

TI_GERICHTE 36.2009.198 vom 27. August 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-08-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.198

FR: TI_GERICHTE 36.2009.198 du 27 août 2010

IT: TI_GERICHTE 36.2009.198 del 27 agosto 2010

Regeste

Assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria di un trattamento al laser Erbium/Fraxale combinato con la luce pulsata respinta poiché espressamente esclusa dall'OPre

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00). nel merito 2. Oggetto del contendere è la questione di sapere se l'assicuratore deve assumere i costi derivanti dal trattamento al laser fraxale combinato a lampada pulsata ad alta potenza IPL per la cura del cheloide di cui soffre l'insorgente. 3. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Giusta l'art. 25 cpv. 1 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal capoverso 2 della stessa disposizione, queste prestazioni comprendono, in particolare, gli esami, le terapie e le cure dispensati ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale o in una casa di cura dal medico, chiropratico, 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), la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune (lett. e). Conformemente all'art. 24 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25–31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32–34. Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli articoli 25–31 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 i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni (art. 33 cpv. 1 LAMal), definisce le prestazioni di cui all'articolo 25 capoverso 2 non effettuate da un medico o chiropratico e le prestazioni di cui agli articoli 26, 29 capoverso 2 lettere a e c e 31 capoverso 1 (art. 33 cpv. 2 LAMal), determina 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), nomina commissioni che consulta ai fini della designazione delle prestazioni. Provvede al coordinamento dei lavori di queste commissioni (art. 33 cpv. 4 LAMal), può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1–3 (art. 33 cpv. 5 LAMal). 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). 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) Dunque, la legge ha posto la presunzione secondo cui le prestazioni fornite dai medici soddisfano i principi stabiliti dall'art. 32 LAMal, in particolare soddisfano il criterio dell'efficacia/ riconoscimento scientifico (cfr. DTF 134 V 87; DTF 129 V 173). 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. sentenza del 25 marzo 2000, inc. 36.1999.148). 4. La questione della presa a carico dei costi della terapia al laser Erbium/Fraxale combinato a lampada pulsata in caso di cheloide è già stata oggetto di una sentenza da parte di questo Tribunale, nella sua composizione completa (cfr. sentenza del 3 dicembre 2008, inc. 36.2008.89). In quell'occasione il TCA aveva negato l'assunzione delle spese da parte dell'assicuratore malattie con motivazioni che saranno riprese nei considerandi che seguono. 5. Va esaminato se il trattamento al laser Erbium/Fraxale combinato a lampada pulsata è idoneo, efficace ed economico e se la circostanza che la presa a carico dei costi della terapia al laser in caso di cheloide sia espressamente esclusa dall'OPre sia un impedimento alla sua presa a carico. L'art. 1 OPre, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2009, prevede che l'allegato 1 indica le prestazioni di cui all'articolo 33 lettere a e c OAMal, che sono state esaminate dalla Commissione delle prestazioni e delle questioni fondamentali e di cui l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione) assume i costi (lett. a), assume i costi a determinate condizioni (let. b), non assume i costi (let. 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, K 171/00). Il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), con sentenza 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 in particolare affermato: " 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) Con sentenza del 2 marzo 2005 (K 107/03), l'allora TFA ha confermato la sua giurisprudenza relativa alla FIVETE. In una sentenza dell'8 settembre 1999, pubblicata in RAMI 1999, pag. 498, chiamato a pronunciarsi a proposito del problema della costituzionalità e della legalità di una precedente disposizione dell'OPre che comportava talune restrizioni in caso di RMI, l'allora TFA non ha applicato quella norma per i seguenti motivi: " b) Il est établi, notamment par les réponses du service médical de l'OFAS aux questions du juge délégué, que dans le cas particulier, la prestation fournie à l'assurée par le CHUV à la demande du médecin traitant était efficace, appropriée et économique, comme l'exige l'art. 32 al. 1 LAMal. Par ailleurs, on peut déduire des divers avis médicaux qui figurent au dossier, y compris ceux du médecin-conseil de la caisse intimé et du service médical de l'OFAS que, sur le plan scientifique, la justification de la limitation en cause n'existait pas déjà plus lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, voire avant cette date, compte tenu des progrès rapides réalisés dans l'utilisation de l'IRM à des fins diagnostiques. Si la mise à jour de la liste n'est intervenue qu'avec effet au 1er janvier 1999, cela paraît essentiellement dû à la lenteur du processus de décision en la matière, en partie liée au rodage de la nouvelle loi. Par conséquent, en prévoyant que la résonance magnétique nucléaire en tant que procédé d'imagerie était prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, dans la région des os des membres (articulations incluses) notamment, seulement pour établir un plan opératoire, la disposition incriminée établissait, au moins depuis 1996, une distinction que les faits à régler ne justifiaient pas. En cela, elle était contraire au principe de l'égalité de traitement. D'autre part, le principe de l'économie de traitement (art. 32 al. 1 LAMal) commande, lorsque cela est possible, de donner la préférence, à efficacité égale, au traitement médical le meilleur marché (ATF 124 V 200 consid. 3 et les références). Or, il n'est pas contesté qu'en l'occurrence le recours à l'IRM a occasionné des frais sensiblement moindres qu'une arthroscopie. Préférer, en l'espèce, une mesure plus coûteuse (qui implique notamment le recours à un matériel opératoire, une anesthésie et un contrôle médical après l'intervention) irait non seulement à l'encontre du principe légal susmentionné, mais serait en plus dénué de sens. 4.- Dans ces conditions, il se justifie de s'écarter de l'ancien ch. 9.2 let. e de l'annexe 1 à l'OPAS. Le recours est dès lors bien fondé et il convient d'annuler le jugement attaqué, ainsi que la décision sur opposition litigieuse. La caisse intimé devra rembourser à la recourante les frais de l'examen par IRM subi le 10 décembre 1996, au tarif applicable en l'occurrence." Con sentenza del 10 gennaio 2003 pubblicata in DTF 129 V 167, l'allora TFA, a proposito della terapia al laser per curare cicatrici causate dall'acne (" lasertherapie von Aknenarben ") e delle condizioni circa l'obbligo di fornire prestazioni da parte di una cassa malati, dopo avere affermato che esaminando l'obbligo di fornire prestazioni si deve considerare la presunzione legale secondo cui il trattamento medico soddisfa le condizioni dell'efficacia scientifica dimostrata e quelle dell'economicità e della conformità allo scopo, l'Alta Corte, ha precisato: " (...) Mit Eingabe vom 10. September 2002 teilt das BSV mit, die Lasertherapie von Aknenarben (und auch von Keloiden, d. h. überschüssender Narbenbildung) sei per 1. Juli 2002 mit dem Vermerk <<nein, in Evaluation>> in Anhang 1 der KLV aufgeführt. (...) 5. Bei dieser Rechtslage wäre an sich die Sache unter Aufhebung des kantonalen Entscheides und des angefochtenen Einspracheentscheides an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen gewesen, damit sie zur Frage, ob die an der Beschwerdeführerin applizierte Lasertherapie zur Behandlung von Aknenarben die

