

TI_GERICHTE 36.2000.53 vom 13. März 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-03-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.53

FR: TI_GERICHTE 36.2000.53 du 13 mars 2000

IT: TI_GERICHTE 36.2000.53 del 13 marzo 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.11.2000 36.2000.53 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.11.2000 36.2000.53 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.11.2000 36.2000.53

Sentenza o decisione senza scheda

RACCOMANDATA Incarto n. 36.2000.00053 mm Lugano 20 novembre 2000 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino La vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Giovanna Roggero-Will con redattore: Maurizio Macchi segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 5 aprile 2000 di _____, contro la decisione del 13 marzo 2000 emanata da Cassa malati _____, in materia di assicurazione sociale contro le malattie ritenuto, in fatto 1.1. _____ è assicurata contro le malattie presso la Cassa malati _____, beneficiando, fra l'altro, dell'assicurazione obbligatoria della cure medico-sanitarie. Nel corso dei mesi di luglio e settembre 1998, l'assicurata si è sottoposta all'estrazione di due denti del giudizio - il n. 18 ed il n. 48 - presso il dottor _____, il quale ha finalmente emesso una nota d'onorario di fr. 889.20 (cfr. doc. _). _____ ha chiesto al proprio assicuratore malattie il rimborso dei costi generati dalla suddetta cura dentaria. 1.2. In data 25 gennaio 1999, la _____ - non senza aver dapprima interpellato il dottor _____ (cfr. doc. _) - ha integralmente negato il proprio obbligo contributivo (cfr. doc. _). A seguito delle contestazioni sollevate da _____, la Cassa si è dichiarata disposta a rimborsare l'importo di fr. 889.20 in applicazione dell'art. 17 lett. e cfr. 1 OPre, siccome "... il dente n° 28 entrava nel seno mascellare, ..." (cfr. doc. _). Con scritto 6 luglio 1999, la _____ ha comunicato all'assicurata che avrebbe proceduto all'annullamento del suddetto rimborso, giacché "... la fattura di fr. 889.20 del Dottor _____ non concerneva la cura del dente no. 28, ..." (doc. _). 1.3. Con decisione formale 6 ottobre 1999, l'assicuratore malattie ha ribadito la propria posizione di rifiuto relativamente al trattamento dentario eseguito dal dottor _____, facendo valere, segnatamente, che "in casu, si tratta dell'ablazione dei denti 18 e 48, in ragione dei "recidivanti dolori pericoronali" per il dente 18 e per il 48 in ragione delle "recidivanti parestesie a livello del labbro inf. ds (effettivamente le radici del 48 sembrano appoggiate sul n. mandibolare)". Non si tratta quindi di trattare una malattia grave nel senso delle disposizioni topiche sopracitate" (doc. _). A seguito dell'opposizione personalmente interposta da _____ (cfr. doc. _), la Cassa malati _____, in data 13 marzo 2000, ha sostanzialmente confermato il contenuto della sua prima decisione (cfr. doc. _). 1.4. Con tempestivo ricorso 5 aprile 2000, l'assicurata ha chiesto che la _____ venga condannata a rimborsare la nota d'onorario 1° dicembre 1998 del dottor _____, a

