

TI_GERICHTE 36.2019.68 vom 4. September 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-09-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.68

FR: TI_GERICHTE 36.2019.68 du 4 septembre 2017

IT: TI_GERICHTE 36.2019.68 del 4 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

); b. infortunio (art. 4 LPGa), per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni; c. maternità (art. 5 LPGa). Inoltre, secondo l'art. 28 LAMal, per gli infortuni ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. b (attuale art. 1a cpv. 2 lett. b), l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia. Ne discende che fra la fatturazione di una prestazione dovuta a malattia e la fatturazione di una prestazione derivante da un infortunio coperto dalla LAMal, non v'è quindi alcuna differenza di punto. In altri termini, il fornitore di prestazioni adotterà sempre ed unicamente il tariffario TarMed per i trattamenti ambulatoriali (artt. 43-48 LAMal) e il tariffario SwissDRG per le prestazioni dispensate da ospedali o cliniche (art. 49 LAMal), e ciò senza che sia determinante l'origine delle prestazioni, ovvero senza che sia decisivo se si tratti di una malattia o di un infortunio. Nell'evenienza concreta, è pacifico che l'insorgente è assicurato contro gli infortuni presso CO 1 in qualità di assicuratore malattia e quindi che egli è coperto per gli infortuni secondo la LAMal ai sensi dell'art. 1a cpv. 2 lett. b LAMal (doc. A9). L'assicurato non è infatti affiliato presso un assicuratore conformemente alla LAINF ai sensi dell'art. 8 LAMal e nemmeno sostiene di esserlo. Di conseguenza, per il ricorrente non v'è alcuna differenza di tariffario applicabile a una prestazione di cura, sia essa derivante da una malattia oppure da un infortunio. La sua richiesta di verifica al TCA è irricevibile. 2.9. La lamentela del ricorrente secondo cui le sedute effettuate di idrocolonerapia presso il _____ di _____ non sono state riconosciute dalla Cassa malati non disponendo detto istituto di terapisti qualificati e riconosciuti dalle Casse malati per effettuare determinati tipi di trattamenti (doc. I pag. 7 e doc. IX pag. 4), non è oggetto del contendere e non va dunque esaminata dal TCA. 2.10. Infine, ricordato che se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può perciò essere pronunciata una sentenza nel merito, tutte le altre critiche, generiche e non sempre di facile lettura espresse da RI 1 nel suo ricorso e nello scritto successivo (doc. IX), sulle quali il co-curatore non si è comunque espresso e che devono essere qui trattate per quanto occorra, esulano dall'oggetto del contendere e non possono essere esaminate e giudicate dal TCA in questa sede. nel merito 2.11. Oggetto del contendere è la verifica della correttezza delle prestazioni e dei rimborsi che CO 1 ha accordato al ricorrente in relazione agli eventi del 18 febbraio 2015 e del 18 febbraio 2016 ancorché il ricorrente abbia formulato generiche critiche alla decisione della Cassa, limitandosi a generali e senza puntualmente contestare, dalla lista eseguita dall'assicuratore su richiesta del ricorrente, precisamente una posta rivendicando le prestazioni. A seguito della decisione di rinvio di questa Corte del 18 ottobre 2018 (STCA 36.2018.35), la Cassa malati resistente ha allestito delle tabelle concernenti ogni singola prestazione medica di cui l'interessato ha beneficiato dal 18 febbraio 2015 al 9 agosto 2018. Le prestazioni dal 28 ottobre 2017 al 9 agosto 2017 sono state riferite a un infortunio avvenuto il 28 ottobre 2017 e per tale ragione non sono