Kriterientrias des art. 32 Abs. 1 KVG erfüllt, ein fachspezifisches Gutachten einhole. Nun hat gemäss Schreiben des BSV vom 10. September 2002 zwischenzeitlich das Departement auf Empfehlung der Eidgenössischen Leistungskommission den Anhang 1/KLV dahingehend ergänzt, dass es die Lasertherapie von Aknenarben (und auch von Keloiden) per 1. Juli 2002 mit dem Vermerk <<nein, in Evaluation>> im Anhang 1/KLV aufgeführt hat. Es fragt sich, ob und inwiefern diese Rechtsänderung im laufenden, zwar nicht sistierten, aber noch anhängigen Verfahren zu berücksichtigen ist. Nach ständiger Rechtsprechung sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. E. 1 hievor). Nach dieser intertemporalrechtlichen Regel wäre die Sache, entsprechend den vorstehenden Erwägungen, grundsätzlich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Abklärung mittels dermatologischer Expertise, ob es sich bei der an den Beschwerdeführerin applizierten Lasertherapie zur Behandlung von Aknenarben tatsächlich um eine Therapieform handelt, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit derzeit medizinisch (noch) umstritten ist. Nachdem nun aber die Lasertherapie durch entsprechende Aufnahme in den Anhang 1/KLV ab 1. Juli 2002 als noch in Evaluation stehend bezeichnet worden ist und daher nicht als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt, ist a fortiori davon auszugehen, dass diese Behandlungsmethode auch im Zeitpunkt ihrer Durchführung eine umstrittene Leistung darstellte. Deswegen und weil keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Empfehlung der Eidgenössischen Leistungskommission und der departementale Entscheid per 1. Juli 2002 sachfremd oder medizinisch unhaltbar und damit willkürlich wären (E. 3.4 in fine), erübrigen sich dahingehende Abklärungen nunmehr. Damit ist der abweisende Entscheid der Vorinstanz im Ergebnis zu schützen." (sottolineature del redattore). Va ancora rammentato che in una sentenza del 25 settembre 2000, pubblicata in RAMI 2000 pag. 357 (cfr. in particolare pag. 358 seg.), l'Alta corte aveva 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)." Questo concetto è stato ripreso nella sentenza del 13 settembre 2004 (inc. K 63/04), nella quale l'Alta Corte ha in particolare affermato: " 2.4. Appelé à trancher un cas d'application, le juge est certes habilité à se prononcer sur la conformité à la loi et à la Constitution 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). Par ailleurs, dans le 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). Un complément reste en revanche possible, lorsque l'énumération donnée par la liste n'est pas exhaustive. 2.5. En l'espèce, le recourant n'apporte aucun élément qui serait susceptible de mettre en doute le bien-fondé de la décision du DFI, qui repose elle-même sur l'avis de la commission des spécialistes. Quant au dossier, il ne contient pas non plus de tels éléments. En particulier, le médecin traitant du recourant n'apporte aucune indication. Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la caisse, suivie en cela par la juridiction cantonale, a refusé de prendre en charge les frais de traitement litigieux." La dottrina, ed in particolare Maurer, in: Das neue Krankenversicherungsrecht, pag. 50 seg., 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) 6. In concreto il dr. med.

