

TI_GERICHTE 36.2018.61 vom 20. Oktober 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-10-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2018.61_d20171020

FR: TI_GERICHTE 36.2018.61 du 20 octobre 2017

IT: TI_GERICHTE 36.2018.61 del 20 ottobre 2017

Regeste

Richiesta di rimborso di un bendaggio sulla base dell'EMAP. In assenza di correzione della fattura emessa dal medico non vi sono motivi per dubitare della correttezza della nota d'onorario

Erwägungen

E. 25

cpv. 1 LAMal prevede che 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 LAMal queste prestazioni comprendono (lett. a) gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate (cifra 1) dal medico, (cifra 2) dal chiropratico, (cifra 3) da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico; (lett. b) le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabili dal Consiglio federale, dal chiropratico; (lett. c) un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico; (lett. d) i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico; (lett. e) la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune; (lett. f bis) la degenza in caso di parto in una casa per partorienti (art. 29); (lett. g) un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio; (lett. h) la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti dal medico secondo la lettera b.

L'art. 33 cpv. 2 LAMal prevede che il Consiglio federale definisce le prestazioni di cui all'articolo 25 capoverso 2 non effettuate da un medico o chiropratico e le prestazioni di cui agli articoli 26, 29 capoverso 2 lettere a e c e 31 capoverso 1.

In applicazione dell'art. 33 cpv. 5 LAMal che prevede che il Consiglio federale può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1-3, l'Esecutivo ha subdelegato la competenza al Dipartimento federale dell'Interno (art. 33 lett. d LAMal) il quale ha inserito nel capitolo 6 dell'OPre le condizioni per l'assunzione dei costi dei mezzi e apparecchi diagnostici e terapeutici.

Per l'art. 59 cpv. 1 OAMal i fornitori di prestazioni devono fornire nelle loro fatture tutte le indicazioni amministrative e mediche necessarie alla verifica del calcolo della remunerazione e dell'economicità delle prestazioni conformemente all'articolo 42 capoverso 3 e 3ter della legge. Devono fornire in particolare le indicazioni seguenti:

- a. le date delle cure;
- b. le prestazioni dispensate, dettagliate secondo la tariffa determinante;

- c. le diagnosi e le procedure necessarie al calcolo della tariffa applicabile;
- d. il numero d'identificazione della tessera d'assicurato ai sensi dell'articolo 3 capoverso 1 lettera f dell'ordinanza del 14 febbraio 2007 sulla tessera d'assicurato per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- e. il numero d'assicurato ai sensi della legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti.

Secondo l'art. 59 cpv. 2 OAMal il fornitore di prestazioni emette due fatture separate per le prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e per le altre prestazioni.

L'art. 59 cpv. 3 OAMal prevede che per le analisi, la fatturazione al debitore della remunerazione è effettuata esclusivamente dal laboratorio che ha eseguito l'analisi. Le tariffe forfetarie secondo l'articolo 49 della legge rimangono salve.

Ai sensi dell'art. 59 cpv. 4 OAMal se gli assicuratori e i fornitori di prestazioni hanno convenuto che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante), il fornitore di prestazioni deve far pervenire all'assicurato la copia della fattura prevista nell'articolo 42 capoverso 3 della legge. Può convenire con l'assicuratore che quest'ultimo trasmetta la copia della fattura.

2.6. Ai sensi dell'art. 20 OPre l'assicurazione assume una determinata remunerazione dei mezzi e degli apparecchi che servono alla cura o alla diagnosi per sorvegliare il trattamento e le conseguenze di una malattia, consegnati previa prescrizione medica dai centri di consegna secondo l'articolo 55 OAMal e utilizzati dalla persona assicurata da sola o con l'aiuto di una persona non professionista che collabora alla diagnosi e alla cura.

Per l'art. 20a cpv. 1 OPre i mezzi e gli apparecchi sono definiti per metodi e per gruppo nell'allegato 2.

Secondo l'art. 20a cpv. 2 OPre i mezzi e gli apparecchi che sono impiantati nel corpo o utilizzati da fornitori di prestazioni secondo l'articolo 35 capoverso 2 LAMal nel quadro della loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non figurano nell'elenco. La loro remunerazione e quella della corrispettiva diagnosi o cura sono stabilite nelle convenzioni tariffali.

