

TI_GERICHTE 36.2001.37 vom 27. März 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-03-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.37

FR: TI_GERICHTE 36.2001.37 du 27 mars 2001

IT: TI_GERICHTE 36.2001.37 del 27 marzo 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 2

LAMal conferisce all'esecutivo federale il compito di indicare in dettaglio le prestazioni conformemente al dettato dell'art. 31 cpv. 1 LAMal. Il Consiglio Federale, sulla base dell'art. 33 cpv. 5 LAMal e dell'art. 33 lett. d OAMal, ha delegato tale competenza al Dipartimento Federale dell'Interno che ha emanato l'Opre. Gli art. 17 a 19a OPre regolano la materia e concretizzano la norma di legge specificando i casi di trattamento dentario a carico dell'assicurazione sociale obbligatoria che impongono un obbligo prestativo da parte degli assicuratori malattia. Come rammenta il TFA in una sentenza 19 dicembre 2001 nella causa M. (K 39/98), sentenza di principio che l'Alta Corte ha emanato dopo avere consultato degli esperti in materia medico dentaria: "(...) l'art. 17 OPre (emanato in esecuzione dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal) racchiude la lista delle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio. Da parte sua, l'art. 18 OPre (realizzato a concretizzazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal) enumera le altre malattie gravi suscettibili di occasionare dei trattamenti dentari ■ si tratta di affezioni che non sono, come tali, malattie dell'apparato masticatorio, ma tuttavia gli sono di nocimento. Quanto all'art. 19 OPre (formulato in applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal), esso prevede che l'assicurazione assume i costi dei trattamenti dentari necessari per conseguire le cure mediche in caso di focolai ben definiti. Infine, l'art. 19a OPre concerne i trattamenti dentari conseguenti a infermità congenite. (...)” In concreto occorre verificare se dette norme possano trovare applicazione nel caso di specie. In particolare la ricorrente fa valere principalmente l'obbligo di prestazione da parte dell'assicuratore sulla scorta dell'art. 17 lett. b Opre. Come rammenta la sentenza TFA 19 dicembre 2001 appena citata: "(...) 4.■ a) Secondo l'art. 17 OPre, l'assicurazione di base assume i costi delle cure dentarie attinenti, tra l'altro, alle seguenti malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal), la condizione essendo che l'affezione abbia il carattere di malattia e la cura andando 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... 3. effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali; c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli; 1.. 2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo; d. ...; e. ...; f. ... b) Per quanto qui d'interesse, gli esperti consultati, richiesti di esprimersi sul concetto di malattia previsto dalla norma d'ordinanza, hanno rilevato la necessità di distinguere le affezioni gravi dell'apparato masticatorio da quelle non gravi ed evidenziato che l'OPre giustamente si limita a riconoscere solo per le

prime, quelle appunto di rilevanza patologica, un obbligo di prestazione. Il Tribunale federale delle assicurazioni, come già ha avuto modo di pronunciarsi in due recenti vertenze (sentenze del 28 settembre 2001 in re J., K 78/98, e del 19 settembre 2001 in re M., K 73/98, entrambe destinate alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale), associandosi alle considerazioni degli esperti, ne conclude che il concetto di malattia ai sensi dell'art. 17 OPre non è identico a quello altrimenti valido in ambito LAMal (art. 2 cpv. 1), il primo dovendosi qualificare per dare maggiore rilievo al requisito di gravità esatto dal legislatore in caso di trattamento dentario. (...) " Non va poi dimenticato che la lista contenuta nell'Opre è esaustiva come più volte rammentato dal TFA nella sua giurisprudenza, si veda – per tutte – STFA 14 dicembre 2001 nella causa V. (K 104/99) dove l'alta Corte così si esprime: " In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die in Art. 17-19 KLV erwähnten Erkrankungen, deren zahnärztliche Behandlung von der sozialen Krankenversicherung zu übernehmen ist, abschliessend aufgezählt sind. Daran hat es in ständiger Rechtsprechung festgehalten (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehene Urteile M. vom 19. September 2001, K 73/98, und J. vom 28. September 2001, K 78/98)." Nello stesso senso Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 51 ed il Messaggio 6.11.1991 del Consiglio federale alle Camere p.67. 2.2. Nel caso di specie, considerato l'evidente diverso tenore della valutazione medica posta alla base del querelato provvedimento da parte dei medici curanti dell'insorgente da una parte e da parte del Dr. med. _____ dall'altra, questa Corte, al fine di accertare la patologia di cui soffre _____, ha ordinato l'esecuzione di una perizia da parte del Dr. med. dent. _____, specialista SSO in parodontologia. Dal referto peritale 19 ottobre 2002 risulta che il perito, sulla base dei documenti a disposizione, ha esaminato dettagliatamente lo stato dentale dell'insorgente. Il TCA ha posto le seguenti domande: " (...) 1) Referti oggettivi 2) La documentazione medica in suo possesso è sufficiente, a suo avviso, per poter stabilire, ed eventualmente in che termini, se i problemi all'apparato masticatorio della signora _____ (nata il _____) manifestatisi nel corso dell'anno 1999 siano riconducibili ad una "parodontite giovanile progressiva" o meno? Se sì: sulla base di quali referti oggettivi rispettivamente, di quali elementi o documenti a sua disposizione, è possibile tale giudizio? 3) Può condividere il parere espresso dal Dr. med. dent. _____ nell'apprezzamento medico del 26.02.01 (doc. _), secondo il quale i tipici segni di una parodontite giovanile sono rappresentati da "massivi cedimenti ossei nei pressi dei primi molari" (vedi risp. 2)? Se sì: i referti oggettivi menzionati sono dati nel caso della signora _____? 4) In base alla documentazione a sua disposizione può confermare o meno una delle seguenti diagnosi: a) la diagnosi del Dr. _____ secondo lettera del 10.3.00 (doc. _) di una "parodontite marginale progressiva giovanile " oppure b) la diagnosi del Dr. _____ secondo apprezzamento medico del 26.2.01 (doc. _) di "carie multipla (...) e cedimento osseo orizzontale e marginale nella parte frontale della mascella superiore di ca. 2-3 cm a seguito di una parodontite locale "? 5) Nel caso non possa confermare nessuna delle due diagnosi menzionate alla domanda 4a-b: Quale diagnosi ritiene corretta? 6) A suo avviso i problemi all'apparato masticatorio della signora _____ manifestatisi nel corso dell'anno 1999 rispettivamente i trattamenti del Dr. _____ durante il periodo 11.5.99-17.9.99 secondo fattura del 18.11.99 (doc. _) sono da ricondurre a una "parodontite marginale progressiva giovanile "? 7) Nella misura in cui si tratta di parodontite giovanile progressiva, i trattamenti del Dr. _____ di cui alla fattura del 18.11.99 (doc. _) costituiscono cure adeguate e sono indicate dal profilo medico-dentistico? Se sì: si tratta di un trattamento efficace, appropriato ed economico? In particolare vi erano

altre cure possibili? Se sì, con quali costi, con quale durata delle cure e in che misura le sofferenze di _____ sarebbero state differenti? 8) Se la diagnosi non è quella di una parodontite giovanile progressiva (vedi art. 17 lett. b cpv. 2 OPre), voglia specificare se la patologia/afezione da lei accertata ricade in una delle situazioni descritte agli art. 17-19 OPre (di cui riceve in allegato una copia)." (cfr. doc. _) Lo specialista ha così risposto: " (...) 1) si tratta di un caso parodontale per l'esame del quale sono stati sottoposti i documenti seguenti: - 1 radiografia panoramica - 2 radiografie endorali del 7 e 15 luglio 1997 - 2 radiografie endorali del 14 marzo 2000 - modelli di studio - preventivi e fatture delle cure del 1997 e 1999. 2) una documentazione completa per la cura di una parodontite marginale di qualsiasi tipo dovrebbe comprendere: - anamnesi generale - reperto parodontale con annotazione della profondità delle tasche ad ogni singolo dente ed il coinvolgimento delle furcazioni - eventuale annotazione dell'attacco clinico parodontale - rilevamento clinico di problematiche muco - gengivali - rilevamento clinico di denti devitali, carie primarie e secondarie - rilevamento clinico di fattori inabilitanti l'igiene orale come presenza di tartaro sopra - e sotto-gengivale, di parti debordanti di otturazioni o corone, di malposizione dei denti. - rilevamento clinico della presenza di placca dentale e/o dell'indice di sanguinamento gengivale - radiografie endorali di tutti i denti o radiografia panoramica (meno indicata in casi parodontali) - anamnesi particolare sul grado d'igiene della paziente, i mezzi utilizzati per l'igiene orale e le cure parodontali e preventive precedentemente ricevute. - eventuali modelli di studio. Nel caso della signora _____ la documentazione iniziale è da considerarsi estremamente limitata. In special modo manca un reperto parodontale iniziale completo. Dal preventivo e dalla fattura si deduce che sono stati effettuati solo i rilevamenti seguenti: - esame parodontale breve (posizione 4120), insufficiente per porre la diagnosi di una parodontite, e non presente nella nota d'onorario successiva. - notazione del livello d'attacco parodontale: probabilmente effettuato solo per analizzare la situazione muco-gengivale agli incisivi inferiori (non presente nella nota d'onorario) - esame radiografico con ortopantomogramma - modelli in gesso. Sulla base di questi dati si deve mettere in dubbio qualsiasi diagnosi di parodontite grave o di tipo giovanile progressivo. Dal reperto radiografico (ortopantomogramma) si possono rilevare le patologie seguenti: - presenza di carie multiple, primarie e secondarie - diverse otturazioni - dente 38 incluso - riassorbimento osseo di tipo orrizzontale di 2-3 mm - presenza di tartaro. I modelli in gesso mettono in evidenza un affollamento parziale degli incisivi inferiori ed una retrazione gengivale alle superfici labiali di 31 e 41. Mancano i segni caratteristici di una parodontite giovanile, cioè perdita di attacco parodontale localizzata (non rilevata clinicamente) con formazione di tasche ossee (non presenti sull'ortopantomogramma) ai molari e/o agli incisivi. D'altra parte, la presenza di fattori eziologici quali tartaro, carie precedentemente curata con otturazioni e nuove carie sia primarie che secondarie, è altresì rilevatrice di una mancanza di prevenzione dentale adeguata. 3) Come accennato al punto due non ci sono i tipici segni di una parodontite giovanile, progressiva o meno, anche dal punto di vista radiologico. 4) Confermo la diagnosi del Dr _____ con le osservazioni seguenti: - la parodontite sulla base del reperto radiologico, dunque non esaustivo ma per questo scopo sufficientemente probatorio, è generalizzata e caratterizzata da riassorbimento osseo orrizzontale di 2-3 mm. 5) Le mie diagnosi sono: - carie multiple primarie e secondarie - parodontite marginale generalizzata - dente 38 ritenuto non è data la diagnosi di parodontite giovanile progressiva come da LAMal articolo 17, cfr b2. 6) No 7) La parodontite è una malattia dell'apparato di sostegno dei denti di origine batterica. Della sua

diagnosi ho esposto i principi, e le manchevolezze di questo caso, al punto 2. La terapia della parodontite si suddivide in: a) fase iniziale (causale): - motivazione del paziente ed istruzione alla corretta igiene dentale - detartraggio sopra- e sottogengivale e politura dei denti. In caso di una parodontite generalizzata questa cura, effettuata dal medico dentista o dall'igienista dentale viene normalmente eseguita a quadranti, in 4 sedute di un'ora ciascuna (nell'onorario del Dr. _____ è presente solo 4 volte la posizione 4100 per una profilassi di 20 minuti). b) reperto parodontale intermedio, dopo 4-8 settimane, per determinare l'effetto della cura iniziale (non eseguito in questo caso). c) fase chirurgica ai denti con tasche parodontali residuali. Questa fase terapeutica è necessaria nei casi di parodontite avanzata ma non se ne trova riscontro nell'onorario. d) reperto parodontale finale (non riscontrabile nell'onorario) e programmazione della fase di mantenimento (Recall). Pertanto posso concludere che non si riscontrano i parametri normali di cura di una parodontite, neanche di tipo "giovanile progressivo". Le cure prestate, secondo l'onorario, sono di tipo prettamente protesico con una minima parte di profilassi dentale. Le cause che hanno portato alle cure prestate sono: - la carie: malattia dovuta principalmente alla mancanza di prevenzione e pertanto non presa in considerazione dalla LAMal. - la parodontite, non di tipo giovanile progressivo: malattia batterica dell'apparato di sostegno del dente, anch'essa prevenibile e pertanto non considerata dalla LAMal. Le ricostruzioni dentali eseguite sono una scelta terapeutica della paziente e del medico-dentista curante. La necessità di queste prestazioni era essenzialmente dovuta alla presenza di carie e non a motivi parodontali. 8) Sulla base della documentazione a mia disposizione ritengo che il caso in questione non rientra nei casi descritti dalla LAMal, Opre, art. 17-19. In conclusione ritengo che le cure prestate dal Dr. _____ non siano riferibili ad una malattia parodontale giovanile progressiva ma, in base al criterio della verosimiglianza preponderante, alla mancanza di adeguata prevenzione dentale da parte della paziente e di cure parodontali insufficienti in soggetto a rischio." (cfr. doc. _) Come visto in precedenza, l'assicuratore non ha presentato osservazioni, mentre l'insorgente ha rilevato: "(...) premetto che il medico peritale dr. _____ non ha ritenuto opportuno ricevermi per una constatazione di fatto sul mio stato di salute dentale. Ritengo che una diagnosi non può essere attendibile se fatta solamente in base alla documentazione prodotta, senza chiedere neppure un parere del mio medico dentista curante Dr. _____, e del Dr. _____ e Dr. _____ che mi hanno avuto in cura fin dall'infanzia, tanto più che, secondo il dr. _____, sarebbe pure carente. Dalla lettera del perito dr. _____, senza entrare nel merito, rilevo quanto segue: 1) dai dati tecnici diagnostici del perito osservo che malgrado le osservazioni riportate emerge un dubbio "sulla base di questi dati si deve mettere in dubbio qualsiasi diagnosi di parodontite grave o di tipo giovanile progressivo" (seconda pagina, pto. 2, cpv. 5). Sulla base di questo elemento, che ritengo fondamentale, chiedo che il mio caso sia considerato secondo quanto previsto dall'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie Opre, capitolo 5: cure dentarie, art. 17 b2. 2) ritengo infine che, contrariamente a quanto asserito dal dr. _____, l'igiene orale da me sempre regolarmente effettuata, corrisponda alle norme d'igiene per il mantenimento dell'apparato gengivale-dentale. Premetto da parte mia che personalmente già all'inizio di questa causa, avevo chiesto un aiuto alla mia Cassa Malati (cliente dal 1996) e non la richiedi di rimborsarmi la spesa intera del mio intervento. Lo stato della mia bocca pietoso era già stato specificato sulle lettere precedenti del Dr. _____ oltre al mio medico curante Dr. _____, il Dr. _____ mi ha specificamente detto che in un paio di anni avrei perso tutti i denti se non fossi intervenuta

immediatamente. Vi invierò prossimamente una dichiarazione del Dottor _____ in risposta alle considerazioni fatte dal Dr. _____ circa le cure da lui prestatemi." (cfr. doc. _) Il Dr. _____, nel suo certificato del 12 novembre 2002 ribadisce: "(...) bereits im Schreiben vom 18.02.02 teilten wir dem Gericht mit, dass unsere Praxis im Mai 1999 erstmals aufsuchten. Die damals gestellte Diagnose war: Juvenile progressive Parodontitis. Nach erfolgreicher durchgeführter Parodontosebehandlung verbunden mit Extraktionen wurde das Gebiss mit Kronen bzw. Brücken versorgt. Während der gesamten Behandlung unterstützen Sie diese durch eine beispielhafte Mundhygiene. Deshalb ist es mir in keiner Weise verständlich wie Herr Kollege Dr. _____ in seinem Gutachten behauptet, dass Sie eine schlechte Mundhygiene hätten, obwohl er Sie zur Beurteilung nie gesehen hat. Herrn Dr. _____ muss hier offensichtlich ein Fehler unterlaufen sein. (doc. _) 2.3.

Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAL 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Per quel che riguarda il medico curante, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a/cc, cfr. U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). In caso di perizia giudiziaria, il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito, il cui ruolo consiste proprio nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica, per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti (STFA del 12 novembre 1998 nella causa A.; SVR 1998 LPP Nr. 16 p. 55; STFA non pubbl. del 14 aprile 1998 nella causa B.; DTF 122 V 161; DTF 112 V 32 consid. 1a; DTF 107 V 174 consid. 3). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario, nel caso in cui il rapporto peritale contenga delle contraddizioni o sulla base di una controperizia, richiesta dal medesimo tribunale, che conduca ad un altro risultato (DTF 101 IV 130). Egli può discostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Va tuttavia sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giurisprudenza (RCC 1986, pag. 201 consid. 2a). Per ciò che concerne il valore probante di un rapporto medico é inoltre determinante il fatto che il rapporto sia completo nei punti litigiosi, si basi su uno studio esteso, prenda in considerazione anche le lamentele espresse, sia stato consegnato in piena conoscenza dell'incarto, sia chiaro nell'esposizione delle relazioni mediche e nella

valutazione della situazione medica e le conclusioni dell'esperto siano motivate (RAMI 1991 pag. 311 consid. 1). 2.4. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni del perito basate su un approfondito e completo esame delle affezioni lamentate dall'assicurata, sulla base di tutta la documentazione messa a disposizione dell'insorgente stessa. Alla perizia del Dr. med. _____ deve essere attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.3.). Anzitutto il perito è giunto, sulla base degli atti medici a disposizione, ritenuto tra l'altro come la stessa ricorrente afferma che le radiografie più vecchie sono andate perse e non si trovano più, alla chiara conclusione che nel caso concreto è da escludere la presenza di una parodontite giovanile progressiva e di qualsiasi altra malattia elencata nella lista esaustiva degli art. 17-19 Opre. Egli afferma inoltre come " le cure prestate sono di tipo prettamente protesico con una minima parte di profilassi dentale" e che " le ricostruzioni dentali eseguite sono una scelta terapeutica della paziente e del medico-dentista curante. La necessità di queste prestazioni era essenzialmente dovuta alla presenza di carie e non a motivi paradontali ." Va poi rammentato che il perito ha posto quale diagnosi " carie multiple primarie e secondarie, parodontite marginale generalizzata e dente 38 ritenuto ." In particolare il Dr. _____, specialista SSO in parodontologia, ha pure spiegato per esteso, rispondendo alla domanda 7, la terapia da seguire in caso di parodontite concludendo che " le cure prestate dal Dr. _____ non siano riferibili ad una malattia parodontale giovanile progressiva ma, in base al criterio della verosimiglianza preponderante, alla mancanza di adeguata prevenzione dentale da parte della paziente e di cure parodontali insufficienti in soggetto a rischio ." Nel certificato del 12 novembre 2002 il medico curante rileva che a suo avviso la diagnosi è quella di una parodontite giovanile progressiva, comunque chiramente esclusa dal perito e dal dr. _____, entrambi specialisti, e asserisce che l'igiene boccale della ricorrente era esemplare, ciò che d'altra parte aveva già asserito ripetutamente in precedenza. Va qui rilevato, da una parte che il TFA ha rammentato ancora recentemente, in una sentenza dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00, che il giudice, secondo la generale esperienza della vita, può ritenere che, in dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente il medico curante attesta a favore dell'assicurato. Inoltre, determinante nel caso di specie non è tanto conoscere l'igiene boccale dell'interessata, quanto piuttosto stabilire da una parte la diagnosi e dall'altra se in concreto le cure prestate dal Dr. _____ rientrano nelle fattispecie previste esaustivamente dall'Opere. Ciò che nel caso di specie, sulla base del referto peritale va escluso. Inoltre, le considerazioni del dentista di _____ sono simili a quelle riportate nel certificato prodotto in data 18 febbraio 2002. Ora, avendo questo tribunale trasmesso l'intero incarto al perito al fine di esaminare dettagliatamente la fattispecie, il Dr. _____, nel suo referto, ne ha già tenuto conto. Inoltre, per il motivo sopra esposto, lo specialista ha visionato tutti i referti medici a disposizione e tutta la documentazione trasmessa dall'interessata. Per cui, non vi è motivo alcuno per metterla in dubbio le conclusioni peritali. Alla luce di quanto precede, a mente di questa Corte, è pertanto da ritenere dimostrato sia che l'insorgente non è affetta da una parodontite giovanile progressiva sia che gli interventi effettuati dal Dr. med. _____ nel periodo in esame non sono dovuti ad uno dei motivi elencati agli art. 17-19 Opere. In queste circostanze la decisione della Cassa si rivela corretta e il ricorso va di conseguenza respinto.