

TI_GERICHTE 36.2002.64 vom 10. Mai 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-05-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.64

FR: TI_GERICHTE 36.2002.64 du 10 mai 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.64 del 10 maggio 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 2

cpv. 1 LAMal (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, pag. 39 n. 75). La nozione giuridica della malattia non si confonde necessariamente con la nozione di malattia descritta dalla scienza medica (cfr. Eugster, op. cit., n. 72). Ora, dagli atti dell'incarto emerge chiaramente che l'Hypertrichosis lanuginosa congenita è una malattia. Infatti, l'insorgente è stata sottoposta a diversi esami e cure mediche da parte di numerosi specialisti (cfr. anche doc. __, valutazione del Dr. med. _____, Kinder und Jugendmedizin, speziell Endokrinologie). Nel 1995 il dr. _____, dermatologo presso l'Ospedale cantonale di _____, così descrive l'Hypertrichosis lanuginosa congenita: " Unauffälliges Mädchen mit grotesker Hypertrichose im Gesicht. Im Bereiche der Schläfen kann kein eigentlicher Uebergang von behaarter Kopfhaut und normaler Gesichtshaut gefunden werden. In diesem Areal sind die Haare mehrere Zentimeter lang und wirken sehr ungewöhnlich. Auch im Bereiche der Wangen- und der Kinnpartie ist eine verstärkte Behaarung sichtbar. Im Nasolabialbereich und Schnauzbereich sind kleine Narben von einer Diathermiebehandlung sichtbar. An den Armen zeigt sich ebenfalls eine ausgeprägte Hypertrichose mit 4-5 cm langen, schwarzen Haaren. An den Vorderarmen und Handrücken bricht die Hypertrichose ab und an deren Stelle finden sich vereinzelt, ganz kleine Narben bei Status nach Diathermie. Eine weitere Akzentuierung findet sich im Lumbo-Sacralbereich. (...) _____ weist das Bild einer Hypertrichosis lanuginosa congenita auf. Dieses seltene Problem wurde bis heute bei weniger als 50 Patienten beschrieben. Früher wurden diese Menschen als Jahrmarktattraktion vermarktet, weil sie durch ihr ungewöhnliches Aussehen eine so groteske Wirkung auf die Mitmenschen ausübten." (sottolineature del redattore) Alla luce della descrizione dello specialista, non vi è motivo alcuno per negare il valore di malattia all'Hypertrichosis lanuginosa congenita. Vi è infatti un danno alla salute della paziente che l'ha condotta a sottoporsi a diversi esami e cure mediche. La situazione, vista anche la rarità della malattia, va distinta dalla pilosità, anche abbondante, che può avere ogni individuo e la cui cura, tranne in caso di altri danni fisici e/o psichici, di regola, non è a carico della assicurazione malattia (cfr. consid. 2.5). E' vero che nel frattempo, grazie ai trattamenti subiti, rispetto al 1995 la situazione è migliorata e, in particolare, l'intervento per il quale si chiede l'assunzione dei costi, non concerne la depilazione del viso, ma di altre parti del corpo (braccia, ventre, petto e schiena, cfr. doc. __). Tuttavia ciò non toglie, a mente del TCA, che si è in presenza di una malattia congenita, i cui trattamenti, nei limiti di quanto previsto dalla legge, sono a carico dell'assicurazione di base. Non è infatti rilevabile, nella