afferenti, per quanto si comprenda dai prolissi scritti del ricorrente, alle contestazioni oggetto della presente. Il ricorrente ha contestato la validità delle tabelle allegate alla decisione formale del 12 febbraio 2019 (doc. A3), sostenendo che la Cassa malati ha indiscriminatamente considerato delle prestazioni come malattia o prevenzione piuttosto che come derivanti dagli infortuni del 18 febbraio 2015 o 18 febbraio 2016. CO 1 ritiene la critica generica e priva di sostrato, visto che l'insorgente non si è confrontato con le singole prestazioni elencate e non ha spiegato in che modo e perché sarebbero sbagliate le conclusioni che essa ha tratto. 2.12. La scrivente Corte osserva che, in effetti, l'assicurato ha criticato le predette tabelle in modo apodittico, generico, senza sostrato e senza rendere verosimile il suo interesse giuridico, sostenendo che delle tabelle sono uguali a quelle già rese in passato e che non sono praticamente cambiate, se non per la correzione di alcune diciture. RI 1 non ha indicato specificatamente con quali prestazioni dell'assicuratore non è d'accordo, dove CO 1 non gli avrebbe concesso prestazioni cui ha diritto e in base a quali elementi, motivando cioè la sua contestazione in maniera precisa e contestualizzata. Per tale motivo, e meglio per il fatto che il giudice non può e non deve sostituire con i suoi argomenti la motivazione inesistente o molto carente del ricorrente, le sue lamentele non sono ricevibili ad esclusione di taluni aspetti con cui, pur nella genericità delle contestazioni, il ricorrente si è perlomeno un po' più precisamente rapportato. Solo per due tipologie di cure, infatti, il ricorrente ha contestato la modalità di conteggio eseguita dal suo assicuratore ancorché in maniera spesso in maniera non specifica: per le insufflazioni tubariche e per la idrocolonteria. Il mancato rimborso, rispettivamente la modalità di rimborso di queste specifiche cure eseguito dall'assicuratore va esaminato nel merito. 2.13. L'insorgente si è lamentato che " la copertura delle terapie riferite alla cura delle orecchie quali insufflazioni tubariche effettuate dal Dottor _____ presso le _____ non sono mai stati risarcite nelle quote né come infortunio, né come malattia, ma bensì come quota annuale di prevenzione solitamente destinato all'abbonamento fitness con abuso senza consenso di questa quota. " (doc. I pag. 11). Il 13 maggio 2016 (doc. 6) il dottor _____, specialista in otorinolaringoiatria, ha consigliato all'assicurato di " proseguire con docce nasali con soluzione fisiologica eventualmente associando Fluibron al bisogno. Consiglio cicli con Avamys spray nasale 2 spruzzi per narice mattino e sera per 10 gg al mese maggio e giugno, da ripetere in autunno. Utile ciclo di cure termali (inalazioni, insufflazioni tubariche). Per gli acufeni al bisogno Acupal audio 1 bustina la sera per cicli di 20 gg, ripetibili. Valutare TC massiccio facciale già effettuata.". Il 25 novembre 2016 (doc. A3/3) la Cassa malati ha interpellato il suo medico fiduciario per sapere se v'era un'indicazione per un soggiorno balneare, tenuto conto che l'interessato praticava regolarmente fisioterapia e terapia respiratoria. Il dr. med. _____, FMH medicina interna generale, ha risposto che le cure inalatorie erano effettuabili in maniera ambulatoriale e che non v'era un'indicazione per le cure balneari. Il 2 agosto 2017 (doc. 36) il dr. med. _____ ha certificato la necessità, per il ricorrente, di regolari insufflazioni e inalazioni. Il dottor _____ ha rivisto l'interessato il 20 settembre 2017 (doc. 43) consigliandogli di ripetere a metà ottobre un ciclo di 10 giorni di cure termali, oltre a proseguire con gli spray nasali. Consultato nuovamente un anno dopo sulla fisioterapia inalatoria, il 2 novembre 2017 il dr. _____ ha affermato: " A seguito del trauma avvenuto il 18.2.2016 non vi sono state conseguenze come dimostrato da CM 13.05.2016. Il nesso di causalità fra i disturbi presentati e l'evento infortunistico è da reputare al massimo possibile quindi le cure sono a carico malattia. I disturbi sono a carattere cronico infiammatorio e preesistenti. I disturbi presentati dal paziente possono essere trattati con i