L'art. 20a cpv. 3 OPre prevede che l'elenco dei mezzi e degli apparecchi non è pubblicato né nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella Raccolta sistematica del diritto federale (RS). Le modifiche sono pubblicate nel sito Internet dell'UFSP. L'elenco completo è pubblicato di regola una volta all'anno.

Per l'art. 24 cpv. 1 OPre i mezzi e gli apparecchi sono remunerati al massimo fino a un importo pari a quello indicato nell'elenco per la corrispettiva categoria.

Ai sensi dell'art. 24 cpv. 2 OPre se l'importo fatturato dal centro di consegna supera quello indicato nell'elenco, la differenza è a carico dell'assicurato.

Secondo l'art. 24 cpv. 3 OPre l'ammontare della remunerazione può corrispondere al prezzo di vendita o di noleggio. I mezzi e gli apparecchi costosi che possono essere riutilizzati da altri pazienti vengono di regola noleggiati.

L'art. 24 cpv. 4 OPre prevede che l'assicurazione assume i costi conformemente all'allegato 2 solo per mezzi e apparecchi pronti ad essere utilizzati. In caso di vendita, può

essere prevista nell'elenco una remunerazione dei costi di adeguamento e di manutenzione necessari. I costi di adeguamento e di manutenzione sono compresi nel prezzo di noleggio.

2.7. L'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) commentato del 1° gennaio 2014 che tiene conto delle modifiche approvate dal Dipartimento federale dell'Interno (DFI) il 6 dicembre 2013, al punto 2.2 prevede che la LAMal rimborsa i mezzi e gli apparecchi contenuti nell'EMAp fino all'importo massimo rimborsabile (IMR) per quanto corrispondono alla descrizione di una posizione EMap, sono omologati sul mercato svizzero, adempiono il necessario scopo terapeutico o lo scopo di vigilanza del trattamento di una malattia e delle sue conseguenze, siano prescritti da un medico o da un chiropratico nell'ambito dell'articolo 4 lettera c OPre, siano consegnati all'assicurato direttamente da un servizio di consegna autorizzato secondo l'articolo 55 OAMal. Mezzi e apparecchi che non corrispondono alla descrizione di una posizione EMap non possono essere fatturati a carico della LAMal. Emettere fatture facenti riferimento a un numero di posizione analogo è illecito. Gli IMR elencati nell'EMAp rappresentano l'importo massimo che gli assicuratori possono rimborsare nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 24 cpv. 1 OPre). L'imposta sul valore aggiunto (IVA) è compresa in questi importi. Per la fatturazione è determinante il prezzo effettivo che include l'IVA.

Gli IMR dell'EMAp corrispondono di regola a un prezzo medio dei prodotti appropriati disponibili sul mercato. La valutazione dell'economicità tiene conto anche del prezzo all'estero.

Nell'ambito di questo IMR l'assicurato può scegliere liberamente uno specifico prodotto idoneo, fermo restando che un eventuale prezzo più elevato è a suo carico (art. 24 cpv. 2 OPre). I mezzi e gli apparecchi non sono pertanto compresi nella protezione tariffale (art. 44 cpv. 1 LAMal).

Inoltre, anche per quanto concerne i mezzi e gli apparecchi, l'assicurato partecipa ai costi con aliquota percentuale e franchigia sul massimo importo rimborsabile.

L'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) commentato del 1° gennaio 2014 che tiene conto delle modifiche approvate dal Dipartimento federale dell'Interno (DFI) il 6 dicembre 2013, al punto 4.1 prevede che i prodotti sono suddivisi in gruppi secondo la loro funzione. Rispetto agli altri elenchi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie l'EMAp ha la particolarità di menzionare solo descrizioni generali dei prodotti senza indicare alcuna marca. Le disposizioni citate sotto il titolo di un gruppo o sottogruppo di prodotti valgono per tutte le posizioni del gruppo (p. es. per formati diversi, non elencati, del materiale per medicazione).

