2012 in relazione con la patologia di cui soffre la ricorrente. L'assicuratore convenuto ha così messo in atto una prassi costante - e non isolata - tale da fare nascere legittime aspettative nell'insorgente e tale da giustificare la tutela della sua buona fede. La ricorrente ha potuto fare affidamento sulla correttezza dei rimborsi effettuati anche perché non poteva essere a conoscenza dell'eventuale errore, non essendo stata informata a tal proposito malgrado la sistematicità dell'assenza di una ricetta medica. La Cassa ha quindi manifestato la chiara intenzione di interrompere la propria precedente prassi per la prima volta il 2 luglio 2013, quando ha rifiutato di assumersi i costi dei medicinali acquistati il 31 maggio 2013. Tuttavia, alla luce della giurisprudenza federale, il rifiuto di rimborso dei medicinali, dei cerotti e delle garze, in assenza di una ricetta medica, poteva essere pronunciato solo per il futuro e non anche con effetto retroattivo. La cassa resistente, per le prestazioni fornite in precedenza, non può di conseguenza negare il rimborso. In queste condizioni va condannata a versare l'importo di fr. 182.90 alla ricorrente. 2.7. L'assicurata chiede che vengano pagati anche gli interessi. Per l'art. 1 cpv. 1 LAMal le disposizioni della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la legge non preveda espressamente una deroga alla LPGA. Ai sensi dell'art. 26 LPGA, applicabile al caso di specie trattandosi di una richiesta di versamento di una prestazione della LAMal (cfr. Kieser, ATSG-Kommentar, Basilea, Ginevra, Zurigo, 2a edizione, 2009, n. 52 ad art. 26 pag. 392): "(...) 1 I crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o remunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi e sigui e termini di breve durata. 2 Sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. 3 Se i ritardi sono causati da assicuratori esteri non sono dovuti interessi di mora. 4 Non hanno diritto a interessi di mora: a. la persona avente diritto alle prestazioni o i suoi eredi, se le prestazioni sono versate retroattivamente a terzi; b. i terzi che hanno versato anticipi o fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 22 capoverso 2 e ai quali le prestazioni accordate retroattivamente sono state cedute; c. le altre assicurazioni sociali che hanno fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 70." Con sentenza 9C_903/2013 del 30 gennaio 2014 il TF ha rammentato al consid. 7.2 che ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 LPGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Il diritto è fatto valere nel momento in cui è rivendicato ai sensi dell'art. 29 LPGA (Kieser, op. cit., n. 27 all'art. 26 LPGA, pag. 384-385). A partire da questo momento l'assicuratore sociale ha 12 mesi di tempo per statuire (cfr. sentenza 9C_903/2013 del 30 gennaio 2014, consid. 7.2). Ciò significa che esso è tenuto a versare interessi di mora sulle sue prestazioni soltanto alla doppia condizione che siano trascorsi 24 mesi dalla nascita del diritto e 12 mesi dalla sua rivendicazione (cfr. Kieser, op. cit., n. 24 [pag. 383], 26 [pag. 384] e, a contrario, 43 [pag. 390] all'art. 26 LPGA). In concreto il 19 giugno 2013, tramite posta " B ", l'insorgente ha trasmesso all'assicuratore la fattura della Farmacia _____ di _____ del 13 giugno 2013 per l'acquisto di medicinali ed altri prodotti in data 31 maggio 2013 (doc. A1 e allegati), per un importo di fr. 182.90. La Cassa convenuta ha ricevuto l'invio, al più presto, il 25 giugno 2013 (cfr. doc. 2.10, timbro in basso a sinistra). Ne segue che, essendo passati oltre 24 mesi dalla nascita del diritto al rimborso ed oltre 12 mesi dalla sua rivendicazione, la convenuta deve interessi di mora al 5% dal 26 giugno

2015 su fr. 182.90. 2.8. La ricorrente chiede l'assegnazione di ripetibili. Per l'art. 61 lett. g LPGa il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. L'indennità per ripetibili può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (vedasi per la regola e le eccezioni: DTF 112 V 86 consid. 4, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 105 V 89 consid. 4, DTF 105 Ia 122, DTF 99 Ia 580 consid. 4). L'Alta Corte federale riconosce eccezionalmente ad una parte vittoriosa non rappresentata il diritto ad ottenere un'indennità per ripetibili per l'attività da lei svolta solo se la causa è complessa, gli interessi in gioco sono importanti, il lavoro svolto ha impedito notevolmente l'attività professionale o ha comportato una perdita di guadagno e se gli sforzi profusi sono ragionevolmente proporzionati ai risultati ottenuti (DTF 129 II 264 consid. 5; DTF 113 Ib 356 consid. 6b, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 110 V 133 consid. 4a; cfr. anche sentenza 9C_864/2007 del 30 aprile 2008). Nel caso di specie questo Tribunale ritiene che gli estremi per riconoscere all'insorgente le ripetibili non siano dati, ritenuto come gli interessi in gioco non siano importanti (il valore di causa è limitato a fr. 182.90 oltre interessi al 5%) e come l'insorgente, nata nel 1940, non risulta, né fa valere, di essere stata impedita notevolmente in una sua attività professionale o di aver subito una perdita di guadagno in relazione alla presente fattispecie. 2.9. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso, nella misura in cui è ricevibile, va accolto ai sensi dei considerandi. L'assicuratore è condannato a versare alla ricorrente fr. 182.90 oltre interessi al 5% dal 26 giugno 2015.

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