medicamenti prescritti dal Dr. _____. Non vi è necessità di cure termali e neppure/tantomeno di cure fisioterapiche.". Il 3 novembre 2017 (doc. 56) CO 1 ha spiegato all'assicurato i motivi per cui la fisioterapia inalatoria presso le _____ non è più stata riconosciuta. La Cassa malati ha indicato che la documentazione medica prodotta dall'interessato relativa ai disturbi alle orecchie, per i quali egli era in cura presso il dottor _____, è stata analizzata dal servizio medico fiduciario, il quale non ha ritenuto giustificato né un soggiorno di cure termali né la prosecuzione della fisioterapia inalatoria presso la struttura di _____. Pertanto, l'assicuratore non avrebbe più riconosciuto ulteriori trattamenti. Inoltre, tali disturbi nemmeno potevano essere riconosciuti come conseguenza degli infortuni del 18 febbraio 2015 e del 18 febbraio 2016, non potendo essere stabilito, secondo il principio della probabilità preponderante, un nesso di causalità. Questi disturbi erano di carattere cronico infiammatorio e preesistenti. I relativi trattamenti dovevano quindi essere riconosciuti quali conseguenze di una malattia. Sempre nello scritto del 3 novembre 2017, la Cassa malati ha spiegato all'assicurato che le fatture emesse dal dr. med. _____ per le insufflazioni potevano essere riconosciute unicamente nell'ambito di un contributo per la promozione della salute previsto dalle sue assicurazioni complementari, non essendo prestazioni riconosciute dall'assicurazione malattia di base. D'avviso del TCA, l'agire della Cassa è corretto. Non va infatti dimenticato il ruolo del medico della Cassa malati, che la LAMal regola all'art. 57 cpv. 4 e 5: "

E. 4

Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore.

E. 5

Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni.". La LAMal attribuisce quindi al medico fiduciario un ruolo importante. Il medico di fiducia è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (Eugster , in SBVR, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, 1998 pagg. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 K 87/00, pag. 4 consid. 2d e dottrina citata). Secondo costante giurisprudenza (fra le tante, STF 8C_184/ 2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.4), l'Alta Corte ha ribadito che nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice delle assicurazioni sociali di fondare la propria decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore. Tuttavia, qualora sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a perizia medica esterna. Le riprodotte valutazioni del dottor _____ non sono atte a far dubitare della valutazione del medico fiduciario. Quanto alle indicazioni del dr. med. _____, egli si è limitato a certificarne la necessità, ma non ha precisato per quali motivi delle insufflazioni tubariche erano utili all'assicurato. L'assicuratore malattia si è basato sia sui certificati medici agli atti per stabilire se una cura derivava da malattia o dagli infortuni subiti dall'assicurato nel 2015 e nel 2016, sia sulle classificazioni emesse dagli stessi medici curanti che, secondo scienza e coscienza, pongono le diagnosi e prescrivono le necessarie