ritirare il precetto esecutivo n. _____ dell'UEF di _____ e, infine, a rimborsare quelle fatture il cui importo è stato posto in compensazione (cfr. I). 1.5. La Cassa malati _____ a, in risposta, ha postulato un'integrale reiezione del gravame, con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (cfr. XI). A notare che l'assicuratore malattie ha chiesto l'annullamento del PE n. _____ (cfr. doc. _). 1.6. In replica, _____ ha provveduto a formulare alcune puntualizzazioni: " 1. Non ho MAI comunicato alla Cassa malati _____ che il dente estrattomi era il numero 18, come da loro affermato nella risposta di causa. 2. La Cassa malati _____ insiste a più riprese sulla non obbligatorietà della copertura da parte loro in casi di "malattia evitabile"; a questo punto mi chiedo in che modo avrei potuto evitare che dei denti con radici lunghissime (per loro natura e non per mia scelta), infiammassero i nervi facciali in modo tale da rendere necessaria una cura con antibiotici e in seguito l'estrazione dei denti stessi. 3. Se la nuova LAMal "non ha abrogato, ma soltanto smussato il principio secondo il quale le cure dentarie non sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure", come si spiega che prima dell'entrata in vigore della LAMal l'estrazione dei denti, specialmente quelli cosiddetti "del giudizio" era coperta e ora non lo è più? " (XIII). 1.7. In duplice, l'assicuratore convenuto si è limitato a riconfermarsi nelle proprie allegazioni e conclusioni (cfr. XVI). in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'art. 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni sociali (cfr. STFA del 26 ottobre 1999 in re D. C.). Nel merito 2.2. Con effetto a decorrere dal 1° gennaio 1996, la LAMal ha sostituito la LAMI che regolamentava l'assicurazione contro le malattie sin dal 1911. Giusta l'art. 31 LAMal - applicabile alle cure effettuate dopo il 1° gennaio 1996, 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, ancora, 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 artt. 17-19 OPre. 2.3. In concreto, dalle tavole processuali emerge che _____, nel corso del mese di luglio 1998, è stata sottoposta all'estrazione del dente n. 18 a causa di "... recidivanti dolori pericoronali". Una seconda estrazione, riguardante il dente n. 48, ha avuto luogo durante il mese di settembre, e si è resa necessaria in ragione di "... recidivanti parestesie a livello del labbro inf. ds. (effettivamente le radici del 48 sembrano appoggiate sul n. mandibolare)" (doc. _: scritto 15.7.1998 del dottor _____ al medico-dentista _____) Per quanto concerne il dente n. 28, il medico curante, prima di procedere alla sua asportazione, ha deciso d'attendere l'eruzione, poiché "... attualmente le lunghe radici pescano nel seno mascellare per cui una ex al momento comporterebbe un grosso rischio di creare una fistola oroantrale con le relative spiacevoli complicazioni" (cfr. doc. _). Ulteriori indicazioni circa i motivi che hanno determinato l'estrazione dei due denti del giudizio, si ritrovano nello scritto 11 febbraio 1999 della stessa ricorrente: " (...). Mi è stato estratto il dente superiore, in quanto le

sofferenze che mi causava (infiammazione di tutta la zona zigomatica e fino all'orecchio, dolori fortissimi al nervo trigemino) non potevano essere eliminate in altro modo, infatti nel mese di giugno-luglio mi reggevo in piedi solo perché imbottita di antiinfiammatori, che avevano peraltro un'efficacia limitata; Prima di procedere all'estrazione il _____ mi ha dovuto prescrivere una cura di antibiotici. La seconda estrazione (dente inferiore) si è resa necessaria in quanto avevo sempre più spesso problemi di perdita della sensibilità di tutta la zona del mento, a causa della compressione del nervo trigemino operata dalle radici del dente " (doc. _). L'art. 17 OPre - adottato in base alla delega di cui all'art. 33 cpv. 2 LAMal - dispone che l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti ad alcune malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal). Fra le malattie indicate all'art. 17 OPre, vi sono le malattie dentarie e, fra queste, le "dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, ciste)" (lett. a cifra 2). Condizione affinché sia dato l'obbligo contributivo dell'assicuratore malattia in forza di tale disposto, è, dunque, che vi sia una dislocazione o un soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia. L'ordinanza cita, quale esempio delle malattie causate da tali circostanze (soprannumero o dislocazioni), le cisti o gli ascessi. Va ancora ricordato che, conformemente alla giurisprudenza federale, con la nuova regolamentazione, il legislatore non si è in realtà scostato dal principio secondo cui i trattamenti dentari non sono, di regola, coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'elenco delle affezioni suscettibili di giustificare una cura dentaria a carico dell'assicurazione è esaustivo (cfr. DTF 124 V 185 e 347 consid. 3a). In casu, non è stato affatto provato che i denti n. 18 e n. 48, asportati dal dottor _____, fossero in soprannumero oppure dislocati, così come invece esplicitamente richiesto dall'art. 17 lett. a cifra 2 OPre. Pertanto, i costi delle cure cui _____ si è sottoposta non possono essere posti a carico della Cassa malati _____ nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questa Corte non ignora, beninteso, il fatto che il dottor _____, nel corso del mese di gennaio 1999, ha comunicato alla _____ che la sua paziente presentava degli ascessi recidivanti nella regione 18/48 in denti ritenuti giusta l'art. 17 lett. a cfr. 2 OPre (cfr. doc. _). A prescindere dal fatto che la questione a sapere se un dente incluso possa costituire, già di per sé, una grave malattia ai sensi dell'art. 17 OPre, è dibattuta in dottrina (pro: Leistungspflicht im Fachbereich Kiefer- und Gesichtschirurgie, edito dalla Società svizzera di chirurgia maxillo-facciale, p. 506; contra: Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem, edito dalla SSO, p. 10), va osservato come lo stesso medico curante, in precedenza, non avesse fatto alcun accenno né alla presenza in un infetto né, tantomeno, all'esistenza di una ritenzione dei denti n. 18 e 48 (cfr. doc. _). L'insorgente stessa, del resto, non è andata oltre il riferire di un'infiammazione dei nervi facciali provocata dalle radici dei denti n. 18 e 48 (cfr. XIII). A mente del TCA, deve qui trovare applicazione, per analogia, il principio secondo il quale in presenza di due versioni differenti, la preferenza deve essere accordata a quella che l'assicurato ha dato immediatamente dopo l'infortunio, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche. Le spiegazioni fornite in un secondo tempo non possono integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (cfr. DTF 115 V 143 consid. 3c; RAMI 1988 363 consid. 3b/aa; STFA 27.8.1992 in re M. non pubbl.; RDAT II-1994 p. 189; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 263; T. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 331 n. 28). Vi è, pertanto, da considerare che _____, in realtà, non era affatto portatrice di una malattia grave dell'apparato masticatorio ai sensi dell'art. 17 OPre. In sede di replica, la ricorrente ha

