

TI_GERICHTE 36.2000.26 vom 25. Januar 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-01-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.26

FR: TI_GERICHTE 36.2000.26 du 25 janvier 2000

IT: TI_GERICHTE 36.2000.26 del 25 gennaio 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 31

LAMal - applicabile alla fattispecie in forza dell'art 102 cpv. 1 e 103 cpv. 1 a contrario - l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie nei seguenti casi: a) se le affezioni sono causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio b) se le affezioni sono causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi c) se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi. L'assicurazione obbligatoria assume, inoltre, in forza dell'art 31 cpv. 2 LAMal, i costi della cura di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio. Giusta l'art 33 cpv. 2 LAMal, tocca al Consiglio federale designare in dettaglio le prestazioni previste dall'art 31 cpv. 1 LAMal. Il Consiglio federale ha, con l'adozione dell'art 33 lett. d OAMal, delegato a sua volta questa competenza al Dipartimento federale dell'interno che ne ha fatto uso agli art 17 - 19a OPre. 2.3. Come unanimamente ammesso, con il nuovo ordinamento il legislatore non ha modificato il principio secondo cui, di regola, i trattamenti dentari non sono coperti dall'assicurazione contro le malattie. Per questo l'elenco allestito nell'ordinanza è esaustivo (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, pag. 51; Messaggio 6.11.1991 del Consiglio federale alle Camere pag. 67). Al proposito, il TFA, nella sentenza pubblicata in RAMI 5/1998 pag. 379 e seg. (dove ha negato l'obbligo contributivo di un assicuratore malattia per una cura dentaria in caso di ernia iatale da reflusso), ha osservato quanto segue: " ... 4.- Die Liste der zu zahnärztlichen Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten in der Art. 17-19 KLV ist im Lichte der formell gesetzlichen Ausgangslage als abschliessend zu verstehen. Dies ergibt sich schon aus dem Wortlaut von Art. 33 Abs., 2 KVG, wonach der Bundesrat die Leistungen oder Behandlungen durch Zahnärzte näher zu bezeichnen hat. Für eine nur beispielhafte Aufzählung finden sich keine Anhaltspunkte weder in den Texten der Delegationsnormen (Art. 33 Abs. 2 KVG, Art. 33 lit. d KVV) noch in den Art. 17-19 KLV selber. Auch die Materialien sprechen für eine abschliessende Nennung der Krankheiten, welche von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmende zahnärztliche Leistungen oder Behandlungen auslösen können. In Bericht und Entwurf der Expertenkommission vom 2. November 1990 ebenso wie in der bundesrätlichen Botschaft vom 6. November 1991 wurde, wie dargelegt (Erw. 3d/aa, bb), jeweils ausdrücklich die abschliessende Aufzählung durch den Verordnungsgeber betont. In der Detailberatung der Vorlage durch die nationalrätliche Kommission sprach Nationalrat Jöri davon, der Bundesrat habe auf Verordnungsstufe die «Krankheiten» abschliessend aufzuzählen, bei denen die zahnärztlichen Leistungen durch die Krankenversicherung gedeckt seien

