

TI_GERICHTE 36.2019.11 vom 15. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.11

FR: TI_GERICHTE 36.2019.11 du 15 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 36.2019.11 del 15 maggio 2019

Regeste

Solo la neuropsicologia diagnostica, alle condizioni previste dalla legge, è a carico della LAMal. La neuropsicologia terapeutica no. In concreto tuttavia per un determinato periodo vi è buona fede e l'assicuratore deve pagare parzialmente le prestazioni effettuate secondo la garanzia fornita

Erwägungen

E. 17

dicembre 2018 (doc. 13), dunque antecedente all'emissione della decisione impugnata del 19 dicembre 2018, per un trattamento ambulatoriale effettuato presso la Clinica _____ di _____ dal 19 novembre 2018 al 20 novembre 2018, di fr. 694.65, emessa in seguito all'annuncio (...) neuropsicologia " del 2 novembre 2018 della Clinica _____ all'assicuratore circa una valutazione neuropsicologica che si sarebbe tenuta dal 19 novembre 2018 (doc. 10) e poi fatturata conformemente alla raccomandazione per la fatturazione di prestazioni di neuropsicologia nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie emanata il 23 giugno 2017 dall'organizzazione degli ospedali svizzeri H+ (<https://www.hplus.ch/it/tariffe/raccomandazione-di-utilizzazione-ed-fatturazione/>). Il 16 marzo 2019 l'insorgente ha prodotto una fotocopia di tre ricevute postali di fr. 1'440, fr. 1'410 e fr. 720, con l'indicazione a mano "ago-sett"; sett-nov" e nov-dic" (doc. VIII/1). Il 20 marzo 2019 il TCA ha chiesto all'assicuratore di trasmettere copia di tutte le fatture trasmesse dalla Clinica _____ per prestazioni di neuropsicologia in ambito ambulatoriale eseguite dal mese di agosto 2018 (doc. IX). Il 28 marzo 2019 l'assicuratore ha prodotto, oltre alla già citata fattura del 17 dicembre 2018 per prestazioni dal 19 al 20 novembre 2018, documentazione relativa al 2019 (doc. X). Il 29 marzo 2019 il Tribunale ha nuovamente scritto all'assicurato, rilevando che allo scritto del 16 marzo 2019 non è stata allegata alcuna fattura ma unicamente tre ricevute di pagamento e che l'assicuratore ha ricevuto solo una fattura per prestazioni dal

E. 19

al 20 novembre 2018 ed ha assegnato al ricorrente un ultimo termine per produrre le fatture già richieste, segnatamente quella di fr. 1'440 già pagata con l'indicazione "ago-sett" (doc. XI). Il 5 aprile 2019 il ricorrente ha trasmesso 4 fatture: 26 settembre 2018 (doc. XII/1; prestazioni dal 3 agosto 2018 al 17 settembre 2018 per fr. 1'440), 17 dicembre 2018 (doc. XII/2; prestazioni dal 20 settembre 2018 al 5 novembre 2018 per fr. 1'410), 31 dicembre 2018 (doc. XII/3, prestazioni dall'8 novembre 2018 al 10 dicembre 2018 per fr. 720) e 4 aprile 2019 (doc. XII/4, prestazioni dal 14 gennaio 2019 al 18 febbraio 2019 per fr. 720), aggiungendo che l'ultimo ciclo di sedute terminerà verosimilmente a maggio e la fattura " non è dunque ancora disponibile " (doc. XII). Chiamato ad esprimersi in merito, l'assicuratore ha affermato che " fino ad oggi la Clinica _____ ci ha inviato una sola

fattura che abbiamo già trasmesso come allegato 1. Le quattro fatture presentate con l'istanza da parte del ricorrente il 05.04.2019 le abbiamo ricevute per la prima volta. Pertanto non costituiscono oggetto né della nostra decisione né del presente procedimento ” (doc. XIV).

2.2. Nella procedura di ricorso in materia amministrativa sono di massima esaminabili e giudicabili solo i rapporti giuridici sui quali la competente autorità amministrativa si è precedentemente, e in maniera vincolante, determinata con una decisione (sentenza 8C_16/2010 del 3 maggio 2010). Di conseguenza, se non è (ancora) stata emessa una decisione (o una decisione su opposizione), manca l'oggetto impugnato e quindi un presupposto processuale (DTF 131 V 164 consid. 2.1 pag. 164 e seg.; 125 V 413 consid. 1a pag. 414 con riferimenti; cfr. pure sentenza 8C_549/2007 del 30 maggio 2008 consid. 4). Secondo costante giurisprudenza, l'oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre, da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa regolati (cfr. DTF 125 V 413 consid. 2a pag. 415; 124 V 19 consid. 1 pag. 20 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure DTF 110 V 48). L'oggetto litigioso configura per contro il rapporto giuridico che, sulla base delle conclusioni ricorsuali, viene effettivamente impugnato e portato, quale tema processuale, dinanzi al giudice (di prima o seconda istanza; DTF 125 V 413 consid. 2a pag. 415 con riferimenti). Stando a tale definizione, l'oggetto impugnato come pure quello litigioso si riferiscono ad uno (ad es.: diritto alla rendita) o più rapporti giuridici (ad es.: diritto alla rendita e diritto all'integrazione). Se pertanto il ricorso è diretto solo contro alcuni dei rapporti giuridici disciplinati dalla decisione querelata, gli altri fanno sì parte dell'oggetto impugnato, ma non di quello litigioso (in questo senso anche DTF 118 V 431 consid. 3b pag. 313 seg.; inoltre vedasi DTF 119 V 347 consid. 1b pag. 350 come pure Meyer, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, in *BJM* 1989 pag. 25). L'oggetto della lite viene quindi definito alla luce delle censure sollevate con il ricorso (Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 2003, pag. 482), le quali vengono considerate validamente presentate se dal tenore o perlomeno dal senso di quest'ultimo risultano con sufficiente chiarezza (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni H 101/85 del 23 ottobre 1985, in *RCC* 1986 pag. 317 consid. 4a). Spetta al giudice stabilire, nel singolo caso, cosa compone l'oggetto litigioso e se, datene le condizioni, sono soddisfatti i presupposti per una sua estensione, rispettivamente per un'eventuale estensione dell'oggetto impugnato (DTF 125 V 416 consid. 2a, 122 V 36 consid. 2a con riferimenti). A questo proposito in DTF 122 V 34 (cfr. anche DTF 110 V 51), l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), ha rammentato che per economia procedurale il Giudice può estendere l'oggetto impugnato ad una questione pronta per essere giudicata se vi è un nesso stretto con l'oggetto del contendere dal punto di vista fattuale e se l'amministrazione si è espressa in merito nel corso della procedura (DTF 122 V 34 consid. 2a: “ Nach der Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat“). Va infine rammentato che, secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di

regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 129 V 1 consid. 1.2 cui rinvia la sentenza 9C_244/2018 del 30 maggio 2018, consid. 4.2.2), 2.3. In concreto va evidenziato da una parte che con la decisione impugnata emessa il 19 dicembre 2018 l'assicuratore non si è espresso su una singola fattura, bensì, in generale, sul suo obbligo prestativo in merito alle prestazioni di neuropsicologia di cui è stata chiesta la garanzia di assunzione dei costi il 3 agosto 2018 e dall'altra che l'assicuratore è stato chiamato ad esprimersi in merito alle quattro fatture prodotte pendente causa dall'insorgente (cfr. doc. da XI a XIV). In concreto il TCA può di conseguenza esprimersi sulle fatture emesse fino al giorno dell'emissione della decisione impugnata del 19 dicembre 2018 (doc. XII/1 [fattura del 26 settembre 2018 per prestazioni dal 3 agosto 2018 al 17 settembre 2018]; doc. XII/2 [fattura del 17 dicembre 2018 per prestazioni dal

E. 20

settembre 2018 al 5 novembre 2018] e doc. 13 [fattura del 17 dicembre 2018 per prestazioni dal 19 al 20 novembre 2018]) poiché concernono un trattamento di neuropsicologia ambulatoriale oggetto della medesima decisione e sulle quali l'amministrazione ha potuto esprimersi in merito (cfr. DTF 125 V 413). nel merito 2.4. Ai sensi dell'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. Per l'art. 24 cpv. 2 LAMal le prestazioni assunte sono collegate alla data o al periodo di trattamento. L'art. 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 stabiliti 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. Per 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. Secondo l'art. 32 cpv. 2 LAMal l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente. L'art. 33 cpv. 1 LAMal prevede che il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni. Secondo l'art. 33 cpv. 2 LAMal 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. Determina in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi d'una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o economicità sono ancora in fase di valutazione (art. 33 cpv. 3 LAMal). Nomina commissioni che consulta ai fini della designazione delle prestazioni. Provvede al coordinamento dei lavori di queste commissioni

(art. 33 cpv. 4 LAMal). Può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1-3 (art. 33 cpv. 5 LAMal). Ai sensi dell'art. 34 cpv. 1 LAMal per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli articoli 25-33. 2.5. Dal 1° luglio 2017 la neuropsicologia diagnostica eseguita da neuropsicologi indipendenti, di principio e se date le condizioni previste dall'OAMal e dall'OPre, è una prestazione obbligatoria a carico della LAMal. Come emerge dal comunicato stampa del 9 dicembre 2016 del Consiglio federale: " (...) La diagnostica neurologica è uno degli strumenti incontrastati della neurologia ed è applicata nelle cliniche e negli ospedali. I medici che intendono sottoporre i propri pazienti agli esami diagnostici di un neuropsicologo che esercita a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS, assicurazione di base) possono unicamente indirizzarli a un ospedale o a una clinica. La presente revisione dell'OAMal disciplina l'autorizzazione dei neuropsicologi indipendenti a esercitare quali fornitori di prestazioni a carico dell'AOMS. Questa autorizzazione concerne unicamente gli esami diagnostici e il numero di sedute rimborsate su prescrizione medica è precisato in un nuovo articolo dell'OPre. Questa misura, che entrerà in vigore il 1° luglio 2017, permetterà una migliore collaborazione tra medici curanti e neuropsicologi (...)." Per l'art. 46 cpv. 1 lett. f OAMal, nel tenore in vigore dal 1° luglio 2017, sono autorizzate a dispensare cure previa prescrizione medica le persone che esercitano in nome e per conto proprio una delle seguenti professioni: neuropsicologo. Secondo l'art. 50b OAMal, in vigore dal 1° luglio 2017, i neuropsicologi devono attestare, (lett. a) il conseguimento di un diploma in psicologia riconosciuto e di un titolo di perfezionamento federale equivalente riconosciuto in neuropsicologia secondo la legge del 18 marzo 2011 sulle professioni psicologiche (LPPsi); oppure (lett. b) il conseguimento di un diploma in psicologia riconosciuto secondo la LPPsi e di un titolo di specializzazione in neuropsicologia della Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi. Nel capitolo 2 (prestazioni effettuate da persone che dispensano cure previa prescrizione o mandato medico), sezione 5 (neuropsicologia), l'art. 11a OPre, in vigore dal 1° luglio 2017, prevede che l'assicurazione assume i costi delle prestazioni diagnostiche effettuate da neuropsicologi previa prescrizione medica secondo l'art. 50b OAMal (cpv. 1). Assume al massimo, per ogni prescrizione medica, costi di sei sedute. Per anno e paziente sono possibili solo due prescrizioni mediche (cpv. 2). Come emerge da una ricerca in internet (<http://neuropsychologo.ch/>), le modalità del rimborso della neuropsicologia diagnostica non sono ancora state definite, ma sono tutt'ora oggetto di negoziazione tra i vari attori operanti in ambito sanitario. Mentre l'organizzazione degli ospedali svizzeri H+ ha raccomandato ai propri membri, il 23 giugno 2017, di applicare provvisoriamente la tariffa valida in ambito LAINF, LAI e LAM, che prevede le posizioni da 100.003 (esame diagnostico, ogni 5 minuti) a 100.007 (prestazioni in assenza del paziente, ogni 5 minuti; <https://www.hplus.ch/it/tariffe/raccomandazionediutilizzazioneedi fatturazione/>), tarifsuisse AG, di cui fa parte anche l'assicuratore convenuto ha proposto un altro tipo di fatturazione. Da ultimo, il 5 febbraio 2019, nella circolare 4/2019, tarifsuisse, rilevato che " l'absence actuelle de solution contractuelle génère de plus en plus d'incertitudes et de charges supplémentaires lors du décompte par les différentes parties ", ha emanato un tariffario provvisorio: http://neuropsychologo.ch/wp-content/uploads/2019/02/Circ_04_2019_CH_Neuro psychologues_VDEF_F.pdf. 2.6. In concreto, dagli atti emerge che l'assicurato è stato degente dal 17 maggio 2018 al 25 luglio 2018 presso la Clinica _____ di _____ (doc. 3) in seguito ad un ictus ischemico in territorio vertebro-basilare multifocale