_____ ha chiesto l'assunzione dei costi di 5-8 sedute di trattamenti laser Erbium/fraxale combinato a lampada pulsata ad alta potenza IPL, manipolo vascolare per una problematica di cheloidi al décolleté dopo intervento chirurgico (doc. A6). La presa a carico è stata giustificata sia da disturbi psichici che somatici provocati dal cheloide (cfr. atti medici prodotti dalla ricorrente). Nell'allegato 1 dell'OPre, per quanto concerne la dermatologia, figura quanto segue: " terapia al laser in caso di: – naevus teleangiectaticus Sì 1.1.1993 – condylomata acuminata Sì 1.1.1993 – cicatrici dell'acne No In valutazione 1.7.2002 – cheloide No 1.1.2004"

L'assunzione dei costi della terapia al laser in caso di cheloide è espressamente esclusa. Ora, come visto in precedenza l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), a proposito della terapia al laser per curare cicatrici causate dall'acne (" lasertherapie von Aknenarben "), con riferimento anche alla cura dei cheloidi, ha rifiutato di mettere a carico dell'assicuratore malattie i costi dell'intervento poiché figurava nella lista negativa dell'OPre, malgrado allora fosse ancora in " valutazione " (cfr. DTF 129 V 167). A differenza per esempio di quanto stabilito dall'Alta Corte in RAMI 1999 pag. 498 a proposito del RMI, l'esclusione della presa a carico dei costi della terapia al laser in caso di cheloide è giustificato dalla circostanza che il trattamento è stato valutato dalla Commissione preposta, la quale è giunta alla conclusione che non si tratta di una prestazione che può, al momento attuale, essere