(Protokoll der nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit [SGK] vom 1. April 1993, S. 34). An der gleichen Sitzung erklärte Bundesrätin Dreifuss, die Gerichte könnten sich bei ihrer Rechtsprechung auf eine « liste positive des maladies donnant lieu à des prestations présentées dans l'ordonnance » stützen (Protokoll a.a.O., S. 35). Auch Seiler wies darauf hin, dass die Verwaltung die schweren Krankheiten zu definieren habe (Protokoll a.a.O., S. 36). In der Beratung im Plenum wiederholte Jöri, der Bundesrat könne in den Vollzugsbestimmungen abschliessend festlegen, für welchen schweren Erkrankungen die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen von der Krankenversicherung übernommen werden müssten (Amtl. Bull. 1993 N 1843). Ist demnach die Aufzählung der zu zahnärztlichen Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten in Art. 18 KLV als abschliessend zu betrachten, so ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Übernahme der Kosten durch die obligatorische Krankenversicherung nicht ausgewiesen, weil die Krankheit darin nicht aufgeführt ist... " (RAMI 5/1998 cit. consid. 4) Il TFA ha ribadito tale opinione nella sentenza pubblicata in RAMI 6/1998 pag. 557 e seg. in cui é stato negato carattere di lacuna alla mancata menzione del diabete tra le malattie grave che determinano necessità di cure dentarie: " ... 3.- a) La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 124 V 194 consid. 4 1). Cela résulte déjà de l'art. 33 al. 2 LAMal, selon lequel il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations visées par l'art. 31 al. 1 LAMal. En outre, rien dans le texte des normes de délégation susmentionnées (art. 33 al. 2 LAMal, art. 33 let. d OAMal), ni d'ailleurs dans celui des dispositions citées de l'OPas, ne permet de dire qu'il puisse s'agir d'une liste exemplative. Enfin, l'examen des travaux préparatoires révèle que le législateur a voulu que soit dressé par voie d'ordonnance un catalogue exhaustif des maladies pour lesquelles l'assurance doit prendre en charge les traitements dentaires. Tant la commission d'experts pour la révision de l'assurance-maladie (rapport du 2 novembre 1990, p. 52) que le Conseil fédéral dans son message du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 139 sv.) ont insisté sur la nécessité d'établir un tel catalogue. Par la suite, cet impératif a été constamment réaffirmé, en particulier lors des délibérations de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil national (procès-verbal de la séance du 1 er avril 1993, p. 34ss), puis devant le plénum du Conseil national (BO CN 1993 p. 1843)... " (RAMI 6/1998 pag. 557 e seg. consid 3a) Dunque, l'elenco di cui agli art 17 - 19a OPre non può essere oggetto di un'interpretazione estensiva. 2.4. In concreto, i motivi che hanno condotto al trattamento dentario, i cui costi sono in discussione, sono descritti nei rapporti medici agli atti. Dapprima vi è il rapporto indirizzato dal dott. _____, spec. FMH in gastroenterologia, al medico di fiducia della _____: " Ti scrivo in merito al sunnominato paziente per una domanda di rimborso prestazioni effettuata dai colleghi _____ e _____ entrambi medici dentisti su mia richiesta. Si tratta di un paziente con un pesante passato chirurgico che conosco dal mese di aprile 1995. Operato la prima volta apparentemente nel 1975 presso l'Ospedale _____ per ulcera gastrica, intervento di vagotomia prossimale selettiva a funduplicatio. Durante lo stesso anno recidiva emorragica con smontaggio del precedente intervento, gastrectomia secondo Billroth II. Nel 1977, sempre all'ospedale _____, resezione del digiuno per necrosi su briglia. Fistola enterocolica operata nel mese di maggio 1978. Il paziente viene di nuovo operato su shock emorragico su ulcera e una fistola gastro-colica nel mese di marzo 1996. Il paziente viene sottoposto ad una degastro-gastrectomia chiusura della fistola gastro-colica, anastomosi gastrodigiunale colo-colica, emisplenectomia intervento