(bi-occipitale, talamo-mesiale sinistro, cerebellare bilaterale) su dissezione spontanea “ dell’a. vertebrale destra ” (doc. 6). Il 3 agosto 2018 il dr. med. _____, medico assistente presso la Clinica _____ di _____, ha scritto al medico fiduciario dell’assicuratore, affermando: " (...) con riferimento alla richiesta di prestazioni ambulatoriali di trattamento neuropsicologico a favore del sig. RI 1, inviamo alla sua C.A. le informazioni cliniche utili ad una presa di posizione sul diritto al rimborso delle sedute da parte della cassa malati. Il sig. RI 1 presenta, in esiti di un ictus multifocale su dissezione dell’arteria vertebrale, un quadro neuropsicologico caratterizzato da deficit cognitivi rilevanti, tali da compromettere la quotidianità del paziente, ed alterazioni del comportamento ascrivibili ad una lieve sindrome frontale, con disinibizione e perseverazione. L’assicurato necessita di proseguire il trattamento neuropsicologico con l’obiettivo di ripristinare le funzioni mnesiche a lungo termine, laddove possibile, e fargli acquisire strategie di compenso efficaci atte ad aggirare i deficit non trattabili. Parimenti, è indicato un lavoro volto a migliorare le funzioni attentive (in particolare l’attenzione divisa) ed esecutive, i cui deficit attualmente conducono il paziente all’impasse dinnanzi a compiti articolati. Successivamente al recente ricovero riabilitativo, conclusosi il 25.07.2018, abbiamo concordato con il paziente la prosecuzione ambulatoriale dei trattamenti riabilitativi, tra i quali un trattamento neuropsicologico con sedute a frequenza di due alla settimana da eseguirsi presso il nostro Centro di riabilitazione. Segnaliamo che non ci sembra ragionevole proporre in alternativa alle sedute di neuropsicologia un trattamento in ergoterapia cognitiva, in quanto quest’ultima forma di presa a carico non sarebbe sufficiente per competenze e strumenti a trattare adeguatamente il caso. Precisiamo che le sedute di trattamento neuropsicologico effettuate presso il nostro Centro sono fatturare secondo le raccomandazioni emanate da H+, che inoltriamo alla sua attenzione allegate al presente documento.” (doc. A e 1) In una presa di posizione interna del medico fiduciario, med. pract. _____, specialista psichiatria e psicoterapia, figura: " (...) Fragestellung des Kunden: Bonjour, Cet assuré a été hospitalisé pour une réadaptation neurologique du 17.05.2018 au 25.07.2018 (...). Nous recevons une demande de prolongation de traitement en milieu ambulatoire pour un traitement neuropsychologique. Veuillez nous indiquer si nous pouvons garantir cela et si oui, pour combien de séances et pour quelle durée (...) Ausgangslage: Antrag auf Fortsetzung der ambulanten neuropsycholog. Behandlung. Erwägungen: Aufgrund des schweren Schlaganfalls erlitt der noch junge Versicherte u.a. Einschränkungen seiner kognitiven, aber auch Exekutivfunktionen, aber auch Auffälligkeiten bei Frontalhirnsyndrom. Es wird nun vor allem nach dem Austritt aus der stat. Behandlung die ambulante neuropsycholog. Behandlung mit 2 Terminen / Woche empfohlen (keine Ergotherapie), was nachvollzogen werden kann. Empfehlungen: Fortsetzung der ambulanten Neuropsychologie 2x/Woche für weitere 3 Monate.” (doc. 3) Il 7 agosto 2018, in una nota interna dell’assicuratore, figura che “ selon notre médecin-conseil, la prise en charge d’un traitement neuropsychologique est indiquée d’un point de vue médical pour 2 séances par semaine et ce, pour 3 mois. Info. interne: veuillez garantir le traitement et limiter selon les instructions ” (doc. 4). In data 8 agosto 2018 l’assicuratore ha scritto al dr. med. _____, con copia all’assicurato, affermando: " (...) La ringraziamo per averci trasmesso la sua domanda del 03.08.2018 concernente la neuropsicologia per la persona assicurata su indicata. A seguito della verifica da parte del nostro medico di fiducia prendiamo posizione come segue: Garantiamo l’assunzione dei costi per la neuropsicologia secondo la circolare Tarifsuisse 12/2017 per periodo di 5 minuti, limitato ad un massimo di 60 volte per prescrizione medica.” (doc. 5 e B) Il 15