Per il numero 4.2 le prime due cifre del numero di posizione definiscono il gruppo di prodotti. Le coppie di cifre che seguono, separate da un punto, designano in successione il sottogruppo, il relativo prodotto e l'accessorio/il materiale di consumo. L'ultima cifra specifica se la posizione è applicabile in sistema di noleggio e/o di acquisto: cifra 1 = acquisto, 2 = noleggio, 3 = acquisto e noleggio. Un numero di posizione per l'acquisto di un apparecchio termina con la cifra 1 e quello per il suo noleggio con la cifra 2. Nel caso di disposizioni per accessori, materiale di consumo e altri indennizzi (p. es. consegna) in relazione ad un apparecchio, le posizioni che terminano con la cifra 1 possono essere aggiunte alla fattura solo in caso di acquisto del relativo apparecchio, le posizioni che terminano con la cifra 2 solo in caso di noleggio dello stesso. Le posizioni che terminano con la cifra 3 possono essere aggiunte alla fattura sia che si tratti di un

apparecchio acquistato che di un apparecchio noleggiato.

I bendaggi rimborsabili dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie figurano nel gruppo di prodotti 05. I bendaggi sono prodotti per lo più confezionati, che avvolgono parti del corpo o che aderiscono al corpo, e che hanno lo scopo di comprimere e/o garantire una funzione corporea (sostenendo, stabilizzando o guidando i movimenti).

I bendaggi di compressione speciali sono elencati nel gruppo di prodotti 17 (mezzi per la terapia compressiva).

Per la mano (gruppo 05.07) l'EMAp prevede che l'assicuratore sociale deve rimborsare i seguenti costi:

05.07.01.00.1 Bendaggio per l'articolazione a sella del pollice: unità: 1 pezzo, importo massimo fr. 63.00; valido a partire dal 1.1.1999.

05.07.02.00.1 Bendaggio per il polso senza fissazione del dito: unità: 1 pezzo, importo massimo fr. 22.50, valido a partire dal 1.1.1999.

05.07.03.00.1 Bendaggio per il polso con fissazione del dito: unità: 1 pezzo, importo massimo fr. 45.00, valido a partire dal 1.1.1999.

05.07.04.00.1 Bendaggio stabilizzante per il polso con parte per le dita e per il pollice: unità: 1 pezzo; importo massimo fr. 108.00; valido a partire dal 1.1.1999.

2.8. Nel caso di specie il 9 settembre 2014 il dr. med. _____, attivo presso la Clinica _____, per il trattamento dal 23 aprile 2014 al 6 maggio 2014, ha emesso una nota d'onorario comprendente la prescrizione, in data 5 maggio 2014, del bendaggio Manex Optima Plus, per un importo di fr. 81.50. Quale codice lo specialista ha indicato il numero 05.07.03.00.1 (doc. 12), corrispondente al bendaggio per il polso con fissazione del dito. L'assicuratore ha rimborsato all'assicurata l'importo di fr. 45 come previsto al punto 05.07.03.00.1 dell'EMAp.

La ricorrente sostiene che il dr. med. _____ ha emesso una fattura con un'indicazione errata, poiché avrebbe dovuto far figurare la posizione 05.07.04.00.1 e sostiene che ha diritto al rimborso totale di fr. 81.50, poiché l'EMAp prevede un importo massimo di fr. 108.

Giova qui rammentare che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio.

Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente ed il giudice delegato ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. È dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti.

Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove.

L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della provaincombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova.

In concreto l'assicuratore ha informato l'insorgente che se vi fosse stato un errore nella compilazione della nota d'onorario del 9 settembre 2014, sarebbe spettato alla ricorrente produrre una fattura rettificata o una conferma del dr. med. _____ secondo cui sarebbe stato indicato un numero errato della posizione 05 dell'EMAp (cfr. doc. 8).

Nel caso di specie la ricorrente, la quale evidenzia come non è possibile, malgrado la richiesta dell'assicuratore, chiedere al dr. med. _____ di rettificare la fattura, poiché quest'ultimo è andato in pensione (doc. A11; doc. I), non ha prodotto quanto richiesto, né ha comprovato, perlomeno secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360 e 125 V 193 consid. 2 pag. 195), che l'indicazione della posizione 05.07.03.00.1 nella nota d'onorario del 9 settembre 2014 sarebbe frutto di una svista o di un errore ed andrebbe di conseguenza rettificata.