LAMal, una differenza del concetto di malattia a dipendenza della parte del corpo affetta dal danno alla salute. Va ora esaminato se i costi del trattamento al laser debbano essere posti a carico dell'assicurazione di base. 2.2. Giusta l'art. 25 cpv. 1 LAMal, in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia ed i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal capoverso 2 della stessa disposizione, queste prestazioni comprendono, in particolare, gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (lett. a), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico (lett. b) nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e). Conformemente all'art. 24 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli art. 25-31, giusta 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. E' 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 d'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). Va qui rammentato che nel commento all'art. 33 cpv. 1 (art. 27 del Progetto) il Consiglio federale ha affermato quanto segue: " ... Occorre considerare questa disposizione potestativa come una presunzione favorevole nei loro confronti (n.d.r.: dei medici). Essa prevede infatti che tutte le prestazioni fornite da un medico o da un chiropratico siano reputate a priori a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Non può essere conseguentemente stabilito alcun catalogo "positivo" - esauriente - di dette prestazioni, bensì soltanto un ristretto catalogo "negativo" o "condizionale". Al riguardo dobbiamo insistere sul fatto che questa possibilità, d'ora in poi iscritta nella legge stessa per motivi di sistematica e di trasparenza, non è nuova. Essa corrisponde alla prassi attuale in materia di prestazioni generali, il cui principio non è mai stato rimesso in discussione (art. 21 OIII, RS 832.140; ODFI 9 RS 832.141.13). Stando alle esperienze effettuate sinora, tutto induce a credere che soltanto le prestazioni nuove o contestate non saranno coperte o saranno assunte solo parzialmente provvisoriamente oppure saranno sottoposte a speciali condizioni (ad es., una prestazione può aver luogo soltanto in un determinato centro poiché soltanto quest'ultimo dispone dell'esperienza sufficiente). ..." (Messaggio, pag. 66 e 67) Il concetto espresso dal legislatore è stato ripreso

dal TFA: " cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art 32 al 1 LAMal (ATF 125 V 28 consid. 5b). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste "négative" des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition. ..." (STFA 8.9.1999 nella causa Y.V-A c. _____ consid. 1a) Dunque, la legge ha posto la presunzione secondo cui le prestazioni fornite dai medici soddisfano i principi posti dall'art. 32 LAMal, in particolare soddisfano il criterio dell'efficacia/ riconoscimento scientifico. Per una questione di chiarezza, di sicurezza del diritto e di garanzia della parità di trattamento degli assicurati, il Consiglio federale è stato incaricato di allestire una lista delle prestazioni che, invece, non soddisfano i presupposti di tale disposto (cfr. STCA del 25 marzo 2000 nella causa __, inc. _____, di cui si dirà in seguito).

2.3. L'art. 1 OPre prevede che 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), assume i costi a determinate condizioni (lett. b), non assume i costi (lett. c; cfr. anche RAMI 2000 no. KV 113 pag. 130 consid. 4a). Nella premessa all'allegato 1 è indicato che la lista delle prestazioni mediche a carico o meno dell'assicurazione non è esaustiva (a proposito del significato giuridico della lista contenuta nell'allegato, cfr. DTF 125 V 30 seg. consid. 6a e riferimenti; cfr. anche sentenza del 29 gennaio 2001 nella causa L., K 171/00). Per quanto concerne la terapia al laser, l'Allegato I dell'OPre prevede, al punto 5 (dermatologia), la presa a carico dei costi della terapia in caso di "naevus teleangiectaticus" e "condylomata acuminata" (decisione valida a partire dal 1.1.1993, cfr. pag. 53), mentre esclude l'assunzione dei costi in caso di cicatrici dell'acne (dal 1.7.2002. La terapia è tuttavia in valutazione). L'ordinanza è invece silente per quanto concerne la presa a carico dei costi della terapia al laser in caso di "Hypertrichosis lanuginosa congenita".

2.4. Il TFA, nella citata sentenza del 4 febbraio 1999, pubblicata in DTF 125 V 21, a proposito dell'allegato 1 OPre, che rifiuta espressamente la presa a carico da parte dell'assicurazione obbligatoria della fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE), ha affermato: " A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué à son tour au DFI les compétences susmentionnées. Celui-ci a fait usage de cette sous-délégation en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance- maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. La liste "négative" des prestations, soit de celles qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie, figure à l'annexe 1 OPAS (art. 1er OPAS); elle est constituée, pour une bonne part, par la reprise sans modification de la liste de l'annexe à l'Ordonnance 9 du 18 décembre 1990. On peut observer en passant que, contrairement apparemment au texte de l'art. 33 al. 1 LAMal et à l'idée du législateur (cf. message, p. 141) cette annexe contient également une liste positive des prestations prises en charge. La réglementation nouvelle de la LAMal repose ainsi sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, ce principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l'art. 34 LAMal, comme complet et contraignant dès lors qu'il s'est agi d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors de ces listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 50 ss). (...) a) Le