agosto 2018 l'assicuratore ha ricevuto dal dr. med. _____ la prescrizione di neuropsicologia ambulatoriale, datata 20 luglio 2018, con l'indicazione di una 1a prescrizione di " riabilitazione neuropsicologica (nr. sedute: 9) " (doc. 6). Il 21 agosto 2018 in una nota interna dell'assicuratore figura: " (...) Nous avons reçu un demande (datée 03.08.2018/ reçue le 06.08.2018) de Dr. med. _____ (Medico assistente, Clinica _____) concernant un traitement ambulatoire de réadaptation sous la forme de séances de neuropsychologie. Le Dr. _____ nous a également fait parvenir une ordonnance (datée du 20.07.2018 / reçue le 17.08.2018) pour 9 séances de <<riabilitazione neuropsicologica>> ambulatoire. Suite à la recommandation du 07.08.2018, vous avez fait une garantie selon la circulaire 12/2017 de Tarifsuisse. Cette garantie est donc correcte en elle-même puisqu'elle concerne les prestations diagnostiques (valutazione neuropsicologica) et non thérapeutiques de neuropsychologie. Cependant, ces prestations ont vraisemblablement déjà été effectuées durant le séjour de réadaptation à la Clinica _____. Ce qui est souhaité maintenant, ce sont bien des séances de traitement de riabilitazione neuropsicologica. Il faut refuser la prise en charge de ces séances (selon la demande du 03.08.2018 et selon l'ordonnance du 20.07.2018). Elles ne sont pas un prestation obligatoire selon la LAMal." (doc. 7) Il 21 agosto 2018 l'assicuratore si è nuovamente rivolto al dr. med. _____, con copia all'assicurato, ed ha precisato: " (...) La ringraziamo per il suo rapporto del giorno 03.08.2018 concernente la sua richiesta per una riabilitazione neuropsicologica ambulatoriale per la persona assicurata. A seguito della verifica da parte del nostro Servizio medico di fiducia prendiamo posizione come segue: Per quanto riguarda le sedute di trattamento di riabilitazione neuropsicologica secondo la sua richiesta del 03.08.2018 e la prescrizione del 20.07.2018, non si tratta di una prestazione obbligatoria a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (legge sull'assicurazione malattie). Perciò non possiamo assumere costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Anche le condizioni aggiuntive per l'assicurazione complementare non prevedono l'assunzione dei costi per questo trattamento. Perciò non possiamo assumere una partecipazione ai costi né a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie né a carico dell'assicurazione complementare." (doc. 8 e C) Il 21 ottobre 2018 il ricorrente ha chiesto l'emissione di una decisione formale " con la quale rifiutate la presa a carico delle sedute di neuropsicologia su prescrizione medica da parte del neurologo " (doc. 9). Nell'opposizione del 3 dicembre 2018 alla decisione formale del 20 novembre 2018 l'assicurato chiede l'assunzione dei costi della " fattura della clinica per complessive 12 sedute di 1 ora (60 volte 5 minuti) che ne frattempo ho provveduto a saldare " (doc. 12). 2.7. Nel caso di specie, va anzitutto evidenziato come l'Esecutivo federale (cfr. consid. 2.5), ha deciso che, nell'ambito ambulatoriale qui in discussione, è a carico della LAMal unicamente la neuropsicologia diagnostica effettuata, previa prescrizione medica, da neuropsicologi che attestano di possedere i titoli e i diplomi elencati nell'art. 50b OAMal, nei limiti stabiliti dall'art. 11a OPre (al massimo, per ogni prescrizione medica, costi di sei sedute. Per anno e paziente sono possibili solo due prescrizioni mediche). Il ricorrente chiede di includere anche la neuropsicologia terapeutica nel catalogo delle prestazioni LAMal, poiché essa dipende direttamente dalla neuropsicologia diagnostica e non può essere considerata come una nuova terapia a tutti gli effetti. Del resto, secondo l'insorgente, anche la neuropsicologia terapeutica è efficace, appropriata ed economica (doc. V). L'inclusione della neuropsicologia terapeutica è tuttavia stata negata dopo un'ampia consultazione tra i vari attori del settore sanitario (cfr. ad esempio la presa di posizione di Santésuisse del 6 maggio