terapie ai pazienti. Al riguardo non va dimenticato che la legge ha posto la presunzione secondo cui le prestazioni fornite dai medici svizzeri soddisfano i principi stabiliti dall'art. 32 LAMal, in particolare soddisfano il criterio dell'efficacia/riconoscimento scientifico (art. 33 cpv. 1 LAMal; DTF 134 V 87; DTF 129 V 173). Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli artt. 25-31 LAMal devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere provata secondo metodi scientifici. Tuttavia, non si può in specie ignorare quanto scritto dal dr. med. _____ al ricorrente il 17 ottobre 2017 (doc. A8) in merito alla richiesta dell'assicurato di certificare la continuazione di una serie di cure, quali 4-5 sedute di idrocolonterapia, 2 cicli di 10 sedute di inalazioni e insufflazioni e 2 cicli da 10 sedute di fisioterapia: "(...) non sono in grado di certificare le cure da lei intraprese senza prima il mio benessere. Si tratta di numerose sedute che non sono più giustificabili all'assicurazione come infortunio (...) ". Il dr. med. _____, che risulta indipendente e imparziale e non v'è pertanto motivo di dubitare dei suoi pareri e dunque della conclusione che i disturbi lamentati dall'assicurato erano a carattere cronico infiammatorio e preesistenti all'infortunio del 2016, si è espresso al riguardo non ritenendo necessarie né le cure termali né le cure fisioterapiche. Infatti, come tali questi disturbi potevano essere trattati con i medicinali che il dottor _____ ha prescritto al paziente. Compito del TCA è di unicamente stabilire se le terapie a cui l'assicurato si è sottoposto siano state debitamente riconosciute e quindi rimborsate all'interessato conformemente ai principi dell'assicurazione malattia obbligatoria. Il fatto che l'assicuratore malattia le abbia comunque prese inizialmente a carico nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure e, successivamente, a titolo di prevenzione e quindi che le abbia pagate come delle coperture complementari LCA di cui dispone il ricorrente, non ritenendo (più) delle cure giustificate nella forma in cui sono state prescritte (bastando i medicinali) è corretto. Non può invece essere esaminato dalla scrivente Corte, che è chiamata a dirimere unicamente le contestazioni attinenti all'assicurazione malattia obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, in assenza di una petizione fondata sulle coperture complementari di cui beneficia RI 1, la correttezza dell'agire dell'assicuratore che copre le assicurazioni complementari di cui il ricorrente è beneficiario. 2.14. Per quanto concerne l'aspetto delle cure per il colon irritabile, secondo il ricorrente i medici fiduciari della Cassa malati, non specialisti in materia, avrebbero negato a torto l'efficacia delle cure che egli ha effettuato (doc. I pag. 7): " Il riconoscimento di una disbiosi intestinale è acclarato anche dai medici fiduciari, le motivazioni che portano a tale stato di alterazione sono da ricondurre ad un'irritazione del colon che potrebbe essere sopraggiunta o aggravata con la somministrazione farmacologica e non come indicato derivante da una condizione patologica come malattia, non meglio specificata neanche come eziologia.". Egli ha citato delle pubblicazioni scientifiche relative all'idrocolonterapia quale metodo riabilitativo per agevolare il ripristino dello stato di salute e lenire lo stato infiammatorio (doc. I pag. 7). Inoltre, il suo stato di salute, condizionato da intolleranza a FANS, sarebbe già stato determinato il 6 febbraio 2018 dalla gastroenterologa dottoressa _____. Pertanto, il fatto che in Svizzera non sia riconosciuta una tale disfunzione nell'assunzione farmacologica, gli sta creando problemi in ambito sanitario per gli ulteriori eventi occorsigli, anche con altri medici e ospedali, perché l'assicuratore malattia non prenderebbe correttamente in considerazione le indicazioni diagnostiche e continuerebbe a registrare le analisi specialistiche a seconda della convenienza come controllo o come malattia. Con STF 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, al considerando 3.1 il Tribunale federale ha rammentato che la LAMal è retta dal principio di territorialità. Tuttavia, a norma dell'art. 34 cpv. 2

LAMal, il Consiglio federale può decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 o 29 LAMal eseguite all'estero per motivi di ordine medico (prima frase). Sulla base di questa delega di competenza, l'autorità esecutiva ha emanato l'art. 36 OAMal, intitolato "Prestazioni all'estero". Secondo il primo capoverso di questo disposto, il Dipartimento federale dell'Interno, sentita la competente commissione, designa le prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 e 29 della legge, i cui costi sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se le stesse non possono essere effettuate in Svizzera (un elenco di queste prestazioni non è tuttavia stato allestito; cfr. DTF 131 V 271 consid. 3 pag. 274; DTF 128 V 75). Per l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Per il suo capoverso 4, le prestazioni di cui ai capoversi 1 e 2 sono assunte al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera. Sono salve le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni (art. 36 cpv. 5 OAMal). Va ancora evidenziato che, oltre all'urgenza, di norma, soltanto gravi lacune nell'offerta di cura ("Versorgungslücke") giustificano di distanziarsi dal principio della territorialità (STFA K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2). Si tratta, di norma, di cure che richiedono delle tecniche altamente specializzate o di trattamenti complessi di malattie rare, per le quali, proprio in ragione di questa rarità, la Svizzera non dispone di un'esperienza diagnostica o terapeutica sufficiente (DTF 134 V 330). Per contro, se il trattamento adeguato è realizzato correntemente in Svizzera e corrisponde a protocolli largamente riconosciuti, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi per un trattamento eseguito all'estero (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 134 V 330; DTF 127 V 138 consid. 5), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2). Nella recente DTF 145 V 170, l'Alta Corte si è pronunciata su un caso di disforia di genere nel senso di una transessualità donna-uomo, il cui intervento di falloplastica è avvenuto all'estero. In quel giudizio il Tribunale federale ha ribadito Giurisprudenza relativa ai trattamenti all'estero (cfr. consid. 2) e che ci si deve attenere alla pratica giudiziaria, secondo cui eccezioni al principio di territorialità possono essere ammesse solo con grande riserbo, in caso di terapie molto rare come la falloplastica oggetto della sentenza federale. Altrimenti vi sarebbe il rischio di perdita delle corrispondenti competenze professionali specialistiche in Svizzera (cfr. consid. 7.1 e 7.2). Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale - alla luce della giurisprudenza esposta concernente il principio della territorialità in ambito sanitario - ritiene che le sedute di idrocolonerapia effettuate all'estero dall'assicurato non possono essere poste a carico della Cassa malati resistente, non essendo riconosciute dall'assicurazione malattia per le cure medico-sanitarie. Ricordato come le eccezioni al principio della territorialità possono essere ammesse solo con grande riserbo, in caso di terapie molto rare, la "flogosi intestinale cronica, su base irritativa e da uso di medicinali anti-infiammatori o/e da uso nell'ultimo periodo di farmaco lassativo per preparazione colonscopia" (doc. A10), non costituisce una terapia molto rara i cui costi debbano essere riconosciuti dalla LAMal. Per quanto riguarda la presunta incompetenza dei medici fiduciari della Cassa malati nel pronunciarsi sulla necessità e sulla