effettuato dal dottor _____ effettuato all'ospedale Universitario di _____ su mia richiesta nel mese di maggio 1996. A fine maggio 1996 setticemia *Candida albicans* con shock settico. Trombosi del tronco brachiocefalico. Inoltre paziente con enfisema polmonare importante. Anemia ferripriva e carenziale su deficit dell'assorbimento del ferro, deficit in vitamina B12 compensato con somministrazione mensile. In seguito all'intervento effettuato a _____, ha avuto un notevole miglioramento purtroppo di durata limitata. Aveva ripreso alcuni kg in un periodo non superiore a 6 mesi in seguito all'intervento poi purtroppo c'è stato un peggioramento lento ma graduale con uno stato di astenia. Nonostante terapia sostitutiva rimane anemico. Diverse indagini endoscopiche e radiologiche, scanner, non hanno permesso di dimostrare un focolaio infettivo o una perdita per spiegare l'anemia. Finalmente le ricerche effettuate a livello della dentatura hanno dimostrato uno stato compromesso con ascessi alveoli e presenza di granulomi, dunque dopo consulto con il dottor _____ del centro universitario di nutrizione di _____, abbiamo deciso di sottoporre il paziente all'asportazione integrale della dentatura e confezione di una doppia protesi. A questo proposito chiedo di ottenere da parte del _____ un rimborso del costo di tale intervento effettuato su mia richiesta per motivi medici..." (doc. _) Quindi, vi è il rapporto indirizzato allo scrivente TCA dallo stesso dott. _____ il 9 marzo 2000: "... Le scrivo in merito al sunnominato paziente che conosco dal mese di aprile del 1995. Allora mi fu affidato dal medico curante, dottor _____. Il signor _____ ha una lunga e pesante storia medico-chirurgica con un intervento per ulcera gastrica effettuato all'Ospedale _____, dottor _____, nel 1975. Durante l'intervento è stata effettuata una vagotomia prossimale selettiva e una funduplicatio. Purtroppo, durante il medesimo anno, il paziente ha presentato una grave recidiva emorragica risoltasi in uno smontaggio complicato dell'intervento pregresso per effettuare una gastrectomia secondo Billroth II. Due anni dopo il paziente ha presentato una complicazione, abbastanza frequente, sotto forma di una necrosi intestinale in seguito ad una briglia, motivo di una ulteriore resezione di una parte dell'intestino tenue. L'anno seguente, dunque maggio del 1978, è stato sottoposto ad un nuovo intervento per chiusura di una fistola tra l'intestino tenue e il colon. Tutti questi interventi sono stati effettuati presso l'ospedale _____. Durante il 1995 ho effettuato alcune indagini e nel 1996 il paziente ha dovuto essere ricoverato per una sindrome diarroica dovuta alla presenza di una nuova fistola tra lo stomaco e il colon, motivo per il quale il paziente è stato trasferito all'ospedale Universitario di _____ per un nuovo e complicato intervento che per fortuna ha portato alla chiusura di questa fistola. Si è trattato di un intervento di degastrogastrectomia, chiusura della fistola, creazione di un'anastomosi gastrodigiunale e colocolica, inoltre il paziente ha subito una emispplenectomia. Questo intervento è stato effettuato dal PD dottor _____ su mia richiesta. Alcune settimane dopo l'intervento, il signor _____ ha presentato un grave shock settico su setticemia a *Candida Albicans* la quale ha provocato una trombosi dei tronco brachiocefalico venoso a sin.. Oltre a tutte le problematiche menzionate, il paziente soffre di un grave enfisema polmonare. Dopo l'intervento del mese di maggio, effettuato a Ginevra, e il grave shock settico il paziente si è ripreso abbastanza bene e ha goduto di un miglioramento purtroppo di durata molto limitata. In seguito ad una ripresa ponderale con appunto un miglioramento dello stato generale, il paziente ha presentato un lento peggioramento delle condizioni con anemia e astenia. Nonostante diverse terapie, non siamo stati in grado di migliorare lo stato clinico. Dunque lo abbiamo sottoposto di nuovo a più indagini endoscopiche e radiologiche, anche TAC, che non hanno permesso di dimostrare un focolaio infettivo o delle perdite ematiche per spiegare questa