Tribunal fédéral des assurances examine en principe librement la légalité des dispositions d'application prises par le Conseil fédéral. Les dispositions adoptées par le DFI n'échappent pas au contrôle du juge, sous l'angle de leur légalité et de leur constitutionnalité. Lorsqu'il se prononce sur une ordonnance du Conseil fédéral fondée sur une délégation du Parlement (ou sur une ordonnance d'un département fédéral en cas de sous-délégation du Conseil fédéral), le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les dispositions incriminées sortent manifestement du cadre de la délégation de compétence donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si, pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. Dans l'examen auquel il procède, le juge ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la réglementation en cause (ATF 124 II 245 consid. 3, 124 V 15 consid. 2a, 123 II 44 consid. 2b, 476 consid. 4a). Dans le cadre de ce contrôle, le Tribunal fédéral des assurances est en principe habilité à examiner le contenu d'une liste de maladies à prendre en considération ou de prestations. Néanmoins, il s'impose une grande retenue dans cet examen. En effet, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI (ATF 124 V 195 consid. 6). D'autre part, dans ce système de la liste, le juge n'a pas la possibilité d'en étendre le contenu par un raisonnement analogique (cf. RAMA 1988 no U 61 p. 449 consid. 1; MAURER, op. cit., p. 50 sv.). Un complément reste en revanche possible, lorsque l'énumération donnée par la liste n'est pas exhaustive. Dans ces conditions, la sécurité du droit, de même que l'égalité de traitement, postulent que l'annexe 1 à l'OPAS vaut comme liste complète des prestations non couvertes, du moins jusqu'à preuve concrète d'une lacune de la liste (EUGSTER; Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), ch. 197). Pour certaines prestations, la référence à une évaluation en cours a également pour but d'éviter l'insécurité lorsqu'il s'agit d'une mesure nouvelle ou controversée au sens de l'art. 33 al. 3 LAMal. L'établissement de cette liste requiert le concours de commissions consultatives de spécialistes (Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie et Commission fédérale des prestations générales; art. 37a OAMal en corrélation avec l'art. 33 al. 3 LAMal). Le tribunal fédéral des assurances, pour sa part, ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. Or, sous l'angle médical, les avis de la Commission des prestations sont propres à assurer au contenu de la liste une certaine homogénéité, qui ne serait donc plus garantie en cas de complètement de cette liste par le juge (ATF 124 V 195 sv. consid. 6). On doit en déduire qu'il n'y a, en principe, plus de place pour un examen mené en parallèle par la voie judiciaire lorsque se pose la question des conditions d'admission dans des domaines médicaux complexes (EUGSTER, op. cit., ch. 197). b) En l'espèce, quelles que soient les raisons qui ont poussé les auteurs de l'ordonnance à ne pas inclure la FIVETE parmi les mesures ou traitements à charge de l'assurance obligatoires des soins, on ne voit pas que cette solution sorte du cadre de la délégation du législateur ou soit au contraire à l'art. 4 Cst. Au demeurant, l'annonce d'une procédure d'évaluation en cours, dans un domaine où les questions médicales sont extrêmement complexes, justifierait d'autant moins l'intervention du juge dans l'établissement de la liste sous le couvert d'un contrôle de la légalité. L'argumentation des recourants repose sur une démonstration que la FIVETE répondrait aux critères de l'art. 32 al. 1 LAMal: efficacité, adéquation et caractère économique. Comme on l'a vu cependant, et contrairement au système en vigueur sous la LAMA, l'examen du juge, lorsque la matière est réglée par ordonnance et selon un système de listes, se limite au contrôle de la constitutionnalité et de la légalité. Or, le Conseil fédéral et le DFI ont fait un usage régulier de la compétence que leur confère la loi si bien qu'il n'y a pas place pour substituer une