sostenuto che sotto il regime LAMI l'estrazione di denti, in particolare di quelli del giudizio, costituiva una prestazione obbligatoriamente a carico delle casse malati. Ciò non corrisponde evidentemente al vero. In effetti, prima dell'entrata in vigore della LAMal, per costante giurisprudenza, le cure odontoiatriche - cioè i provvedimenti terapeutici eseguiti sul sistema masticatorio (ossia il trattamento dei denti veri e propri, il trattamento dell'osso sul quale essi sono impiantati e le misure applicate ad alcune parti della mascella e che sono necessarie alla posa delle protesi, le cosiddette misure pre-protetiche) - non facevano parte delle cure mediche che l'art. 12 cpv. 2 LAMI poneva obbligatoriamente a carico delle Casse malati (cfr. RAMI 1991 p. 24ss. consid. 1b). 2.4. Dagli atti all'inserto risulta che la Cassa malati _____, nel corso dell'aprile 1999, ha rimborsato a _____ l'importo di fr. 800.30 relativo al trattamento dentario eseguito dal dottor _____ (fr. 889.20 ./ 10% di partecipazione ai costi - cfr. doc. _). Vista la conclusione a cui lo scrivente Tribunale è pervenuto ai precedenti considerandi, si pone ora la questione di sapere se l'assicurata dev'essere tenuta a restituire la suddetta somma alla propria Cassa malati. Giusta l'art. 47 cpv. 1 LAVS, le rendite e gli assegni per grandi invalidi indebitamente riscossi devono essere restituiti. Il rimborso non può essere chiesto se l'interessato era di buona fede e se la restituzione costituisce un onere troppo grave. Il cpv. 2 recita che il diritto di esigere la restituzione si prescrive in un anno a contare dal momento in cui la cassa di compensazione ha avuto conoscenza del fatto, e al più tardi cinque anni dopo il pagamento della rendita. Se il diritto di esigere la restituzione della rendita nasce da un atto punibile per il quale la legge penale prevede un termine di prescrizione più lungo, quest'ultimo è determinante. Contrariamente al tenore letterale della disposizione, si tratta qui di termini di perenzione (DTF 111 V 135ss.). Secondo una consolidata giurisprudenza, la succitata disposizione è applicabile, per analogia, nell'assicurazione malattie (DTF 103 V 152 consid. 4; RAMI 1993 K924, p. 177, consid. 3b; RAMI 1995 K955, p. 7, consid. 3). Nella DTF 126 V 23ss. (= RAMI 2000 KV117, p. 149ss.), il TFA ha stabilito che l'articolo 47 LAVS è applicabile, per analogia, parimenti in regime LAMal, alla restituzione da parte dell'assicurato di prestazioni versate indebitamente, considerata la mancanza di specifiche disposizioni nel nuovo diritto che regolerebbero la questione. La restituzione delle prestazioni giusta l'art. 47 cpv. 1 LAVS presuppone che siano soddisfatte le condizioni di una riconsiderazione oppure di una revisione processuale della decisione mediante la quale le prestazioni in questione sono state corrisposte (DTF 122 V 368 consid. 3, 21 consid. 3a e giurisprudenza ivi menzionata). Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può, in ogni momento, riconsiderare una decisione passata formalmente in giudicato e che non ha fatto oggetto di una sentenza giudiziale, se questa decisione risulta indubbiamente errata e la sua rettifica riveste un'importanza notevole (DTF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3, 121 V 4 consid. 6 e la giurisprudenza ivi citata). Inoltre, l'amministrazione è tenuta a ritornare su di una sua decisione formalmente cresciuta in giudicato, se si scoprono nuovi elementi o mezzi di prova, atti a condurre ad una diversa conclusione giuridica (DTF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2c, 173 consid. 4a, 272 consid. 2, 121 V 4 consid. 6 e la giurisprudenza ivi citata). Questi principi sono ugualmente applicabili qualora le prestazioni siano state accordate senza fare l'oggetto di una decisione formale e che il loro versamento abbia, ciò nondimeno, acquisito forza di cosa giudicata. Vi è forza di cosa giudicata se l'assicurato non ha - tenuto conto di un adeguato periodo d'esame e di riflessione - manifestato il proprio dissenso riguardo ad una determinata soluzione adottata dall'amministrazione e espresso la propria volontà d'ottenere un atto amministrativo suscettibile di ricorso (cfr. DTF 122 V 369 consid.