2016: https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_content/Vernehmlassung_vom_13.05.2016.pdf; cfr. anche la presa di posizione di Santésuisse del 26 marzo 2013: https://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/teilrevision_der_verordnung_ueber_die_krankenversicherung_kv_v_sowie_der_krankenpflege_leistungsve_rordnung_klv/#neuropsychologie), e la volontà dell'Esecutivo federale, che ha ponderato tutti gli aspetti sollevati dall'insorgente, non lascia spazio ad interpretazioni. In un ambito dove le questioni mediche sono particolarmente complesse, il giudice, tenuto ad un grande riserbo, non deve intervenire ed ampliare il contenuto delle liste non avendo le conoscenze scientifiche per poter decidere autonomamente. L'esame del giudice, quando la materia è regolata da un'ordinanza, si limita al controllo della costituzionalità e della legalità. Il Consiglio federale e il Dipartimento dell'interno hanno fatto un uso regolare della competenza loro conferita dalla legge così che non vi è spazio per sostituire un altro apprezzamento a quello dell'autorità competente che si fonda, di principio, sull'avviso di specialisti (cfr. DTF 136 V 84, DTF 125 V 21; cfr. anche la sentenza 9C_407/2013 del 28 ottobre 2013, consid. 4, dove un assicurato chiedeva la completazione delle malattie a carico della LAMal elencate agli art. 17 e 18 OPre: “[...] Nach der Rechtsprechung auferlegt es sich jedoch bei der richterlichen Ergänzung der KLV grosse Zurückhaltung, weil deren Änderung und fortlaufende Anpassung an die Bedürfnisse der Praxis einfach ist und eine richterliche Ergänzung der Liste eine vorgängige Anhörung von Experten voraussetzen würde, was geraume Zeit in Anspruch nähme und erst noch den Nachteil hätte, dass die Liste der Krankheiten nicht auf einheitlicher fachmännischer Beurteilung beruhen würde (BGE 125 V 278 E. 8a und 8b S. 284). Hiervon abzuweichen besteht mit Blick auf das gesetzliche Listensystem (Art. 33 KVG; BGE 129 V 167) und die sich daraus ergebende Hauptverantwortung von Bundesrat bzw. Departement für die Ausgestaltung des Verordnungsrechts (vgl. statt vieler BGE 139 V 358 E. 4.4 S. 364 mit Hinweis; 125 V 21; Urteil 8C_315/2008 vom 3. Juni 2009, in: SVR 2009 IV Nr. 49 S. 149) kein Anlass. [...]”). Nel caso di specie l'inserimento delle sole prestazioni di neuropsicologia diagnostica a carico della LAMal è recente ed è stata adottata in seguito ad un lungo iter legislativo, iniziato dapprima con la modifica della legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi; cfr. Messaggio concernente la legge federale sulle professioni psicologiche del 30 settembre 2009, FF 2009, pag. 6005 e seguenti), entrata in vigore tra il 1° maggio 2012 (art. da 36 a 37; RU 2012 pag. 1944), il 1° aprile 2013 (RU 2013 pag. 915) ed il 1° agosto 2016 (art. da 38 a 43; RU 2016 pag. 2601) e conclusosi con le modifiche apportate all'OAMal (art. 46 e 50b) ed all'OPre (art. 11a) ed in vigore dal 1° luglio 2017. Questo Tribunale non può pertanto scostarsi da quanto deciso dall'Esecutivo federale e sostituire il suo apprezzamento a quello degli specialisti che hanno valutato le prestazioni fornite dai neuropsicologi da mettere a carico della LAMal. Ne segue che, nella misura in cui le prestazioni di cui viene chiesto il rimborso, concernono la neuropsicologia terapeutica e non la neuropsicologia diagnostica, ossia in concreto le fatture del 26 settembre 2018 (doc. XII/1: prestazioni dal 3 agosto 2018 al 17 settembre 2018) e del 17 dicembre 2018 (doc. XII/2: prestazioni dal 20 settembre 2018 al 5 novembre 2018) il rifiuto dell'assunzione dei costi è, di principio, corretta. La fattura del 17 dicembre 2018 per le prestazioni dal 19 al 20 novembre 2018 (doc. 13), concerne invece la neuropsicologia diagnostica (cfr. doc. 10 e 13 ed applicazione delle posizioni 100.003 e 100.004 conformemente a quanto stabilito dal H+: <https://www.hplus.ch/it/tariffe/raccomandazionediutilizzazioneedi fatturazione/>) e di principio è a carico della LAMal. L'assicuratore ne ha rifiutato il rimborso “ perché la Clinica aveva applicato una tariffa non corretta ” (cfr. doc. X). Non trattandosi di un rifiuto

di principio della prestazione, ma di una divergenza tariffale, questo Tribunale non è competente per esprimersi in merito (cfr. art. 89 LAMal; DTF 131 V 191 consid. 2 pag. 192 con riferimenti, sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010; sentenza 36.2010.99 del 2 febbraio 2011, con riferimenti). Del resto l'insorgente non ha chiesto il rimborso di questa fattura, bensì l'assunzione dei costi delle prestazioni di neuropsicologia terapeutica (doc. I e prese di posizione seguenti). Resta da esaminare se il ricorrente può far valere la propria buona fede per le prestazioni di neuropsicologia terapeutica usufruite in seguito alla richiesta di garanzia del 3 agosto 2018.