anemia e lo stato clinico. Pertanto abbiamo deciso di effettuare delle ricerche particolari a livello della dentatura che hanno dimostrato uno stato pietoso e molto compromesso con la presenza di diversi ascessi alveolari e presenza di granulomi motivo per il quale, e dopo aver consultato il dottor _____ dell'Ospedale Universitario di _____ responsabile del servizio di nutrizione, è stato deciso di proporre al paziente l'asportazione totale e integrale della dentatura in seguito alla confezione di una doppia protesi. Questa decisione è stata presa per eliminare i focolai di infetto cronico che possono spiegare la nostra difficoltà terapeutica, lo stato infettivo cronico, l'anemia e l'astenia. Sono estremamente sorpreso nel constatare che vista la nostra decisione di far effettuare l'intervento dentario e nonostante le diverse lettere del medico curante, dottor _____, e del sottoscritto al medico di fiducia della cassa malati _____, dottor _____ che ci legge in copia, la cassa malati si rifiuta di coprirne il costo. Tengo a sottolineare che la decisione di chiedere al dottor _____ di effettuare questo intervento è stata discussa dopo consulto con il dottor _____ e dottor _____, in modo collegiale pensando alla necessità di poter eliminare questi focolai infettivi. Si tratta dunque di una decisione nell'ambito di una problematica medico chirurgica lunga e grave, come elencato sopra, e che dura attualmente da circa 25 anni.... " (VI) (sottolineature del redattore).

2.5. Occorre verificare se l'intervento eseguito in favore di _____ è di quelli per i quali la Cassa è tenuta a rispondere in virtù dell'assicurazione obbligatoria, in particolare se rientra tra le patologie dell'art 17 OPre.

2.5.1. Ai sensi dell'art 17 OPre, l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi e non evitabili del sistema masticatorio elencate alle lettere a-f a condizione che l'affezione abbia il carattere di malattia. La cura va assunta dall'assicurazione solo in quanto la malattia la esiga:

a. malattie dentarie:

1. granuloma dentario interno idiopatico,
2. dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, ciste);

b. malattie del parodonto (parodontopatie):

1. parodontite prepuberale,
2. parodontite giovanile progressiva,
3. effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali;

c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli:

1. tumori benigni dei mascellari, della mucosa e lesioni pseudo-tumorali,
2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo,
3. osteopatie dei mascellari,
4. cisti (senza legami con elementi dentari),
5. osteomieliti dei mascellari;

d. malattie dell'articolazione temporo-mandibolare e dell'apparato motorio:

1. artrosi dell'articolazione temporo-mandibolare,
2. anchilosi,
3. lussazione del condilo e del disco articolare;

e. malattie del seno mascellare:

1. rimozione di denti o frammenti dentali dal seno mascellare,
2. fistola oro-antrale;

f. disgrazie che provocano affezioni considerate come malattie, quali:

1. sindrome dell'apnea del sonno,
2. turbe gravi di deglutizione,
3. asimmetrie cranio-facciali gravi.

2.5.2. La cassa non ha ritenuto applicabile l'art 17 lett. a cifra 1 OPre, inizialmente ipotizzabile, a giusto titolo. In effetti, nonostante il dire del dott. _____ contenuto nello scritto 6 dicembre 2000 al giudice delegato (XII) - dove il professionista, precisando di non essere specialista in materia, considera che i granulomi dentari osservati abbiano un'origine idiopatica non essendo riconducibili ad altra causa -, il dott. _____ ne ha escluso tale natura. Il dentista _____, specialista dell'apparato dentario, infatti ha: " constatato la presenza di diversi ascessi alveolari e la presenza di granulomi non si trattava di granulomi dentari interni idiopatici, bensì di normali granulomi dovuti a nervi gangrenosi." (XVIII) La Cassa non ha ritenuto applicabile neppure l'art 17 lett. e cifra 2 relativo all'obbligo di corresponsione dei costi di cura dentari in caso di malattia del seno mascellare quale la fistola oro-antrale. Il dott. _____ ha escluso che, in casu, _____ fosse affetto da tale patologia.

2.6.