L'insorgente non ha chiesto al proprio medico alcuna correzione, né ha prodotto una lettera dello specialista in cui viene eventualmente confermata l'errata indicazione della posizione dell'EMAp.

La fotografia della scatola del bendaggio (cfr. doc. A) prodotta più volte dall'interessata, non è atta a portare alla correzione dell'indicazione figurante nella fattura del 9 settembre 2014, poiché non vi figura alcun numero dell'EMAp e non può supplire la rettifica della fattura emessa dal medico. Del resto, abbondanzialmente, va evidenziato come la fotografia di cui al doc. A tende semmai a confermare la correttezza dell'indicazione della posizione n. 05.07.03.00.1 nella nota d'onorario del dr. med. _____ (cfr. www.orthopartner.ch/domains/profishop_ortho-partner_ch/data/free_docs/ordner_komplett_franz_oP_2017.pdf pag. 96-97; cfr. anche omnimed.ch/epaper/epaper/epaper.pdf; cfr. anche www.bauerfeind.ch/fileadmin/user_upload/bauerfeind.ch/Produktkatalog_Orthopaedie_Deutsch.pdf pag. 52 e 53).

Alla luce di tutto quanto sopra esposto, in assenza di qualsiasi indizio che possa in qualche modo mettere in dubbio la correttezza della fattura del 9 settembre 2014 del dr. med. _____, questo TCA deve confermare l'agire della Cassa.

2.9. Nei suoi scritti all'assicuratore, ripresi nel ricorso, la ricorrente accenna al fatto che per lo stesso ed identico tutore di cui vi ho trasmesso la fattura No. 05.2975 in data 7.9.2012 dell'_____ di _____ che mi venne consegnato il 31.7.2012, unitamente al certificato medico del Dr. med. _____, il costo era di Fr. 89.40 mi venne da voi rimborsato. Anzi, era molto peggiore di questo, perché dopo 15 giorno si ruppe addirittura anche la stecca dentro, perché era addirittura di plastica e non di ferro (doc. I, pag. 3).

L'insorgente fa implicitamente valere la sua buona fede.

2.10. In concreto dagli atti prodotti dalle parti non emerge che il tutore che la ricorrente sostiene aver ricevuto il 31 luglio 2012 e che afferma essere stato integralmente rimborsato dal medesimo assicuratore è lo stesso di quello ottenuto dal dr. med. _____ il 5 maggio 2014.

La questione può tuttavia rimanere aperta. Infatti, in ogni caso, nel caso di specie, a differenza di quanto giudicato da questo Tribunale nella sentenza 36.2015.69 del 2 dicembre 2015, l'eventuale errore nel rimborso della prima prestazione sarebbe semmai avvenuto in una sola ed isolata occasione, presentatasi oltre un anno e mezzo prima, e non può pertanto assurgere ad informazione errata che avrebbe potuto indurre l'interessata a ritenere che in tutti i casi in cui richiedeva il medesimo bendaggio si sarebbe vista rimborsare l'intero importo (cfr. sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005: []). 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 reso 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). []).

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 LPGA. 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 LPGA, 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 LPGA, 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 LPG. 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 rassicurazioni 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 reso 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. 2.10. In concreto dagli atti prodotti dalle parti non emerge che il tutore che la ricorrente sostiene aver ricevuto il 31 luglio 2012 e che afferma essere stato integralmente rimborsato dal medesimo assicuratore è lo stesso di quello ottenuto dal dr. med.

_____ il 5 maggio 2014. La questione può tuttavia rimanere aperta. Infatti, in ogni caso, nel caso di specie, a differenza di quanto giudicato da questo Tribunale nella sentenza 36.2015.69 del 2 dicembre 2015, l'eventuale errore nel rimborso della prima prestazione sarebbe semmai avvenuto in una sola ed isolata occasione, presentatasi oltre un anno e mezzo prima, e non può pertanto assurgere ad informazione errata che avrebbe potuto indurre l'interessata a ritenere che in tutti i casi in cui richiedeva il medesimo bendaggio si sarebbe vista rimborsare l'intero importo (cfr. sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005: “[...]”

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 reso 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). [...]”).

2.11. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va di conseguenza respinto anche per quanto concerne la richiesta di condannare l'assicuratore al pagamento di “ spese ed interessi al 5% di fr. 300 ”.

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