2.8. 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." La norma 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)). Il capoverso 1 dell'art. 27 LPGA prevede dunque 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). 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). 2.9. In una sentenza 9C_97/2009 del 14 ottobre 2009 il TF ha ammesso la buona fede di un assicurato che non era stato informato correttamente dal proprio assicuratore circa le cure dentarie effettuate all'estero. L'Alta Corte ha evidenziato che dalla documentazione trasmessa dall'insorgente alla Cassa, emergeva che l'interessato intendeva sottoporsi ad interventi dentari a carico di uno specialista esercitante in Francia e che il trattamento sarebbe stato eseguito un mese dopo. Per il TF l'assicuratore avrebbe dovuto rendersi conto che secondo quanto indicato, il ricorrente avrebbe potuto perdere il suo diritto al rimborso delle prestazioni. La Cassa avrebbe pertanto dovuto reagire ed informare l'insorgente circa le norme applicabili in un caso simile. Non essendo intervenuto, l'assicuratore ha violato l'art. 27 cpv. 2 LPGA (consid. 3.2). L'Alta Corte ha rammentato che il riconoscimento di un dovere d'informazione ai sensi dell'art. 27 LPGA dipende dalla circostanza di sapere se l'assicuratore sociale disponeva, nella situazione concreta che si presentava, di indizi sufficienti che gli avrebbero imposto, secondo il principio della buona fede, di informare l'assicurato. Non si può tuttavia pretendere dall'assicuratore che fornisca informazioni che si può ammettere che siano conosciute in maniera generale, altrimenti l'amministrazione rischierebbe di sommergere a titolo preventivo l'assicurato di informazioni che non gli sono necessarie o che neppure pretende (" La reconnaissance d'un devoir de conseils au sens de cette disposition dépend bien plutôt du point de savoir si l'assureur social disposait, selon la situation concrète telle qu'elle se présentait à lui, d'indices suffisants qui lui imposaient au regard du principe de la bonne foi de renseigner l'intéressé. On ne saurait cependant attendre de l'assureur social qu'il donne des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait à titre préventif de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas (arrêt 9C_894/2008 du 18 décembre 2008 consid. 3.2, in RSAS 2009 p. 132). "). Il TF ha stabilito che la presa a carico di un trattamento dentario ai sensi della LAMal è una questione relativamente complessa poiché dipende da differenti condizioni (art. 31 LAMal), il cui apprezzamento non è evidente alla sola lettura della legge. Le norme non sono formulate in maniera tale che il rimborso appaia eccezionale, di modo che non è possibile ritenere un dovere dell'assicurato di conoscere la situazione legale. L'Alta Corte ha inoltre evidenziato che lo stesso funzionario della Cassa che si era occupato della fattispecie non si era probabilmente reso conto che vi era un ostacolo al rimborso delle prestazioni, per cui l'assicuratore non può rimproverare al proprio assicurato una situazione giuridica che era apparentemente sfuggita anche ad un proprio collaboratore (" En l'occurrence, la prise en

charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie obligatoire est une question de droit relativement complexe, puisqu'elle dépend de différentes conditions (art. 31 LAMal) dont l'appréciation n'est pas évidente à la seule lecture de la loi. Celle-ci n'est pas formulée de telle manière que le remboursement des frais relatifs aux soins dentaires apparaisse exceptionnel, de sorte qu'on ne saurait parler d'un "devoir" de l'intimé - lequel se savait atteint d'une maladie dont le traitement médicamenteux entraînait des effets au niveau dentaire - de connaître la situation légale. On ajoutera que les "Conditions particulières de l'assurance des soins selon LAMal (catégorie AH)" de la recourante renvoient aux art. 17 à 19a OPAS, ce qui ne permet pas à l'assuré de se rendre compte d'emblée du caractère exceptionnel du remboursement en question. Quant à l'allégation sur la notoriété du caractère exceptionnel du remboursement des soins prodigués à l'étranger, elle apparaît d'autant moins fondée que la recourante a justifié le délai avec lequel elle a informé l'assuré par le fait que le gestionnaire du dossier ne s'était probablement pas rendu compte qu'il y avait un obstacle juridique à la prise en charge (procès-verbal de comparution des parties du 16 janvier 2008). On comprend mal comment la recourante peut reprocher à son assuré d'ignorer une situation juridique dont l'évidence avait apparemment échappé à son propre collaborateur. "). 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. 2.10. Alla luce della citata giurisprudenza, nel caso di specie, le condizioni per ritenere adempiuti, per un periodo limitato, i requisiti della buona fede, per i motivi che seguono, sono date. Con scritto del 3 agosto 2018, trasmesso all'assicuratore (doc. 1), il dr. med. _____, medico assistente presso la Clinica _____ di _____, dopo aver fatto cenno alla “ richiesta di prestazioni ambulatoriali di trattamento neuropsicologico ” a favore del ricorrente ed aver descritto la fattispecie, ha affermato che l'insorgente “ necessita di proseguire il trattamento neuropsicologico con l'obiettivo di ripristinare le funzioni mnesiche a lungo termine, laddove possibile, e fargli acquisire strategie di compenso efficaci atte ad aggirare i deficit non trattabili. Parimenti è indicato un lavoro volto a migliorare le funzioni attentive (in particolare l'attenzione divisa) ed esecutive, i cui deficit attualmente conducono il paziente all'impasse dinnanzi a compiti articolati ”. Lo specialista ha poi affermato che “ successivamente al recente ricovero riabilitativo, conclusosi il 25.07.2018, abbiamo concordato con il paziente la prosecuzione ambulatoriale dei trattamenti riabilitativi, tra i quali un trattamento neuropsicologico con sedute e frequenza di due alla settimana da eseguirsi presso il nostro Centro di riabilitazione ” ed ha sottolineato che “ non ci sembra ragionevole proporre in alternativa alle sedute di neuropsicologia un trattamento in ergoterapia cognitiva [...] ” (doc. 1, sottolineatura del redattore). Dal contenuto dello scritto del dr. med. _____ non vi è alcun dubbio che la richiesta di garanzia era intesa al rimborso di prestazioni di neuropsicologia terapeutica (“[...] obiettivo di ripristinare le funzioni mnesiche a lungo termine [...] fargli acquisire strategie di compenso efficaci atte ad aggirare i deficit non trattabili. [...] lavoro volto a migliorare le funzioni attentive [...] ed