L'art 18 OPre dispone che l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi sistemiche seguenti o ai loro postumi e necessarie al trattamento dell'affezione: a. malattie del sistema sanguigno: 1. neutropenia, agranulocitosi, 2. anemia aplastica grave, 3. leucemie, 4. sindromi mielodisplastiche (SMD), 5. diatesi emorragiche; b. malattie del metabolismo: 1. acromegalie, 2. iperparatiroidismo, 3. ipoparatiroidismo idiopatico, 4. ipofosfatasi (rachitismo genetico dovuto ad una resistenza alla vitamina D); c. altre malattie: 1. poliartrite cronica con lesione ai mascellari 2. morbo di Bechterew con lesioni ai mascellari 3. artrite psoriatca con lesione ai mascellari 4. sindrome di Papillon-Lefèvre 5. sclerodermia 6. AIDS 7. psicopatie gravi con lesione consecutiva grave della funzione masticatoria; d. malattie delle ghiandole salivari

2.6.1. La cassa non ha ritenuto applicabile in particolare l'art 18 lett. a cifra 2. OPre. A ragione. Così come indicato dalla Società svizzera di odontostomatologia, per anemia aplastica grave bisogna intendere una produzione ridotta di eritrociti dovuta ad un'insufficienza del midollo osseo. In concreto l'anemia che l'assicurato presenta è un'anemia ferripriva aregenerativa grave come peraltro specificato dal dott. _____ (XII ad 3.). Il ricorrente – pur presentando un quadro clinico seriamente compromesso - non ha una delle malattie sistemiche elencate dall'art 18 OPre: l'obbligo contributivo della cassa non può, dunque, essere fondato su tale disposto poichè il legislatore non ha posto l'obbligo contributivo degli assicuratori in tutti i casi di danni dentari riconducibili a gravi malattie ma ha ristretto tale obbligo alle gravi malattie espressamente indicate nell'ordinanza. 2.7. art 19 Opre 2.7.1. L'art 19 OPre - nel suo tenore in vigore dal 1.1.1999 - prevede che l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal) in caso di: a. sostituzione delle valvole cardiache, impianto di protesi vascolari o di shunt del cranio; b. interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita; c. radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna. d. endocardite 2.7.2. Il caso del ricorrente non realizza nessuna delle ipotesi definite dall'art 19 Opre. 2.8. Ritenuto che nemmeno sono dati i presupposti dell'art 19a OPre, che pone l'obbligo contributivo delle casse in caso di infermità congenite, la decisione della cassa appare conforme alle disposizioni che regolamentano l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. B. assicurazioni complementari 2.9. Come rilevato _____, nel corso del 1998, era assicurato presso la Cassa Malati _____ anche per le prestazioni complementari rette dal diritto privato. In particolare egli era beneficiario di contratto d'assicurazione per le cure complementari per malattia ed infortunio con franchigia annuale di CHF 50.- e con copertura sino ad un massimo di CHF 15'000.- (XIX). In virtù del Regolamento afferente tale assicurazione, all'art. 5 cpv. 2 no. 22, la Cassa versa le sue prestazioni, nei limiti dell'art. 6 Reg. citato, in caso di cure dentarie in conseguenza a malattia quando le cure siano dispensate da un dentista con diploma federale e "... non sono prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure". 2.10. L'art. 6 del Regolamento ed il relativo allegato limitano l'intervento della Cassa, in caso di cure dentarie in seguito a malattia, all'80% dell'importo dovuto ma sino ad un massimo di CHF 150.- ogni 3 anni. 2.11. Nel caso concreto, come rilevabile dal conteggio di data 10 dicembre 1998 allestito dalla Cassa convenuta (III doc. _), le spese in discussione per le prestazioni dentistiche eseguite dai medici _____ e _____ tra il 5 ottobre ed il 12 novembre 1998, sono state prese a carico dalla Cassa, in virtù dell'assicurazione complementare, limitatamente al residuo importo di CHF 38,40. Questa cifra, ed il conteggio specificatamente riferito alle prestazioni dei medici dentisti indicati, non ha fatto oggetto di contestazione su tale punto. Se ne deve concludere che l'importo residuo dovuto ad

_____ a fine dicembre 1998 in virtù dell'assicurazione complementare è corretto.

2.12. La prestazione assicurativa in virtù della complementare appare quindi essere stata eseguita dalla Cassa convenuta conformemente al contratto d'assicurazione. Ne consegue che la petizione dell'assicurato va respinta non potendo egli pretendere prestazioni ulteriori rispetto a quelle ricevute.

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