validità delle cure sotto forma di idrocolonterapia non essendo essi, a differenza dei medici che egli ha consultato, degli specialisti in gastroenterologia (doc. A3/2-3), va osservato quanto segue. Il dr. med. _____, che ha preso posizione nel 2016 sulla richiesta dell'assicurato di un soggiorno balneare rispondendo che non v'era indicazione per cure balneari e che le cure inalatorie erano effettuabili ambulatorialmente, è specialista FMH in medicina interna generale. Un anno dopo, a fine 2017, egli è stato interpellato in merito alla necessità di cure termali e alla prosecuzione della fisioterapia inalatoria. Non ritenendo vi fosse un nesso di causalità fra i disturbi presentati e l'evento infortunistico del 18 febbraio 2016, trattandosi di disturbi a carattere cronico infiammatorio e preesistenti e che potevano essere trattati con medicinali, non ha ritenuto data la necessità di cure termali né fisioterapiche. A metà anno 2018 il dr. med. _____, anch'egli FMH in medicina interna generale, ha ritenuto che la idrocolonterapia, non figurante nell'OPre, non fosse una terapia riconosciuta ed efficace a livello scientifico della medicina tradizionale e non l'ha quindi considerata rispettosa dell'art. 32 LAMal In pari data, il dr. med. et lic. iur _____, specialista FMH in medicina interna generale, ha osservato che gli studi scientifici allegati dall'assicurato non comprovavano sufficientemente l'efficacia della idrocolonterapia, poiché i pazienti oggetto dello studio erano troppo pochi e tale numero non soddisfaceva i requisiti pertinenti nello studio stesso. Inoltre, egli non era a conoscenza di studi che soddisfacessero gli standard richiesti. Il medico curante dr. med. _____, FMH medicina interna generale, ha certificato il 18 maggio 2016 (doc. A10) la necessità di idrocolonterapia. Il dottor _____, che si è firmato come " Medico FMH ", ha certificato il 9 gennaio 2018 (doc. A10) che l'assicurato era a quel momento sofferente di flogosi intestinale cronica su base irritativa e da uso di medicinali antiinfiammatori e/o da uso nell'ultimo periodo di farmaco lassativo per preparazione alla colonscopia. Pertanto, egli necessitava di idrocolonterapia nella misura di tre sedute ravvicinate (una alla settimana) e una terapia di mantenimento una volta al mese. Infine, il 6 febbraio 2018 (doc. A13) la dr.ssa _____ ha effettuato una prima visita specialistica gastroenterologica dell'assicurato, osservando un addome marcatamente globoso, meteorico, trattabile, non dolente. Ha consigliato l'assunzione di alcuni medicinali e un approfondimento diagnostico tramite colonscopia per escludere una colite microscopica. Sulla validità dei referti medici qui riportati, il Tribunale rileva che i tre medici sentiti dalla Cassa malati sono specialisti in medicina interna generale e quindi non in gastroenterologia. Tuttavia, lo stesso si può dire di almeno due dei medici curanti. Infatti, dal sito www.doctorfmh.ch consultato il 12 dicembre 2019, risulta che il dr. med. _____ ha ottenuto in _____ nel 2012 la specializzazione in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica e nel 2014 di medico generico. Il dr. med. _____, come visto, è specialista in medicina interna generale. Quanto alla dottoressa _____, la struttura in cui è attiva la indica come specialista in gastroenterologia ed endoscopia digestiva (_____, consultato il 12 dicembre 2019). Tuttavia, non si può non notare come l'intero suo referto medico si riferisca unicamente a quanto le ha riferito il paziente, nel senso che essa ha riportato i disturbi soggettivi dell'assicurato e gli esami che egli ha indicato - ma non comprovato - di avere effettuato. Da parte della gastroenterologa non è stata posta alcuna diagnosi specialistica, ma solo consigli sull'assunzione di alcuni farmaci e di sottoporsi a una colonscopia. Stante quanto precede, è unicamente il dottor _____ che ha certificato la necessità di idrocolonterapia nel maggio 2016 senza però indicarne i motivi, ma anche che, come visto, nel mese di ottobre 2017 non l'ha più ritenuta giustificabile come derivante dall'infortunio. Determinante, nell'evenienza concreta, è che passando in rassegna tutte le 14 pagine delle tabelle relative