esecutive, [...]”; “[...] prosecuzione ambulatoriale dei trattamenti riabilitativi [...]”). È vero che il medico ha allegato alla sua richiesta la “ raccomandazione per la fatturazione di prestazioni di neuropsicologia nell’assicurazione delle cure medico-sanitarie ” emessa da H+ e che indica come dal 1° luglio 2017 la “ neuropsicologia diagnostica ” è una prestazione obbligatoria della LAMal (doc. 2). Essa è tuttavia stata allegata per comunicare all’assicurazione le modalità di fatturazione (doc. 2: “ [...] precisiamo che le sedute di trattamento neuropsicologico effettuate presso il nostro Centro sono fatturate secondo le raccomandazioni emanate da H+ [...] ”), non ancora stabilite definitivamente e tutt’ora oggetto di negoziazioni tra le parti (cfr. consid. 2.5 in fine), e non la natura della prestazione, che emerge chiaramente dalle considerazioni precedenti. Il medico ha pertanto esposto correttamente la situazione dell’insorgente, indicando la diagnosi e le prestazioni che intendeva fornire (doc. 1). D’altra parte anche lo stesso assicuratore, come emerge dalla nota interna del 6 agosto 2018 (doc. 3), ha ritenuto che l’interessato intendeva sottoporsi ad un trattamento neuropsicologico terapeutico e non solo diagnostico (doc. 3: “ [...] Cet assuré a été hospitalisé pour une réadaptation neurologique du 17.05.2018 au 25.07.2018 [...]. Nous recevons une demande de prolongation de traitement en milieu ambulatoire pour un traitement neuropsychologique [...] ”). Infatti il medico fiduciario ha preavvisato favorevolmente la continuazione “ der ambulanten Neuropsychologie 2x/Woche für weitere 3 Monate ” (doc. 3), allorché, se si fosse trattato della neuropsicologia diagnostica, sarebbe stato possibile unicamente assumere i costi di 6 sedute (art. 11a OPre) e non di 3 a settimana per tre mesi (cfr. anche la nota interna del 21 agosto 2018 [doc. 7], dove figura che “ nous avons reçu une demande [...] concernant un traitement ambulatoire de réadaptation sous la forme de séances de neuropsychologie [...] ”, sottolineatura del redattore). L’8 agosto 2018 l’assicuratore ha garantito “ l’assunzione e dei costi per la neuropsicologia ” secondo la circolare di Tarifsuisse 12/2017 “ per periodo di 5 minuti limitato ad un massimo di 60 volte per prescrizione medica ” (doc. 5). L’assicuratore sostiene che l’informazione è corretta, poiché avrebbe emesso la garanzia di assunzione dei costi limitata alla diagnostica neuropsicologica come da circolare 12/2017 di Tarifsuisse in base alla quale si assumerebbe come prestazione obbligatoria a carico della LAMal soltanto la neuropsicologia diagnostica ma non la neuropsicologia terapeutica (cfr. decisione su opposizione, doc. 11). Tuttavia nello scritto dell’8 agosto 2018, non vi è alcuna limitazione alla sola neuropsicologia diagnostica. Certo, l’assicuratore rinvia alla circolare tarifsuisse 12/2017, la quale però non risulta essere stata allegata allo scritto (cfr. doc. 5, lettera dell’8 agosto 2018 dove non vengono indicati allegati), né è stata prodotta in sede processuale. Il rinvio concerne inoltre solo la modalità di fatturazione (doc. 5: “ [...] Garantiamo l’assunzione dei costi per la neuropsicologia secondo la circolare 12/2017 per periodo di 5 minuti, limitato ad un massimo di 60 volte per prescrizione medica ”) e non la natura della prestazione fornita, in merito alla quale non viene detto nulla. La Cassa convenuta avrebbe dovuto rendere esplicitamente attento l’assicurato ed il suo medico che solo la neuropsicologia diagnostica ad esclusione di quella terapeutica, sarebbe stata rimborsata e presa a carico della LAMal, citando le norme esatte applicabili al caso di specie, indicandone perlomeno il tenore. L’assicuratore si è invece limitato ad affermare che avrebbe garantito il rimborso della prestazione richiesta limitatamente ad un periodo di 5 minuti per 60 volte per prescrizione medica. Sulla base della risposta fornita l’8 agosto 2018 il ricorrente poteva ritenere, come ha fatto, di poter eseguire i trattamenti di neuropsicologia terapeutica come prescrittigli dal proprio medico. Ciò vale a maggior ragione in un ambito particolare e complesso quale i trattamenti di neuropsicologia che sono stati oggetto di una

