Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Corte delle assicurazioni sociali
del Tribunale federale

Causa
{T 7}
K 107/05

Sentenza del 25 ottobre 2005
IIa Camera

Composizione
Giudici federali Borella, Presidente, Schön e Frésard; Grisanti, cancelliere

Parti
K._____ e B._____, ricorrenti

contro

Cassa-malati UNIVERSA, Groupe Mutuel Assicurazioni, rue du Nord 5, 1920 Martigny, opponente

Istanza precedente
Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano

(Giudizio del 15 giugno 2005)

Fatti:
A.
K._____ e B._____ sono assicurati contro le malattie presso la Cassa malati Universa. Nel corso del 2002 si sono rivolti al Centro cantonale di fertilità presso l'Ospedale X._____, dove la moglie, nata nel 1963, si è sottoposta a un trattamento di fecondazione assistita (inseminazione artificiale intrauterina). I cicli di terapia, iniziati nel mese di dicembre 2002, si sono protratti perlomeno fino al mese di dicembre 2004.

Dopo avere (integralmente) rimborsato le prestazioni effettuate dal dicembre 2002 al dicembre 2003, l'assicuratore malattia ha continuato a saldare anche nel corso del 2004 numerose fatture relative a trattamenti e medicinali prescritti dal primario del predetto Centro, dott. S._____ (cfr. attestazione 10 gennaio 2005 della Cassa relativa ai rimborsi effettuati nel 2004).

Mediante fattura del 27 agosto 2004 l'Ospedale X._____ ha chiesto all'Universa l'assunzione delle spese (fr. 5'973.55) relative al trattamento dispensato dal Centro di fertilità dal 7 gennaio al 19 luglio 2004. Con risposta del 15 settembre 2004, trasmessa per conoscenza alla propria assicurata, l'Universa ha rifiutato la loro assunzione osservando che le difficoltà di fertilità di quest'ultima, oramai 40enne, non potevano (più) essere considerate di natura patologica, bensì sarebbero dovute a un naturale processo fisiologico. Dopo scambio di corrispondenza con gli interessati, la Cassa ha accettato di assumere l'importo di fr. 2'515.70, corrispondente a un massimo di tre cicli di terapia, conformemente a quanto prescritto dall'ordinamento in materia (decisione del 12 novembre 2004). Tale posizione è stata sostanzialmente confermata il 1°dicembre successivo anche in seguito all'opposizione degli assicurati.
B.
I coniugi B._____ sono insorti al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino, il quale, esperiti i propri accertamenti, ne ha respinto il gravame confermando sostanzialmente la valutazione della Cassa (pronuncia del

15 giugno 2005).
C.
K._____ e B._____ interpongono ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, al quale, protestate spese e ripetibili, chiedono in via principale il rinvio degli atti alla precedente istanza per nuova pronuncia e in via subordinata il riconoscimento delle spese di cura fino al 31 dicembre 2004. Dei motivi si dirà, per quanto occorra, nei considerandi.

L'Universa propone la reiezione del gravame, mentre l'Ufficio federale della sanità pubblica ha rinunciato a determinarsi.

Diritto:
1.
Conformemente all'art. 24 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli art. 25-31, secondo le condizioni di cui agli art. 32-34. Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli art. 25-31 LAMal devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

Il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni (art. 33 cpv. 1 LAMal in relazione con l'art. 33 lett. a OAMal). Questa disposizione si fonda sulla presunzione che medici e chiropratici applichino trattamenti e misure conformi all'art. 32 cpv. 1 LAMal. È pertanto compito del Consiglio federale stilare una lista negativa di prestazioni che non rispettano questi criteri o che li rispettano solo parzialmente o a determinate condizioni (RAMI 2000 no. KV 113 pag. 130 consid. 4a; DTF 125 V 28 consid. 5b). L'esecutivo federale determina inoltre in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o economicità sono ancora in fase di valutazione (art. 33 cpv. 3 LAMal in relazione con l'art. 33 lett. c OAMal). Questa autorità può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1-3 (art. 33 cpv. 5 LAMal). Le citate competenze sono state delegate al Dipartimento federale dell'interno (DFI) che, in data 29 settembre 1995, ha promulgato l'Ordinanza
sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre [RS 832.112.31]).

Giusta l'art. 1 OPre, l'allegato 1 indica le prestazioni di cui all'articolo 33 lettera a e c OAMal, che sono state esaminate dalla Commissione delle prestazioni e di cui l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi (lett. a), li assume a determinate condizioni (lett. b) oppure non li assume del tutto (lett. c; cfr. anche RAMI 2000 no. KV 113 pag. 130 consid. 4a). Nella premessa all'allegato 1 è indicato che l'elenco delle prestazioni mediche a carico o meno dell'assicurazione non è esaustivo (a proposito del significato giuridico di tale elenco cfr. DTF 125 V 30 seg. consid. 6a e riferimenti).