alle prestazioni di cui l'assicurato ha beneficiato tra il 2015 e il 2017, risulta che le sedute di idrocolonerapia sono state rimborsate dalla sua Cassa malati o come malattia ai sensi della LAMal, o come infortunio sempre ai sensi della LAMal. Di conseguenza, nulla può più pretendere il ricorrente per questa terapia, indipendentemente dal fatto che essa sia stata ritenuta come derivante da o dagli infortuni subiti dall'insorgente o come malattia. Come detto, dal profilo economico non v'è alcuna differenza sul diritto dell'assicurato al rimborso dei relativi costi. Infatti, l'interessato è tenuto a partecipare ai costi delle prestazioni ottenute (art. 64 cpv. 1 LAMal) e la sua partecipazione comprende (art. 64 cpv. 2 LAMal): a. un importo fisso per anno (franchigia); e b. il 10% dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale). Di conseguenza, sia che la prestazione di cui ha beneficiato sia qualificata come malattia sia come infortunio, il ricorrente è tenuto a versare di tasca propria l'importo corrispondente fino all'esaurimento della franchigia che ha fissato a Fr. 1'000.- all'anno e, una volta esaurita, al 10% del costo della prestazione. Si evidenzia, inoltre, che l'assicurato confonde manifestamente i principi della LAINF (RS 832.20) con quelli della LAMal quando sostiene che egli non sarebbe tenuto al pagamento di nessuna franchigia e men che meno di nessuna quota di partecipazione. Occorre nuovamente ribadirlo, egli non è coperto dalla LAINF per gli infortuni, ma dalla LAMal, perciò ogni caso di infortunio sottostà alle medesime regolamentazioni legali di un caso di malattia e quindi a franchigie e a partecipazioni ai costi. È solo una volta raggiunta la quota di partecipazione personale di Fr. 700.- all'anno (art. 103 cpv. 2 LAMal) che l'assicurato è esentato dal contribuire ai costi delle prestazioni di cui ha beneficiato. Le richieste del ricorrente tese alla modifica della qualifica da malattia a infortunio, siccome ininfluenti ai fini dei suoi diritti secondo la LAMal, sono prive di sostanza e, comunque, accertate adeguatamente dai medici fiduciari della Cassa come indicato in precedenza. La circostanza che alcune qualifiche delle prestazioni mediche ritenute dall'assicuratore malattia divergano da quelle auspiccate dal ricorrente, nulla muta dal profilo del diritto al riconoscimento economico secondo la LAMal. Le ragioni per le quali CO 1 ha operato la qualifica, descritte nelle considerazioni di fatto, vanno condivise. CO 1 si è attenuta alle indicazioni dei fornitori di prestazioni: dalle quali si distanzia solo a fronte di fondati motivi qui non dati. Alla luce di ciò, in assenza di prova del contrario che l'insorgente non ha saputo apportare, non si può affermare che vi sono delle posizioni aperte; in altre parole, non risultano giustificati dei crediti da parte del ricorrente nei confronti della Cassa malati derivanti da errati conteggi delle prestazioni. 2.15. L'assicurato ha formulato delle pretese creditorie derivanti da cure dentarie effettuate all'estero, per le quali l'assicurato lamenta un riconoscimento del 50% in luogo del 100%. Su questo punto il ricorso va respinto per diversi motivi. In primo luogo, queste cure dentarie sono state eseguite all'estero perciò, secondo il summenzionato principio della territorialità, non possono essere prese a carico nell'ambito della LAMal, fatta salva una situazione di urgenza che si è verificata all'estero, circostanza che non è però qui data. Inoltre, un diritto al rimborso secondo la LAMal non è possibile, perché non è stato medicalmente comprovato che le cure dentarie a cui l'assicurato si è sottoposto derivassero dall/dagli infortuni/o del 2015 e/o del 2016. A titolo abbondanziale, la scrivente Corte osserva che le sedute di "controllo e pulizia" e di "allineamento e pulizia" difficilmente possono rientrare fra le prestazioni derivanti da un infortunio. L'assicuratore malattia che copre le assicurazioni complementari ha rimborsato i costi di questi trattamenti nell'ambito della copertura complementare LCA, che prevede la copertura dei costi per visite di controllo, igiene dentale, trattamenti del medico dentista e sostituzione dei denti nella misura del 50% dei costi, ma fino a un massimo di Fr. 1'000.- per anno civile, rischio