messa a carico della LAMal. A differenza della RMI per la quale l'esclusione dal rimborso delle prestazioni a carico della LAMal era piuttosto dovuta alla lentezza del processo decisionale a causa del rodaggio della nuova legge (poiché il trattamento era già scientificamente riconosciuto a livello mondiale) per quanto concerne la laserterapia in caso di cheloidi la decisione è valida dal 1.1.2004. Pertanto questo Tribunale non può scostarsi da quanto deciso dalla Commissione d'esperti e sostituire il suo apprezzamento a quello degli specialisti che hanno accuratamente valutato questo tipo di trattamento. In queste condizioni non vi è motivo per esaminare più approfonditamente la questione della patologia psichica e/o somatica che sarebbe provocata dal cheloide (cfr. sentenza del 3 dicembre 2008, inc. 36.2008.89). Infatti, proprio perché l'OPre esclude espressamente la terapia al laser nel caso di patologie quali quelle di cui è affetta la ricorrente, non vi è comunque spazio per la presa a carico della LAMal della cura prestata dal dr. med.

_____ (cfr. sentenza del 3 dicembre 2008, inc. 36.2008.89). Questo caso diverge da due altre fattispecie giudicate dal TCA, dove questo Tribunale aveva condannato l'assicuratore al pagamento delle terapie al laser perché le ricorrenti erano entrambi affette da malattie rare la cui cura tuttavia non era stata esaminata dalla Commissione d'esperti a causa della rarità della patologia. Nella sentenza dell'11 giugno 2003, inc. 36.2002.64 si trattava di un caso di una ragazza che soffriva di una forma gravissima di ipertricosi lanuginosa congenita, malattia rarissima, presente solo in pochissime persone al mondo, sviluppatasi in modo molto serio già all'età di 4 anni, mentre nella sentenza del 13 giugno 2006, inc. 36.2005.22 il TCA ha giudicato il caso di un'assicurata affetta da irsutismo e dalla sindrome di Rubinstein-Taybi. Nel primo caso il TCA aveva interpellato l'UFAS, il quale aveva evidenziato come: " 1. 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. 2. La Commissione delle prestazioni non si sta attualmente occupando di questa prestazione perché non è stata avanzata alcuna richiesta in merito. Dato che la prestazione non è mai stata oggetto di contestazioni, non è previsto l'inoltro di tale richiesta. 3. Dato che la hypertrichosis lanuginosa congenita è una malattia rarissima, non sono stati eseguiti studi che verificassero le terapie di questo disturbo. Diventa altresì impossibile verificare scientificamente l'efficacia di eventuali terapie, diversamente da come lo è, ad esempio, per farmaci contro l'ipertensione. Una nostra ricerca su internet (Google) nella banca dati di letteratura Medline ha sortito soltanto le seguenti indicazioni (vedi allegati): - per casi leggeri è possibile radere costantemente i peli od optare per un altro tipo di depilazione (ma non si tratta di una cura); - in un caso viene riferita l'evidente efficacia della terapia al laser. 4.

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. Va aggiunto che l'hypertrichosis lanuginosa congenita è sì un disturbo ereditario e quindi connaturato, ma non compare nell'elenco delle infermità congenite (allegato all'ordinanza sulle infermità congenite). Inoltre l'hypertrichosis lanuginosa congenita può manifestarsi a diversi livelli d'intensità. Pertanto la letteratura non parla di "disease" (malattia), bensì di "disorder" (disturbo). Se ad essere messi in questione sono l'obbligo di rimborsare dell'assicurazione malattie (è stato riconosciuto il carattere patologico?) e l'esigibilità della depilazione (che non è una cura) rispetto alla terapia al laser, bisognerà analizzare tutte le caratteristiche del