autre appréciation à celle de l'autorité compétente qui s'est fondé, au demeurant, sur l'avis de spécialistes." (sottolineature del redattore) In una successiva sentenza del 25 settembre 2000, pubblicata in RAMI 2000 pag. 357 (cfr. in particolare pag. 358 seg.), l'Alta corte ha ribadito: " b) Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in BGE 125 V 30 f. Erw. 6a ausführlich zur rechtlichen Bedeutung des Anhangs 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung im Allgemeinen und zur richterlichen Überprüfungsbefugnis im Besonderen Stellung genommen. Danach überprüft das Eidgenössische Versicherungsgericht im konkreten Einzelfall grundsätzlich lediglich die Übereinstimmung der vom Departement getroffenen Regelung mit Verfassung und Gesetz, namentlich ob diese sich im Rahmen der durch die Delegationsnormen (Art. 33 Abs. 1 und 3 KVG, Art. 33 lit. a und c KVV) gezogenen Schranken hält und nicht dem Willkürverbot widerspricht (vgl. BGE 124 II 245 Erw. 3, 122 V 93 Erw. 5a/bb, je mit Hinweisen). Dabei auferlegt sich das Gericht aus konzeptionellen Gründen und aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit grosse Zurückhaltung, insbesondere was die Ergänzung der Liste in Anhang 1 KLV betrifft (vgl. BGE 124 V 195 f. Erw. 6). Diese gilt in Bezug auf die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zu übernehmenden medizinischen Leistungen bis zum Nachweis des Gegenteils als vollständig (vgl. Zum Ganzen auch Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR)/Soziale Sicherheit, S. 96 f. Rzn. 195-197)." (sottolineature del redattore) La dottrina, ed in particolare Maurer, in: Das neue Krankenversicherungsrecht, pag. 50 seg., citato dal TFA, ha evidenziato come: " Die Art. 23 bis 33 KVG, die den Leistungskatalog aufstellen, sind nach den Regeln auszulegen, die im Sozialversicherungsrecht gebräuchlich sind. Einzelne Gesichtspunkte sollen hier hervorgehoben werden. Der Leistungskatalog weist eine ähnliche Struktur auf wie die Listen über die Berufskrankheiten, die im Anhang der VO über die Unfallversicherung (UVV) vom 20.12.1982 aufgeführt sind. Das EVG hat zutreffend entschieden, dass die Aufzählung in den beiden Listen abschliessend sei, sodass der Richter sie nicht analogierweise erweitern dürfe. Hingegen sei eine Ergänzung der einzelnen Positionen dann zulässig, wenn der Text dies z.B. durch Beifügung von <<usw.>> erlaubt. Man kann diese Betrachtungsweise als Listenprinzip bezeichnen. Dieses Listenprinzip ist auch bei der Auslegung des Leistungskataloges des KVG anwendbar. Somit ist die Aufzählung der einzelnen Leistungskategorien abschliessend. Der Richter darf sie nicht durch weitere Kategorien ergänzen. Dies ergibt sich auch aus KVG 34 I: Die Versicherer dürfen keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25 bis 33 übernehmen. Wenn die Bestimmungen über die einzelnen Leistungskategorien extensiv, weitherzig, ausgelegt werden, sollte beachtet werden, dass der Gesetzgeber bei der Prüfung der einzelnen Artikel stets die finanziellen Auswirkungen im Blickfeld hatte. Er wollte Lösungen vermeiden, welche eine nicht voraussehbare Entwicklung der Krankheitskosten zur Folge haben könnten." (sottolineature del redattore) Da parte sua Gerhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, pag. 96 seg. (cifre 195-197) afferma: " Anhang 1 KLV hat die Hauptaufgabe, die Nichtpflichtleistungen nach Art. 33 Abs. 1 und 3 KVG bzw. Art. 33 lit. a und c KVV zu bezeichnen (Art. 1 KLV). Es stellt eine grösstenteils unveränderte Übernahme des Anhangs zur VO 9 KUVG vom 18. Dezember 1990 dar. Das ist in methodischer Hinsicht problematisch, weil damit keine reine Negativ- oder Ausschlussliste gegeben ist, wie das in Art. 33 Abs. 1 KVG vorgesehen ist. So nennt der Anhang 1 KLV in positiver Aufzählung eine ganze Reihe von Anwendungen, die ohne jede Einschränkung seit Jahren als Pflichtleistung anerkannt sind. Auch