3). Ritornando al caso di specie, va osservato che le prestazioni in questione sono state corrisposte a _____ verso la fine del mese di aprile 1999 e che le medesime non hanno fatto oggetto d'alcuna decisione formale (cfr. doc. _). D'altro canto, la Cassa malati _____ ne ha preteso la restituzione già all'inizio del mese di luglio 1999, dopo che essa era stata telefonicamente avvertita dall'insorgente che l'importo di fr. 889.20 non riguardava, in realtà, l'estrazione del dente n. 28, ma bensì quella dei denti n. 18 e 48 (cfr. doc. _). Visto quanto precede e, segnatamente, il breve tempo trascorso, bisogna ammettere che il versamento delle prestazioni in questione non aveva ancora acquisito forza di cosa giudicata al momento in cui l'assicuratore malattie convenuto ne ha richiesto la restituzione. Non è, pertanto, necessario esaminare se le condizioni di una riconsiderazione oppure di una revisione processuale sono soddisfatte. Concludendo, in applicazione analogica dell'art. 47 cpv. 1 LAVS, a _____ è fatto obbligo di procedere alla restituzione dell'importo di fr. 800.30 alla Cassa malati _____. 2.5. Come risulta dall'atto di ricorso, l'assicuratore convenuto ha parzialmente compensato l'importo richiesto in restituzione a _____ con delle fatture di cui l'assicurata aveva preteso il rimborso. Ora, l'art. 22 lett. c LCAMal del 26 giugno 1997, entrato in vigore retroattivamente al 1° gennaio 1996, prevede che nei confronti delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione e per le prestazioni obbligatorie di legge, l'assicuratore non può praticare la compensazione di crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato. Nella misura in cui le note d'onorario poste in compensazione concernono prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (cfr. doc. _ e _), l'agire della Cassa malati convenuta è da ritenere in contrasto con il menzionato disposto dell'art. 22 cpv. 1 lett. c LCAMal e, come tale, non può venir tutelato dallo scrivente TCA. 2.6. Riassumendo, la ricorrente è tenuta a restituire all'assicuratore-malattie convenuto l'importo di fr. 800.30. Da parte sua, la Cassa malati _____ dovrà rimborsare all'assicurata - dedotta beninteso la partecipazione ai costi - le fatture erroneamente poste in compensazione. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso è respinto. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni La vicepresidente Il segretario Giovanna Roggero-Will Fabio Zocchetti