disturbo di questo singolo caso." (sottolineature del redattore) Nel secondo caso (inc. inc. 36.2005.22) il TCA aveva stabilito che: " Alla luce della giurisprudenza sopra riportata, l'assenza del trattamento al laser nell'ambito della cura dell'ipertricosi nell'elenco figurante nell'OPre non significa ancora che i costi di tale intervento non siano a carico degli assicuratori (cfr. anche STCA del 9 agosto 2005 nella causa C., inc. 36.2004.173). E' 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. In assenza di indicazioni nell'OPre occorre infatti esaminare se un trattamento è economico, efficace e idoneo nel caso di specie." (sottolineatura del redattore) Per cui, quando l'OPre è silente in merito ad una determinata cura, il Giudice (o l'amministrazione) esamina se vi sono le condizioni per una presa a carico della LAMal, mentre se la medesima ordinanza esclude l'assunzione dei costi di un trattamento, di principio non vi è spazio per procedere con il rimborso della cura. Il caso di specie è pertanto diverso dai due casi citati, nella misura in cui in concreto la terapia è stata oggetto di valutazione da parte della Commissione delle prestazioni che l'ha espressamente esclusa dalle cure a carico della LAMal. Questa fattispecie è invece analoga ad un altro caso giudicato dal TCA e relativo alla presa a carico dei costi della brachiterapia (STCA del 9 agosto 2005, inc. 36.2004.173), che al momento della decisione era espressamente esclusa dall'OPre e, a differenza del caso di specie, era comunque ancora in valutazione e successivamente è stata inserita nei trattamenti a carico dell'assicurazione obbligatoria. Nel citato giudizio il TCA aveva respinto il ricorso sulla base della sopra citata giurisprudenza del Tribunale federale che stabilisce che, di regola, se una prestazione è espressamente esclusa, non può essere assunta dall'assicurazione obbligatoria di base. Infatti, come emerge dalla DTF 129 V 167, " Nachdem nun aber die Lasertherapie durch entsprechende Aufnahme in den Anhang 1/KLV ab 1. Juli 2002 als noch in Evaluation stehend bezeichnet worden ist und daher nicht als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt, ist a fortiori davon auszugehen, dass diese Behandlungsmethode auch im Zeitpunkt ihrer Durchführung eine umstrittene Leistung darstellte. Deswegen und weil keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Empfehlung der Eidgenössischen Leistungskommission und der departementale Entscheid per 1. Juli 2002 sachfremd oder medizinisch unhaltbar und damit willkürlich wären (E. 3.4 in fine), erübrigen sich dahingehende Abklärungen nunmehr ". Come rilevato dall'allora TFA in DTF 125 V 21, quali siano le ragioni che hanno spinto la Commissione a escludere la terapia litigiosa dagli interventi a carico delle casse malati non è rilevante nella misura in cui, in un campo dove le questioni mediche sono particolarmente complesse, il giudice non deve intervenire ed ampliare il contenuto delle liste non avendo le conoscenze scientifiche per poter decidere autonomamente. Ciò vale in particolare quando la Commissione di esperti ha già deciso circa l'obbligo da parte dell'assicuratore di assumere i costi di una terapia oppure sta effettuando delle valutazioni. L'esame del giudice, quando la materia è regolata da un'ordinanza, si limita al controllo della costituzionalità e della legalità. Il Consiglio federale e il Dipartimento federale degli Interni hanno fatto un uso regolare della competenza loro conferita dalla legge così che non vi è spazio per sostituire un altro apprezzamento a quello dell'autorità competente che si è fondato sull'avviso di specialisti. Ne segue che i costi del trattamento al laser in caso di cheloide non sono a carico dell'assicuratore. 7. Ritenuto che dagli atti emerge che il trattamento al laser Erbium/fraxale è combinato con la lampada pulsata IPL, il TCA ha interpellato il dr. med. _____, chiedendo, oltre alla diagnosi, quanto segue: " 2. Le chiediamo di voler