beantwortet er Pflichtleistungsfragen, ohne dass ein Bezug zu den Themen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit bestünde. Versicherer und Versicherte sollten sich indes darauf verlassen können, dass im Anhang 1 KLV nur solche Fragen beantwortet werden (Auslandbehandlungen nach Art. 36 Abs. 1 KVV vorbehalten). Problematisch ist schliesslich, wenn der Anhang 1 KLV Tarifregeln aufstellt oder solcher bedient. Die Negativ- oder Ausschlussliste des Anhang 1 KLV hat eine abschliessende Aufzählung der ärztlichen Nichtpflichtleistungen zu enthalten. Nach Art. 33 Abs. 1 KVG hat der Verordnungsgeber alle im Widerspruch zu Art. 32 Abs. 1 KVG stehenden Leistungen zu bezeichnen. Zeitweilige Lücken im Katalog der Nichtpflichtleistungen sind jedoch aufgrund des medizinischen Fortschritts nicht zu vermeiden. Ob der Versicherer im Einzelfall unter Berufung auf eine solche Lücke Leistungen wegen Unwirtschaftlichkeit verweigern kann, ist noch nicht geklärt, nach meiner Auffassung jedoch grundsätzlich zu bejahen. Die Rechtssicherheit verlangt, dass Anhang 1 KLV bis zum Nachweis des Gegenteils als vollständiges Verzeichnis der Nichtpflichtleistungen gilt. Unsicherheit lässt sich auch dadurch vermeiden, dass der Verordnungsgeber umstrittene oder abklärungsbedürftige Leistungen im Anhang 1 als in Prüfung kennzeichnet und diese damit einstweilen vom Pflichtleistungskatalog ausschliesst. Nach Art. 32 Abs. 1 KVG darf der Versicherer andererseits in keinem Fall unwirksame, unweckmässige oder unwirtschaftliche Leistungen erbringen, auch wenn diese im Anhang 1 KLV nicht genannt sind. Behauptet er jedoch einen solchen Tatbestand, so trägt er dafür die volle Beweislast. Eine Leistungsverweigerung wird daher auf Fälle beschränkt bleiben müssen, in denen die Zulassungsvoraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG in offensichtlicher Weise fehlen. Das KVG sieht für die Feststellungen der Nichtpflichtleistungen eine prozedere unter Mitwirkung der zuständigen Fachkommission vor. Es kann nicht gesetzgeberische Absicht sein, dass dieses durch gerichtliche Parallelverfahren (Art. 86 und 91 KVG) substituiert wird, in welchen der Richter in komplexen medizinischen Sachverhalten Zulassungsvoraussetzungen zu prüfen hat." (sottolineature del redattore) 2.5. Nel caso di specie, nell'allegato all'OPre non viene indicato nulla a proposito della terapia al laser per la cura della "Hypertrichosis lanuginosa congenita". Ora, come visto in precedenza, la legge ha posto la presunzione secondo cui le prestazioni fornite dai medici soddisfano i principi posti dall'art. 32 LAMal, in particolare soddisfano il criterio dell'efficacia e riconoscimento scientifico. Per una questione di chiarezza, di sicurezza del diritto e di garanzia della parità di trattamento degli assicurati, il Consiglio federale è stato incaricato di allestire una lista delle prestazioni che, invece, non soddisfano i presupposti di tale disposto (cfr. STCA del 25 marzo 2000 nella causa __, inc. _____) Va a questo proposito sottolineato che l'UFAS ha esplicitamente affermato che " l'allegato 1 all'OPre non rappresenta un elenco esaustivo delle prestazioni mediche coperte dall'assicurazione malattie. Esso contiene solo le prestazioni contestate e quindi esaminate dalla Commissione delle prestazioni. La terapia al laser per l'hypertrichosis lanuginosa congenita non è mai stata oggetto di contestazione e quindi la Commissione delle prestazioni non se ne è mai occupata ." (doc. _) Nel caso concreto la circostanza secondo cui la terapia al laser in caso di "Hypertrichosis lanuginosa congenita" non sia indicata nell'allegato 1 all'OPre non significa pertanto che tale terapia non vada posta a carico dell'assicurazione obbligatoria. A maggior ragione in concreto, considerata la rarità della malattia. Contrariamente a quanto sostiene la Cassa è irrilevante la circostanza che la Commissione di esperti non si sia pronunciata in merito. Determinante sarebbe stato unicamente un eventuale intervento esplicito della Commissione che escludeva espressamente l'intervento. Non pertinente è pure il riferimento alla

giurisprudenza in materia di ipertrofia mammaria. Infatti, come ha avuto modo di rammentare il TFA in una sentenza del 10 maggio 1995 pubblicata in DTF 121 V 119, i principi ivi sviluppati non si applicano laddove l'intervento serve a eliminare un danno all'integrità corporale, che è la conseguenza di una malattia. L'Alta Corte ha infatti osservato: " 3b) A l'appui de son refus, la caisse invoque la jurisprudence relative à l'opération de réduction des seins. Selon cette jurisprudence (voir en particulier RAMA 1994 no K 931 p. 55), une telle réduction est une prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie. La jurisprudence considère toutefois, dans ce cadre, qu'une simple "gêne psychologique" ne constitue pas, comme telle, une véritable atteinte à la santé ayant valeur de maladie (à la différence par exemple, d'une affection dorsale liée à l'hypertrophie mammaire). Or, dit la caisse, le seul fait que le recourant affirme ressentir une gêne dans certaines circonstances (par exemple en prenant une douche dans le cadre d'activités sportives ou militaires) ne suffit pas non plus à fonder une obligation des caisses-maladie d'assumer le traitement qui permettrait de supprimer ce sentiment de gêne. La comparaison que voudrait établir la caisse n'est toutefois pas pertinente. Dans le cas d'une réduction mammaire, il ne s'agit pas d'éliminer une atteinte secondaire à la santé due à la maladie, car c'est l'hypertrophie mammaire comme telle qui est la cause de l'atteinte à la santé. Il est donc nécessaire, dans ce cas, d'adopter des critères permettant de distinguer les interventions qui relèvent de la chirurgie esthétique - dont les frais ne sont pas remboursés par les caisses-maladie - de celles qui, bien qu'ayant des effets sur le plan esthétique, sont nécessitées par des raisons de santé. Considérer, dans ce contexte, un sentiment de gêne comme une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie reviendrait en fait à reconnaître un droit à des prestations de l'assurance dans tous les cas où, indépendamment de toute maladie, il existe un défaut esthétique relativement important (cf. RAMA 1994 no K 931 p. 60 consid. 3e). La situation est tout à fait différente s'agissant, comme en l'espèce, d'une intervention chirurgicale servant à éliminer une atteinte à l'intégrité corporelle qui est elle-même la conséquence d'une maladie." Come emerge dalle citate sentenze, va esaminato se vi è un disturbo fisico o psichico unicamente laddove l'intervento non è motivato esso stesso da una malattia o un danno all'integrità corporale. Nel caso concreto, considerato che l'"Hypertrichosis lanuginosa congenita" è una malattia, che l'OPre non esclude esplicitamente l'intervento con il laser per la cura di questa malattia, rammentato che l'UFAS afferma che "l'economicità ai sensi dell'articolo 33 LAMal è intesa a evitare che una nuova cura sia più cara di un trattamento equivalente già esistente. Dato che a tutt'evidenza non esistono alternative terapeutiche, non è possibile esprimersi sull'economicità" (doc. _), in accoglimento del gravame, l'intervento va assunto dall'assicuratore. 2.6. L'assicurata chiede l'assunzione di nuove prove, nonché di essere sentita (doc. _). Il TCA rileva innanzitutto che l'audizione richiesta può essere rifiutata senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. STFA dell'8 novembre 1999 nella causa H., H 74/99, consid. 5b, pag. 6; DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata). Inoltre, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove e all'audizione della ricorrente. All'assicurata, patrocinata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 87 lett. g LAMal). Per questi motivi dichiara e pronuncia

1.- Il ricorso é accolto . La decisione impugnata è modificata nel senso che i costi dell'intervento al laser sono a carico dell'assicuratore malattia. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. _____ verserà fr. 1'800.-- (IVA inclusa) a _____ a titolo di ripetibili. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 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 Il presidente
Cattaneo

Il segretario Daniele
Fabio Zocchetti

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