revisione entrata in vigore recentemente. Il ricorrente, cittadino comune a digiuno di conoscenze in ambito di assicurazioni sociali, andava infatti informato adeguatamente relativamente ai suoi diritti ed ai suoi obblighi alla luce delle richieste espresse dal suo medico nello scritto del 3 agosto 2018. Non si vede come un semplice cittadino, affetto da un ictus multifocale su dissezione dell'arteria vertebrale, un quadro neuropsicologico caratterizzato da deficit cognitivi rilevanti, tali da comprometterne la quotidianità ed alterazioni del comportamento ascrivibili ad una lieve sindrome frontale, con disinibizione e perseverazione (doc. 1), che per il tramite del proprio medico ha chiesto una garanzia di assunzione dei costi di un trattamento neuropsicologico, alla luce dello scritto dell'8 agosto 2018, avrebbe potuto e dovuto ritenere che vi è una differenza circa l'assunzione dei costi a carico della LAMal a dipendenza se viene eseguita una neuropsicologia diagnostica oppure terapeutica, se neppure l'assicuratore ne aveva evidenziato la diversità. Tanto più che neppure il medico fiduciario sembrava essere a conoscenza del fatto che la neuropsicologia terapeutica non è a carico della LAMal (cfr. la già citata presa di posizione del 6 agosto 2018, doc. 3). Lo stesso assicuratore, inoltre, si è accorto della sua imprecisione ed in una nota interna del 21 agosto 2018 intitolata " annulle e remplace notre <<Empfehlung Vertraulich>> du 07.08.2018 " (doc. 7), dopo aver ricevuto il 15 agosto 2018 la prescrizione di neuropsicologia ambulatoriale da parte del dr. med. _____ (doc. 6), è corso ai ripari indicando la necessità di escludere esplicitamente la presa a carico delle prestazioni di riabilitazione neuropsicologica (doc. 7). Alla luce di quanto sopra, ritenuto che l'assicuratore è intervenuto in una situazione concreta, agendo nei limiti della propria competenza, che l'insorgente non si è potuto rendere conto immediatamente che l'informazione ricevuta non era corretta e, facendo affidamento sull'informazione ricevuta, ha iniziato a sottoporsi a trattamenti di neuropsicologia terapeutica, senza che nel frattempo vi sia stata una modifica del quadro legislativo applicabile, il ricorrente deve essere tutelato nella sua buona fede. Ritenuto che l'assicuratore, con lo scritto dell'8 agosto 2018 ha garantito l'assunzione dei costi secondo la circolare Tarifsuisse 17/2017 per periodo di 5 minuti, limitato ad un massimo di 60 volte per prescrizione medica, esso deve riconoscere all'insorgente 5 ore (60 volte x 5 minuti = 300 minuti) di neuropsicologia terapeutica applicando per analogia i parametri previsti dalla citata circolare. In concreto vanno dunque rimborsate le sedute dal 3 agosto 2018 (1 ora: 15 minuti per 4 [" Quant. "], doc. XII), del 6 agosto (1 ora), del 9 agosto (1 ora), del 13 agosto (1 ora) e del 16 agosto 2018 (1 ora). Va inoltre rilevato quanto segue. Con scritto del 21 agosto 2018 l'assicuratore ha informato il ricorrente che la neuropsicologia terapeutica non è a carico della LAMal e che di conseguenza non avrebbe rimborsato i costi di questa prestazione (doc. 8). L'invio, non raccomandato (cfr. doc. VIII), è stato apparentemente trasmesso per posta A (cfr. doc. 8. " P.P.A "). Come emerge dalla DTF 136 V 295, al consid. 5.9, per quel che concerne più precisamente la notifica di una decisione o di una comunicazione dell'amministrazione, per giurisprudenza l'onere della prova incombe di massima all'autorità che intende trarne una conseguenza giuridica e che la circostanza deve perlomeno essere stabilita con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali (DTF 124 V 400 consid. 2b pag. 402; DTF 121 V 5 consid. 3b pag. 6). L'autorità sopporta pertanto le conseguenze dell'assenza di prova nel senso che se la notifica o la sua data sono contestate e se esistono effettivamente dubbi a tale proposito, ci si baserà sulle dichiarazioni del destinatario dell'invio (DTF 129 I 8 consid. 2.2 pag. 10; DTF 124 V 400 consid. 2a pag. 402 con riferimenti). La spedizione con la posta normale non consente in genere di stabilire se la comunicazione sia pervenuta al destinatario; la semplice presenza nel fascicolo della

copia dell'invio non è sufficiente per dimostrare che tale lettera sia stata effettivamente spedita e ricevuta (DTF 101 Ia 7 consid. 1 pag. 8). Tuttavia, la prova della notifica di un atto può risultare da altri indizi o dall'insieme delle circostanze, quali la mancata protesta da parte di una persona che riceve dei richiami (cfr. DTF 105 III 43 consid. 3 pag. 46). In concreto, interpellato dal TCA per stabilire quando ha ricevuto tale comunicazione (cfr. sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005, consid. 3.4.2: “[...] 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 insurgenti, della presa di posizione della Cassa - e non anche con effetto retroattivo, come per contro è stato fatto [...]”, sottolineatura del redattore), il ricorrente ha affermato che “ la data precisa di ricezione dello scritto del 21 agosto onestamente non la ricordo più, ma so di aver comunicato alla neuropsicologa quest'informazione e che ci eravamo guardati negli occhi, lei aveva scosso la testa ed esclamato: “... ma adesso ti scrivono che non si assumono più i costi come concordato... non è corretto nei tuoi confronti”. Mancava poco alla fine del mese di agosto quando l'ho informata. Riguardando le annotazioni sul vecchio calendario l'ultimo appuntamento di neuropsicologia di agosto 2018 è stato il giovedì 30. La ricezione qualche giorno prima ” (doc. VIII, sottolineatura del redattore). Da quanto sopra, occorre concludere che l'insorgente, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali, sulla base di quanto da lui stesso affermato (cfr. DTF V 295 consid. 5.9), ha ricevuto l'invio del 21 agosto 2018, al più tardi lunedì 27 agosto 2018, ritenuto che il termine “ qualche ” significa “ alcuni, più d'uno; indica quantità, numero indefinito e non grande ” (cfr. garzantilinguistica.it). Rilevato che dagli atti non risulta che il ricorrente prima di terminare la neuropsicologia terapeutica avrebbe avuto bisogno di un periodo di riadattamento, le prestazioni non avrebbero pertanto potuto in ogni caso essere riconosciute oltre al trattamento effettuato il 23 agosto 2018 (cfr. fattura del 26 settembre 2018; prossimo trattamento il 28 agosto 2018). A partire dal 27 agosto 2018 al più tardi l'interessato non può più essere ritenuto in buona fede, essendo esplicitamente stato informato che solo la neuropsicologia diagnostica è a carico della LAMal (sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005, consid. 3.4.2). Infine, va evidenziato che nella LAMal non vi è una norma che prevede un termine di 14 giorni per comunicare se una prestazione è o meno a carico dell'assicurazione. 2.11. Alla luce di tutto quanto sopra esposto l'assicuratore va condannato al rimborso dei costi di 5 ore di neuropsicologia terapeutica effettuata dal 3 agosto 2018, sulla base dell'applicazione analogica della tariffa prevista dalla circolare 12/2017 di Tarifsuisse. Per il resto il ricorso è respinto.

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