brevemente descrivere il tipo di trattamento prospettato, distinguendo tra l'intervento tramite laser Erbium/Fraxale e l'intervento con la luce pulsata ad alta potenza (IPL), precisando se anche questo secondo trattamento è classificato tra le terapie " laser " oppure se si tratta di un altro tipo di terapia (quale)? 3. Nel caso di specie quale (e per quale motivo) dei due interventi è quello principale (quello tramite laser Erbium/Fraxale oppure quello con la luce pulsata IPL)? 4. In concreto sarebbe possibile procedere senza far capo al laser Erbium/Fraxale, ma applicando unicamente la terapia della luce pulsata IPL in combinazione con un'altra terapia riconosciuta dalla LAMal (quale)?" (doc. IX) Lo specialista ha affermato: " 1. Anamnesticamente la paziente riferisce che nel 2005 si è sottoposta ad un piccolo trattamento di asportazione di una cheratosi seborroica a livello del petto a destra, sulla quale si è in seguito formata una cicatrice ipertrofica ed un cheloide. La collega _____, che ha ripreso lo studio del Dr. _____, ha proposto delle terapie locali, che non hanno però portato a miglioramenti particolari. Non mi sono noti altri trattamenti fino ad oggi. 2. Il trattamento del cheloide è sempre estremamente difficile, possiamo dividere fondamentalmente gli interventi in due categorie: - Gli interventi "classici" che si riassumono principalmente nell'utilizzo di sostanze chimiche e di azoto liquido. Spesso l'infiltrazione con sostanze corticosteroidi, bleomicina o fluoro uracile combinata con una crioterapia riesce a migliorare la situazione clinica e interrompe la crescita del cheloide (il cheloide è da considerarsi un tumore benigno in crescita). La paziente non ha però mai desiderato questo tipo di terapie e ho optato per un trattamento laser. - L'altra opzione è per l'appunto l'utilizzo di tecnologie laser che riescano a distruggere il cheloide in maniera sequenziale senza però provocarne la sua attivazione. Per la fase vascolare del cheloide (l'irrogazione sanguigna) è importante l'utilizzo di un laser vascolare o di una luce pulsata ad alta potenza con manipolo vascolare (IPL). Mediante questo intervento si limita l'afflusso sanguigno al tumore e se ne riduce quindi la crescita. Mediante l'utilizzo del laser Fraxale miriamo invece a ridurre la dimensione del tumore: si tratta di un laser ablativo, che asporta dunque strati di pelle, riduce il tumore nella sua grandezza, lo leviga, ecc. Una volta ridotto il tumore il laser Fraxale è pure in grado di migliorare l'aspetto estetico della zona, facendo in modo che il resto cicatriziale si confonda meglio con la cute circostante, si repigmenti, perda l'infiammazione ecc. La luce pulsata ad alta potenza non è considerata emissione laser vera e propria poiché si tratta di un fascio luminoso composto da molte lunghezze d'onda, il laser per definizione, invece, è una emissione ad unica lunghezza d'onda. La luce pulsata intensa può essere considerata l'insieme di moltissimi laser in una sola banda. 3. Normalmente per questo genere di trattamenti si procede ad 1-2 trattamenti con la luce pulsata per ridurre la fase vascolare e in seguito si continua con il laser Fraxale per molte sedute, fino a buon condizionamento del cheloide. 4. Sì. La Luce pulsata, insieme ai metodi fisici sopraccitati (infiltrazione, crioterapia ecc) possono sicuramente essere in grado di controllare il cheloide. Chiaramente l'utilizzo del laser Fraxale migliora decisamente l'aspetto estetico finale. 5. Il trattamento delle cicatrici, dei cheloidi ecc, pone sempre un grosso quesito dal punto di vista medico-assicurativo. In questo caso l'efflorescenza cutanea è in una zona estremamente visibile ed è comprensibile che la paziente desideri un suo trattamento, che abbia anche uno scopo cosmetico e riesca a migliorare decisamente la situazione ottica oltre che funzionale e algica." (doc. XI) Il 6 agosto 2010 la ricorrente ha prodotto un'ulteriore presa di posizione del 26 luglio 2010 del dr. med. _____, il quale ha affermato: " (...) E' indubbio che nel 2010 l'offerta terapeutica sia molto ampliata, nel senso che vi sono a disposizione trattamenti di tipo "classico, in utilizzo da molti anni, come pure trattamenti innovativi, che

permettono l'utilizzo di tecnologie moderne. Queste ultime hanno il grande vantaggio di essere state sviluppate per minimalizzare gli effetti collaterali che caratterizzano le terapie "classiche", per un risultato ottico-estetico ottimale. E' dunque assolutamente vero che sarebbe possibile effettuare delle terapie classiche con infiltrazioni di steroidi, bleomicina, fluorurabile, combinate con trattamenti all'azoto liquido e radioterapia ecc. Queste terapie sono efficaci sulla cicatrice e sul cheloide, hanno però il grosso svantaggio di lasciare frequentemente visibili tracce. Le sostanze chimiche provocano infatti nelle necrosi, i corticosteroidi e la radioterapia provocano un'atrofia cutanea e l'azoto liquido provoca spesso delle depigmentazioni. Il risultato finale è rappresentato da una cicatrice o un cheloide che non mostra più delle attività, la zona interessata risente però moltissimo delle terapie e risulta spesso esteticamente poco accettabile con colorazione violacea, ipertrofia dei capillari e dei vasi sanguigni, atrofia cutanea, poichilodermia, disturbi del pigmento ecc. Nella problematica della signora RI 1 è bene ricordare che il cheloide si trova esattamente sul decolté, che è una zona molto visibile e è di grande importanza per una donna, a livello psicologico e di immagine. Per questo motivo la paziente ha optato per eseguire delle terapie più moderne e meno invasive. Per esempio la terapia con laser fraxale, che ho sperimentato in molte cicatrici, anche di tipo post operatorio, dopo incidenti ecc, è in grado di migliorare decisamente il decorso di questo cheloidi, riducendone l'attività ma mantenendo intatta la cute. Il risultato finale è decisamente migliore di quello che si ottiene attraverso i trattamenti classici. Questo è in armonia con lo sviluppo della medicina negli ultimi anni. In nessun campo, penso, si pretenderebbe di utilizzare metodi ottocenteschi quando abbiamo a disposizione tecnologie moderne. In questo caso la traumatizzazione del tessuto mediante l'utilizzo di terapie "classiche" è decisamente maggiore e porterebbe a un risultato finale decisamente peggiore. Per quanto attiene ai costi voglio far presente che un trattamento con laser fraxale su un piccolo cheloide come quello che la paziente presenta non è particolarmente oneroso: ho stimato infatti i costi in 100.- per seduta, per un totale di 5-10 sedute. Il costo globale dovrebbe aggirarsi dunque sui 1000.--. L'infiltrazione con corticosteroidi, associati a fluoro uracile o bleomicina e combinati con crioterapia e radioterapia, come spesso si rende necessario fare, raggiungerebbero cifre simili, cosicché dal punto di vista dei costi, a mio parere, i trattamenti sono equivalenti. Il risultato finale per la paziente, con certezza, invece, no. Se dal punto di vista amministrativo-legale le osservazioni della spettabile CO 1 sono assolutamente pertinenti, da quell'altra vi sono sicuramente forti motivi per permettere di accettare un trattamento di questo genere." (doc. C) Il TCA ha pure interpellato l'UFSP, chiedendogli: "(...) L'allegato I dell'OPre indica le prestazioni di cui all'articolo 33 lettere a e c OAMal, che sono state esaminate dalla Commissione delle prestazioni e delle questioni fondamentali e di cui l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione) assume i costi (lett. a), assume i costi a determinate condizioni (lett. b), non assume i costi (lett.c). L'allegato I OPre, al punto 5 (dermatologia), prevede che la terapia al laser in caso di cheloide non è a carico dell'assicurazione obbligatoria. Ai fini del giudizio vi chiediamo: 1. Quale tipo di terapia al laser è stata esaminata dalla commissione delle prestazioni? Per quale motivo è stata esclusa, nel caso dei cheloidi, dalle prestazioni a carico della LAMal? 2. La terapia con luce pulsata ad alta potenza (IPL) fa parte delle terapie al laser ai sensi del punto 5 (dermatologia)? In caso di risposta negativa la Commissione delle prestazioni sta attualmente valutando o valuterà prossimamente (se sì quando) se tale tipo di trattamento è efficace, appropriato ed economico, in particolare nel caso di cheloidi? 3. La terapia con la luce pulsata ad alta potenza (IPL) in caso di cheloidi è scientificamente riconosciuta? In