infortunio incluso. Non essendo oggetto del contendere in ambito LAMal, questa questione non va ulteriormente approfondita. 2.16. Infine, il ricorrente ha rimproverato alla sua Cassa malati di non essersi pronunciata, nemmeno nella decisione su opposizione, sulle indennità giornaliere, " nonostante il contratto _____ con copertura _____ in tutto il mondo, prevede questi introiti e possibilità; pertanto si chiede il regresso per tutto quanto non regolarmente gestito e disatteso. " (doc. I pag. 10). Come correttamente osservato dall'assicuratore resistente, la copertura infortunistica secondo la LAMal non riconosce anche le indennità giornaliere per tutti gli assicurati. La copertura prevista dagli articoli 67 e seguenti LAMal è facoltativa e va quindi esplicitamente stipulata dagli assicurati. L'art. 67 cpv. 1 LAMal prevede infatti che le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi degli articoli 2 capoverso 1 o 3 LVAMal. In virtù dell'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità. Secondo l'art. 72 cpv. 1bis LAMal, introdotto il 1° gennaio 2016, le prestazioni assunte sono collegate al periodo di incapacità lavorativa. Per l'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPG). Per quanto non pattuito altrimenti, il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. Nel caso in esame, dalle polizze assicurative prodotte dal ricorrente agli atti non risulta che egli abbia stipulato anche la copertura facoltativa per la perdita di guadagno in caso di malattia e/o infortunio secondo l'art. 67 LAMal. Inoltre, se da un lato l'interessato non è dunque coperto da un'assicurazione perdita di guadagno, dall'altro egli non ha neppure comprovato di avere subito una perdita di guadagno derivante dalle malattie e/o dagli infortuni in discussione. Quanto al riconoscimento di indennità giornaliera sulla base della copertura complementare _____ menzionata dal ricorrente, dagli atti di cui dispone il Tribunale non si evince che egli sia al beneficio di una tale copertura. Il tema esula comunque dall'oggetto dell'analisi del TCA che, occorre ribadirlo, si limita qui all'aspetto dell'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal. 2.17. Con il suo scritto doc. IX del 20 settembre 2019 RI 1, evidenziando un atteggiamento ritenuto ostruzionistico di una collaboratrice di CO 1, interpellata in merito alla "dinamica di accesso documentale per l'infortunio del 18 febbraio 2015", ha implicitamente chiesto al TCA di accertare la "dinamica di accesso documentale" relativa a quell'infortunio. La prova, di cui l'assicurato ha chiesto l'acquisizione, non è chiara, non risulta comunque rilevante ai fini del giudizio. Sapere come, ossia con quale dinamica, sia avvenuto l'accesso ai documenti relativi ai fatti del 18 febbraio, da parte dell'assicuratore è questione senza sostrato alcuno. RI 1 non lamenta carenze nell'acquisizione probatoria nella fase amministrativa. Egli non spiega neppure perché l'accertamento dalla "dinamica di accesso documentale" sarebbe rilevante e costituirebbe un elemento probatorio atto a dimostrare i suoi diritti. La richiesta deve quindi essere respinta. Va a questo proposito rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und

Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 2.18. Infine, in merito alla richiesta di addossare le spese processuali e giudiziarie allo Stato " per quanto arrecato secondo art 428 CPP e secondo art 114 lett e CPC " " In virtù del fatto che il procedimento ricorsuale è causato dall'inadeguatezza gestione del Tribunale d'appello " (doc. I pag. 10), va osservato quanto segue. Ritenuto come la controversia fra il ricorrente e la sua Cassa malati porti sull'assicurazione malattia obbligatoria e quindi su un ambito delle assicurazioni sociali - che non ha quindi nulla a che vedere con la procedura penale e nemmeno con la procedura civile così come sollevato dal ricorrente -, l'art. 61 lett. a LPGA prevede che la procedura dinnanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni sia gratuita per le parti. Di medesimo tenore è l'art. 29 cpv. 1 LPTCA, concernente la procedura cantonale davanti allo scrivente TCA. Nel caso in esame, nonostante l'esito sfavorevole per il ricorrente e l'esposizione di contestazioni più volte esaminate non solo da questa Corte ma anche dal TF, si può prescindere dal carico di tasse di giustizia e spese. Il ricorrente è comunque avvisato che in futuro, laddove fossero riproposte argomentazioni già oggetto di giudizio relative a eccezioni, le spese potranno essere poste a suo carico. Il ricorso è quindi da respingere nel suo complesso.

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