Al punto 3 dell'allegato OPre, alla voce "Ginecologia, Ostetricia", si legge che, a partire dal 1°gennaio 2001, l'inseminazione artificiale intrauterina è assunta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per un massimo di tre cicli di terapia per gravidanza.
2.
Esprimendosi sull'operato dell'assicuratore malattia nel caso di specie, il primo giudice ha ritenuto di principio corretto e conforme alle disposizioni in materia il rifiuto dell'Universa di prendersi a carico ulteriori spese di trattamento - comprese quelle relative ai suoi atti preparatori (DTF 120 V 214 consid. 7b/bb in fine; cfr. pure RAMI 2003 no. KV 260 pag. 305 consid. 4.1). In particolare, l'autorità giudiziaria cantonale ha rilevato che, nell'avere rimborsato i trattamenti del 2003 (nove cicli; cfr. cartella medica dell'Ospedale) e nell'avere assunto i primi tre cicli (gennaio, febbraio e marzo) del 2004, la Cassa avrebbe già onorato i propri obblighi legali e avrebbe addirittura riconosciuto più di quanto non sarebbe stata tenuta a fare in virtù delle disposizioni dell'OPre. E questo a prescindere dal fatto che, stando a quanto indicato dai ricorrenti, nel gennaio 2004 si sarebbe verificata "una gravidanza, che malauguratamente è andata persa".

Per il resto, la precedente istanza ha pure escluso che gli interessati potessero altrimenti pretendere ulteriori prestazioni in virtù del principio della tutela della buona fede.
3.
La questione di sapere se la decisione della Cassa fosse effettivamente conforme a quanto stabilito dall'OPre e possa, sotto questo aspetto, essere condivisa anche dal Tribunale federale delle assicurazioni, può rimanere indecisa poiché in ogni caso, contrariamente a quanto ritenuto dal giudice di prime cure, i ricorrenti hanno comunque diritto ad ottenere prestazioni supplementari in virtù della protezione della loro buona fede.
3.1 Il principio della buona fede, sancito dall'art. 9 Cost., tutela la legittima fiducia dell'amministrato nei confronti dell'autorità amministrativa e gli permette in particolare di esigere che l'amministrazione rispetti le promesse fatte e che eviti di contraddirsi. Così, un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se le seguenti condizioni cumulative sono riunite:
1. l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone;
2. l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti;
3. l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta;
4. facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio;
5. da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMI 2000 no. KV 126 pag. 223; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 121 V 66 consid. 2a e sentenze ivi citate).
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).
3.3 Già in sede cantonale i ricorrenti hanno fra le altre cose affermato di avere avuto nel novembre 2002 - a titolo cautelativo - un contatto telefonico con l'assicuratore malattia onde accertare la questione della copertura assicurativa per i trattamenti previsti. Essi hanno così sostenuto che una dipendente della Universa, poi identificata in tale S._____, su loro espressa richiesta avrebbe confermato l'assunzione dei costi di trattamento senza altre formalità, in particolare senza fare dipendere la presa a carico della prestazione dalla presentazione di una domanda scritta o dal rilascio di una dichiarazione formale da parte dell'assicuratore.
Sentita dal giudice di prime cure, S._____, pur senza potere negare che un tale contatto ci possa effettivamente essere stato, ha sostanzialmente riferito di non ricordare l'esistenza e il contenuto del preteso colloquio telefonico, aggiungendo tuttavia per il resto che ella non sarebbe comunque (stata) solita dare il "nulla osta per prestazioni che vanno al di là di quanto prevede l'ordinanza".

Ora, pur potendo quantomeno dubitare dell'effettiva correttezza della (eventuale) risposta fornita dalla Cassa - altrimenti mal si comprenderebbe la reazione dell'Universa che per oltre un anno ha onorato, senza nulla eccepire, le fatture trasmessele per pagamento -, si può convenire, con il primo giudice, che le semplici allegazioni dei ricorrenti, ancorché parzialmente corroborate dal successivo atteggiamento dell'assicuratore malattia, non hanno trovato (sufficiente) conferma nelle dichiarazioni di carattere generale della teste - la quale ha sostanzialmente detto di non ricordare il contatto telefonico - e non bastano pertanto ancora per ammettere, con il necessario grado di verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali (DTF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3), l'esistenza di una indicazione errata da parte della Cassa.
3.4 Ciò non toglie tuttavia che i ricorrenti possono comunque appellarsi al principio della tutela della buona fede in virtù di un'altra considerazione.
3.4.1 Secondo giurisprudenza, una cassa malati che si assume - per sbaglio (come lo pretende nel caso di specie l'Universa) 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.
3.5 Visto quanto precede, la pronuncia impugnata come pure la decisione su opposizione dell'Universa devono essere annullate e la causa va rinviata all'assicuratore malattia affinché determini esattamente i trattamenti che devono essere rimborsati per essere stati effettuati prima dell'avvenuta conoscenza, da parte degli assicurati, della modificata prassi della Cassa.
4.
Vertendo sull'assegnazione o il rifiuto di prestazioni assicurative, la procedura è gratuita (art. 134 OG). Per il resto, i ricorrenti non sono patrocinati, ragione per cui, sebbene vincenti in causa, non hanno diritto a ripetibili, non essendo adempiuti in concreto i particolari requisiti cui il riconoscimento delle medesime è subordinato in tal caso (cfr. DTF 110 V 82).

Per questi motivi, il Tribunale federale delle assicurazioni pronuncia:
1.
Il ricorso di diritto amministrativo è accolto nel senso che, annullati il giudizio cantonale del 15 giugno 2005 e la decisione su opposizione 1°dicembre 2004 della Cassa malati Universa, la causa è rinviata all'assicuratore malattia affinché renda un nuovo provvedimento nel senso dei considerandi.
2.
Non si percepiscono spese giudiziarie né si assegnano ripetibili.

3.
La presente sentenza sarà intimata alle parti, al Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano, e all'Ufficio federale della sanità pubblica.
Lucerna, 25 ottobre 2005
In nome del Tribunale federale delle assicurazioni

Il Presidente della IIa Camera: Il Cancelliere: