

# **TI\_GERICHTE 36.2002.149 vom 18. November 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-11-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2002.149](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.149)

FR: TI\_GERICHTE 36.2002.149 du 18 novembre 2002

IT: TI\_GERICHTE 36.2002.149 del 18 novembre 2002

## **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

## **Erwägungen**

### **E. 1**

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2, se: a. le cure sono necessarie dopo il 20° anno di età; b. le cure sono necessarie prima del 20° anno di età per persona soggetta alla LAMal ma non all'assicurazione federale per l'invalidità (AI).

### **E. 2**

Sono infermità congenite ai sensi del capoverso 1: 1. displasia ectodermale; 2. malattie bullose congenite della pelle (epidermolisi bullosa ereditaria, acrodermatite enteropatica e pemfigo cronico benigno familiare); 3. condrodistrofia (per es.: acondroplasia, ipocondroplasia, displasia epifisaria multipla); 4. disostosi congenite; 5. esostosi cartilaginee, per quanto sia necessaria un'operazione; 6. emiipertrofie ed altre asimmetrie corporee congenite, per quanto sia necessaria un'operazione; 7. difetti ossei del cranio; 8. sinostosi del cranio; 9. malformazioni vertebrali congenite (vertebra fortemente a cuneo, vertebre saldate a blocco tipo Klippel-Feil, aplasia della vertebra, forte displasia della vertebra); 10. artromiodisplasia congenita (artrogriposi); 11. distrofia muscolare progressiva e altre miopatie congenite; 12. miosite ossificante progressiva congenita; 13. cheilo-gnato-palatoschisi (fessura labiale, mascellare, palatina); 14. fessure facciali mediane, oblique e trasversali; 15. fistole congenite del naso e delle labbra; 16. proboscide laterale; 17. displasie dentarie congenite, per quanto ne siano colpiti in modo grave almeno 12 denti della seconda dentizione dopo la crescita e se è prevedibile trattarli definitivamente mediante una posa di corone; 18. anodontia congenita totale o anodontia congenita parziale, per assenza di almeno due denti permanenti contigui o di quattro denti permanenti per ogni mascella ad esclusione dei denti del giudizio; 19. iperodontia congenita, quando il o i denti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui sia necessaria una cura a mezzo di apparecchi; 20. micrognatismo inferiore congenito, se, nel corso del primo anno di vita, provoca delle turbe di deglutizione e di respirazione che rendono necessaria una cura o se: - l'esame craniometrico rivela una discrepanza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di 9° o più (rispettivamente con un angolo di almeno 7° combinato con un angolo mascellobasale di almeno 37°); - i denti permanenti, ad esclusione dei denti del giudizio, presentano una nonocclusione di almeno tre paia di denti antagonisti nei segmenti laterali per metà di mascella; 21. mordex apertus congenito, se provoca una beanza verticale dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 40° e più (rispettivamente di almeno 37° combinato con un angolo ANB di 7° e più). Mordex

clausus congenito, se provoca una sopraocclusione dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di  $12^\circ$  o meno (rispettivamente di  $15^\circ$  o meno combinato con un angolo ANB di  $7^\circ$  e più); 22. prognatismo inferiore congenito, quando l'esame craniometrico rivela una divergenza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di almeno  $-1^\circ$  e quando almeno due paia di denti antagonisti della seconda dentizione si trovano in posizione d'occlusione incrociata o a martello, o quando esiste una divergenza di  $+1^\circ$  e meno combinato con un angolo mascello-basale di  $37^\circ$  e più, o di  $15^\circ$  o meno; 23. epulis dei neonati; 24. atresia delle coane (uni o bilaterale); 25. glossoschisi; 26. macroglossia e microglossia congenite, per quanto sia necessaria un'operazione della lingua; 27. cisti e tumori congeniti della lingua; 28. affezioni congenite delle ghiandole salivari e dei loro canali escretori (fistole, stenosi, cisti, tumori, ectasie e ipo- o aplasie di tutte le grandi ghiandole salivari importanti); 28a. ritenzione o anchilosi congenita di denti se sono colpiti diversi molari oppure almeno due premolari o molari contigui della seconda dentizione (esclusi i denti del giudizio); l'assenza di abbozzi (esclusi i denti del giudizio) è equiparata alla ritenzione e all'anchilosi dei denti; 29. cisti congenite del collo, fistole e fessure cervicali congenite e tumori congeniti (cartilagine di Reichert); 30. emangioma cavernoso o tuberoso; 31. linfangioma congenito, se è necessaria un'operazione; 32. coagulopatie e trombocipatie congenite (emofilie ed altri difetti dei fattori di coagulazione); 33. istiocitosi (granuloma eosinofilo, morbo di Hand-Schüller-Christian e Letterer-Siwe); 34. malformazioni del sistema nervoso centrale e del suo rivestimento (encefalocele, ciste aracnoide, mielomeningocele ed idromielia, meningocele, megaloencefalia, porencefalia, diastematomielia); 35. affezioni ereditarie degenerative del sistema nervoso (per es.: atassia di Friedreich, leucodistrofie ed affezioni progressive della materia grigia, atrofie muscolari di origine spinale o neurale, disautonomia familiare, analgesia congenita); 36. epilessia congenita; 37. paralisi cerebrali congenite (spastiche, atetosiche ed atassiche); 38. paralisi e paresi congenite; 39. ptosi congenita della palpebra; 40. aplasia dei canali lacrimali; 41. anoftalmia; 42. tumori congeniti della cavità orbitale; 43. atresia congenita dell'orecchio, compresa l'antotia e la microtia; 44. malformazioni congenite dello scheletro del padiglione auricolare; 45. turbe congenite del metabolismo dei mucopolisaccaridi e delle glicoproteine (p. es.: morbo di Pfaundler-Hurler, morbo di Morquio); 46. turbe congenite del metabolismo delle ossa (p. es.: ipofosfatasia, displasia diafisaria progressiva di Camurati-Engelmann, osteodistrofia di Jaffé-Lichtenstein, rachitismo resistente alla vitamina D); 47. turbe congenite della funzione tiroidea (atireosi, ipotireosi, cretinismo); 48. turbe congenite della funzione ipotalamo-ipofisaria (nanismo ipofisario, diabete insipido, sindrome di Prader-Willi e sindrome di Kallmann); 49. turbe congenite della funzione delle gonadi (sindrome di Turner, malformazioni delle ovaie, anorchismo, sindrome di Klinefelter); 50. neurofibromatosi; 51. angiomatosi encefalo-trigeminea (Sturge-Weber-Krabbe); 52. distrofie congenite del tessuto connettivo (p. es.: sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthoma elastico); 53. teratomi e altri tumori delle cellule germinali (p. es.: disgerminoma, carcinoma embrionale, tumore misto delle cellule germinali, tumore vitellino, coriocarcinoma, gonadoblastoma)."

2.6. Nel caso di specie, \_\_\_\_\_ ha dovuto subire, all'età di sedici anni, l'asportazione completa dell'apparato dentario superiore e parziale di quello inferiore, a causa del prematuro arretramento delle gengive. A partire dal 1961 all'assicurata sono state inserite due protesi dentarie. Inoltre, \_\_\_\_\_ è affetta, dal 1999, da ernia iatale con esofagite da reflusso. Con rapporto medico datato 1° dicembre 1999 il Dr. Med. \_\_\_\_\_, specialista

FMH in gastroenterologia ed epatologia è giunto alle seguenti conclusioni: " (...)  
Conclusione: Lieve esofagite erosiva (stadio I) ed ernia iatale assiale di medie dimensioni.  
Gastrite eritematosa da Helicobacter pylori. Come sospettavi, vi è una malattia da reflusso  
cronica, in base all'anamnesi moderatamente sintomatica e che attualmente è complicata da  
una lieve esofagite erosiva. Non mi meraviglierebbe che la paziente avesse anche in futuro  
facilmente dei disturbi da reflusso. Il cardia è poco competente e vi è un'ernia iatale assiale  
assai voluminosa. Da segnalare l'assenza di manifestazioni extra-digestivi da reflusso  
conclamati. Personalmente darei degli inibitori della pompa di protoni, per esempio del  
Pantozol 40 mg/die, cercando in seguito il dosaggio minimo necessario in base alla  
sintomatologia. Lascio a te di valutare l'opportunità di un trattamento d'eradicazione di  
Helicobacter pylori responsabile della lieve gastrite eritematosa. L'indicazione è relativa.  
Infatti non vi sono cicatrici d'ulcera né ulcere floride. Segnalo a questo proposito che vi è un  
certo rischio di aggravare la malattia da reflusso eradicando Helicobacter pylori." (Doc. \_)

In un successivo rapporto medico datato 14 novembre 2000 il Dr. \_\_\_\_\_ si è così  
espresso: " (...) Conclusione: Fegato ipercogeno compatibile con una steatosi epatica.  
Diverse cisti semplici epatiche (1-4,5 cm). Cistifellea senza calcoli, vie biliari non dilatate.  
Esofagite erosiva stadio I-II ed ernia iatale assiale di medie dimensioni. Leggera gastrite  
eritematosa da Helicobacter Pylori. L'esofagite erosiva indica la presenza di una malattia da  
reflusso che in base all'anamnesi è cronica ed assai sintomatica (pirosi, dolori retro-sternali,  
reflussi acidi e alimentari massicci notturni...). Il cardia è sicuramente insufficiente e l'ernia  
iatale assiale relativamente voluminosa. Tra le misure generali contro il reflusso abbiamo  
proposto di inclinare il letto. Ha ricevuto Agopton 30 mg/die per 4 settimane. In seguito si  
tratterà di trovare il dosaggio minimo necessario. Il rischio di recidiva è importante. La  
paziente non ha mai avuto ulcere, non vi sono cicatrici d'ulcere per cui rinuncerei al  
trattamento d'eradicazione di Helicobacter Pylori. Parte della dispepsia (vomito tutti i  
giorni) potrebbe essere di tipo funzionale, favorito dalle frequenti crisi emicraniche.  
Rivedremo la paziente per valutare l'efficacia della terapia." (Doc. \_)

Il medico curante dell'assicurata, Dr. Med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna, nel certificato  
medico datato 20 luglio 2001 ha indicato quanto segue: " con la presente certifico che la  
signora \_\_\_\_\_ deve assolutamente modificare la fissazione della protesi dentaria al  
fine di migliorare la masticazione e di conseguenza migliorare i disturbi gastrici che  
persistono da alcuni mesi." (Doc. \_)

In un successivo certificato medico dell'8 ottobre 2001 il Dr. \_\_\_\_\_ ha poi osservato: " La signora \_\_\_\_\_ deve essere sottoposta ad  
intervento dentario con fissazione della protesi dentaria mediante impiantato. Come già  
scritto dal Dr. \_\_\_\_\_, non si tratta di una prestazione obbligatoria secondo KVG  
17-19. Vista la sintomatologia della paziente (ernia iatale con reflusso, gastrite cronica) una  
masticazione ottimale é indispensabile per migliorare i disturbi gastrici, che persistono  
ormai da alcuni mesi. Esiste quindi una indicazione medica per questo intervento dentario  
indispensabile; per cui sarebbe opportuno se la CM \_\_\_\_\_ contribuisse al rimborso  
delle spese. La prego di fare avere questo scritto al medico di fiducia della CM  
\_\_\_\_\_T." (Doc. \_)

In data 18 gennaio 2002 il Dr. \_\_\_\_\_ ha poi redatto il  
seguente certificato medico: " (...) DIAGNOSI: - Instabilità protesi dentaria totale  
inferiore - Esofagite erosiva st. I, ernia iatale assiale di medie dimensioni con Reflusso -  
Gastrite eritematosa da Helicobacter pylori Egregi Signori, La signora \_\_\_\_\_ deve  
essere sottoposta ad intervento chirurgico-dentario con fissazione della protesi dentaria  
totale inferiore mediante impiantato, al fine di migliorare la stabilità della stessa e di  
conseguenza migliorare la masticazione. In presenza della patologia sopra citata (esofagite

erosiva, ernia iatale assiale con reflusso e gastrite eritematosa) una masticazione ottimale é una "conditio sine qua non" per poter migliorare ulteriormente i disturbi gastro-esofageali presentati dalla paziente, che purtroppo persistono già da alcuni mesi. Sussiste quindi una indicazione medica chiara per l'intervento chirurgicodentario previsto. Vista l'indicazione medica la CM potrebbe contribuire al rimborso delle spese, anche per prevenire ulteriori spese mediche in futuro a carico della CM stessa. (In effetti i disturbi gastroesofageali dovrebbero dopo l'intervento ulteriormente migliorare)." (Doc. \_) Infine, in data 3 dicembre 2002 il Dr. \_\_\_\_\_ ha certificato: " Con la presente certifico che [ i problemi ] gastrici presso la signora \_\_\_\_\_ sono nettamente migliorati dopo intervento dentario (protesi)". (Doc. \_) La \_\_\_\_\_, viste le richieste avanzate dall'assicurata, ha chiesto ai due medici dentisti che hanno allestito i preventivi per le cure dentarie di specificare se questi interventi rientrano nella lista esaustiva delle cure dentarie indicata negli articoli da 17 a 19a OPre (cfr. doc. \_ e \_). Rispondendo a nome di entrambi gli specialisti, il Dr. \_\_\_\_\_, con scritto del 13 settembre 2001, ha affermato che le cure dentarie previste non rientrano nella lista esaustiva delle prestazioni obbligatorie di cui agli art. 17-19a OPre (cfr. doc. \_). Anche il medico curante di \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, in data 8 ottobre 2001 ha confermato che l'intervento di fissazione delle protesi dentarie mediante impianto non costituisce una prestazione obbligatoria rientrante nella lista esaustiva degli articoli 17-19a OPre (cfr. doc. \_). Interpellato dalla Cassa malati, il medico fiduciario della \_\_\_\_\_, Dr. Med. \_\_\_\_\_, con scritto del 16 ottobre 2001 ha indicato che le cure dentarie in discussione non rientrano fra le prestazioni obbligatorie esaustivamente elencate negli art. 17-19a OPre (cfr. doc. \_). Anche il dentista di fiducia della \_\_\_\_\_, Dr. Med. \_\_\_\_\_, in data 25 gennaio 2001 ha osservato che le cure dentarie cui deve sottoporsi l'assicurata non rientrano fra le prestazioni obbligatorie indicate agli art. 17-19a OPre (cfr. doc. \_). In seguito, con scritto del 13 gennaio 2003 il Dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che l'ernia iatale di cui soffre l'assicurata rappresenta un problema meccanico, muscolare, totalmente indipendente dai denti, non essendo stata causata né dal cattivo stato dei denti, né dal cattivo posizionamento delle protesi e non può venire curata tramite l'impianto di nuove protesi; il dentista ha poi concluso indicando che siccome l'ernia iatale non rientra nella lista esaustiva, elencata negli art. 17-19a OPre, delle malattie del sistema della masticazione e delle altre malattie suscettibili di occasionare delle cure dentarie, che costituiscono una prestazione obbligatoria, il costo delle cure dentarie non deve essere posto a carico della Cassa malati (cfr. doc. \_). Lo specialista si è così espresso: " Ich habe diesen Fall anhand der Unterlagen studiert und komme zu folgendem Schluss. Das Problem der Patientin, nämlich die Magenhernie, ist ein rein mechanisches, d.h. ein muskuläres Problem, welches völlig unabhängig von den Zähnen ist. Die Magenhernie wird weder durch schlechte Zähne oder schlecht sitzende Prothesen ausgelöst, noch wird sie durch die Herstellung neuer Prothesen geheilt werden. Es liegt in der Verantwortung des Patienten seine Zähne zu pflegen, um deren Funktion aufrecht zu erhalten. Gleich verhält es sich mit Prothesen. Nach der Extraktion von Zähnen kommt es zu einer Resorption des Knochens und deshalb müssen die Prothesen regelmässig angepasst werden. In einigen Fällen kann sich der Knochen derart verändern, dass die Prothesen nicht mehr gut zum halten gebracht werden können. In diesen Fällen muss sich der Patient mit Haftcremen aushelfen. Von Prothesen kann nicht dieselbe Kauleistung erwartet werden, wie mit natürlichen Zähnen. Gewisse Speisen können nicht mehr so gut gekaut werden und deshalb müssen die Speisen weicher gekocht werden. Die Liste der Erkrankungen der Zähne, welche eine Pflichtleistung auslösen können, ist abschliessend aufgelistet in den Artikeln 17-19 KLV. Die Magenhernie

wird hier nicht aufgelistet und somit ist eine Behandlung auf Kosten der Versicherung abzulehnen." (Doc. \_) Infine, in data 14 gennaio 2003 il Dr. \_\_\_\_\_, medico fiduciario della Cassa, dopo avere rilevato che l'ernia iatale di cui è affetta \_\_\_\_\_ è dovuta ad un'anomalia del posizionamento dello stomaco, è giunto alla conclusione che pur essendo possibile una relazione tra ernia iatale e problemi dentari, queste due patologie sono totalmente indipendenti e la cura dell'una non avrà nessuna influenza sulla guarigione dell'altra. Egli ha infatti rilevato che: " Hiatushernie: Es handelt sich um eine häufig vorhandene Lageanomalie des Magens mit Verlagerung des obersten Magenanteiles in den Bauchraum hinauf. Ursache dafür ist eine Erweiterung der Muskellücke der Zwerchfellkuppen, die normalerweise zirka 2 Querfinger breit ist. Bei erhöhtem Druck im Bauchraum wird dadurch der oberste Magenanteil in den Brustraum hinaufgedrängt und nach Druckverminderung gleitet er wieder in den Bauchraum zurück. Im 6. Jahrzehnt ( die Pat. ist 1945 geboren) fand ich anlässlich eigener Röntgenuntersuchungen bei ca. 32 % diese Veränderungen, die übrigens nicht immer von Symptomen begleitet war. Die Beschwerden, die die Patienten angeben sind: Sodbrennen, Rülpsen sowie Beklemmungsgefühle im Oberbauch oder in Überlagerung mit dem Herzen. Die Behandlung, die zu den Pflichtleistungen der Krankenkasse gehört, besteht in der Befolgung von Ratschlägen, wie Gewichtsabnahme, Vermeidung von blähenden Speisen, Vermeidung der liegenden Stellung bei gefülltem Magen, sowie der Einnahme von Medikamenten, zur Verhinderung der Produktion des sauren Magensaftes, der beim Zurückfliessen in den Brustraum die Schleimhaut der Speiseröhre verbrennen kann. Genügen diese Massnahmen nicht wird als letztes Mittel eine Operation empfohlen. Ein Zusammenhang zwischen der Hiatushernie und den Zahnproblemen ist rein statisch möglich, da beide Leiden recht häufig vorkommen. Jedes Leiden für sich kann aber nicht als Folge des anderen betrachtet werden und dürfte bei entsprechender Behandlung auch den weiteren Verlauf nicht wesentlich beeinflussen. Ein Zusammenhang der Hiatushernie mit einem Zahnleiden wird auch im Artikel 18 VO KLV nicht erwähnt. Ein ungenügender Kauvorgang wie er bei fehlenden Zähnen beobachtet wird, verhindert zwar die Verkleinerung der Nahrungsmittelbestandteile, diese haben aber auf die Produktion der Magensäure keine Bedeutung. Sowohl kleinere wie auch grössere Nahrungsbrocken stimulieren die Magensäure gleichstark und dies Säure ist von entscheidender Bedeutung bei der Auslösung der Schädigung des Speiseröhrenoberflächenepithels , die schliesslich die Beschwerden verursacht." (Doc. \_) 2.7. Da quanto precede appare accertata la patologia di cui soffre la ricorrente. Le spese derivanti dall'intervento d'impianto di nuove protesi dentarie, necessario, secondo il Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. \_), al fine di migliorare i disturbi gastrici provocati dall'ernia iatale con esofagite da reflusso di cui è affetta l'assicurata, non sono da porre a carico dell'assicuratore malattia, non rientrando l'ernia iatale con esofagite da reflusso fra le patologie esaustivamente elencate agli art. 17-19a OPre. Al riguardo, sia i medici curanti dell'assicurata (vale a dire Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_), sia i medici interpellati dalla Cassa (Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_), hanno escluso unanimemente che le cure dentarie a favore dell'assicurata fossero la conseguenza di una malattia presente nell'elenco esaustivo delle malattie suscettibili di giustificare una cura dentaria a carico dell'assicurazione malattia giusta gli art. 17-19a OPre (cfr. doc. \_). Infatti, come spiegato dal Dr. \_\_\_\_\_, medico fiduciario della Cassa, l'ernia iatale con esofagite da reflusso che affligge \_\_\_\_\_ è causata da un malfunzionamento del cardia (muscolo che separa l'esofago dallo stomaco), che provoca il fenomeno della risalita del succo gastrico dallo stomaco all'esofago e non da una malattia

grave e non evitabile all'apparato masticatorio (cfr. doc. \_). Il Dr. \_\_\_\_\_, dentista fiduciario della Cassa, inoltre, ha ribadito che l'ernia iatale di cui soffre l'assicurata è un problema di natura meccanica, causato da un malfunzionamento muscolare totalmente indipendente dall'apparato masticatorio, che non è provocato né dal cattivo stato della dentizione, né dall'errato posizionamento delle protesi dentarie (cfr. doc. \_). Siccome l'ernia iatale non rientra nella lista esaustiva delle prestazioni obbligatorie di cui agli art. 17-19a OPre, occorre concludere che le spese dell'intervento dentario richiesto da \_\_\_\_\_ non rientrano tra quelle che l'assicuratore deve obbligatoriamente prendere a suo carico. Di conseguenza, a mente del TCA, è a giusto titolo che la Cassa malati \_\_\_\_\_ ha rifiutato di assumere i costi dell'intervento dentario a favore di \_\_\_\_\_. 2.8.

L'assicurata ha chiesto al TCA di ordinare una perizia giudiziaria (cfr. doc. \_ doc. \_). Al proposito si osserva che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze degli atti di causa, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad una perizia giudiziaria. Sulla scorta dei precedenti considerandi, essendo confermata la decisione contestata, il ricorso va respinto.

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