caso di risposta negativa, quale trattamento è scientificamente riconosciuto per la cura di cheloidi?" (doc. X) Il 25 giugno 2010 l'autorità federale ha affermato: " (...) 1. Su raccomandazione della Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (art. 37d OAMal), e conformemente all'art. 33 lett. A e c OAMal, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha deciso, in data del 1° gennaio 2004, di escludere il trattamento al laser in caso di cheloide della remunerazione da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (n. 5 allegato 1 OPre). Nel quadro della valutazione del trattamento al laser in caso di cheloide, è stata consultata la Commissione di laserterapia della Federazione dei medici svizzeri (Commissione). Il tipo di laser esaminato era quello vascolare. La Commissione ha constatato che allo stato attuale i cheloidi potevano essere trattati con l'ausilio di altri metodi ugualmente efficaci e meno dispendiosi del laser. In particolare è stato rilevato un rischio di abuso nell'utilizzazione di questo metodo. Per questi motivi, la Commissione di laserterapia ha rinunciato a presentare una domanda per inserire questa prestazione nell'allegato 1 dell'OPre. Da parte sua, la Società svizzera di dermatologia non ha ritenuto opportuno presentare un fascicolo completo relativo a questa prestazione. Dato che la valutazione del trattamento al laser in caso di cheloide ha rilevato che i criteri di efficacia, appropriatezza e economicità non sono adempiti, il DFI ha deciso di non includerlo nel catalogo delle prestazioni. 2. La luce intensa pulsata non costituisce un trattamento al laser. Si tratta di un'altra tecnica utilizzata frequentemente nel campo della chirurgia estetica. Visto che finora non è stata presentata all'UFSP alcuna domanda concernente tale prestazione, questa tecnica non è oggetto di una valutazione. 3. Non siamo in grado di indicare se la luce pulsata sia riconosciuta per il trattamento in caso di cheloide. Per una risposta in merito La invitiamo a rivolgersi direttamente alla Società svizzera di dermatologia." (doc. XIV) 8. Alla luce delle affermazioni del dr. med. _____ e delle risposte dell'UFSP anche la parte dell'intervento tramite luce pulsata non può essere messa a carico dell'assicuratore. Infatti, dalle risposte dello specialista risulta che per il genere di intervento cui intende sottoporsi l'insorgente si procede inizialmente con 1-2 trattamenti con la luce pulsata per ridurre la fase vascolare e in seguito si continua con il laser fraxale per molte sedute (5-10 sedute) fino al buon condizionamento del cheloide (doc. XI, risposta 3). Ora, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una sentenza del 30 marzo 1994 pubblicata in DTF 120 V 200, al consid. 7 ha stabilito che nel caso di concorso di misure che costituiscono prestazioni obbligatorie e misure per le quali non esiste nessun obbligo o soltanto un obbligo ridotto di prestare, decisivo è stabilire se i provvedimenti si trovino in un rapporto di stretta connessione tra di loro. In quest'ultima ipotesi, l'insieme delle misure non sarà assunto dalla cassa malattia qualora prevalga la prestazione non obbligatoria. L'Alta Corte ha in particolare affermato: " (...) b) In der Vergangenheit hat sich verschiedentlich die Frage gestellt, ob eine Kasse für Massnahmen, welche für sich allein betrachtet zu den Pflichtleistungen zählen, auch dann aufzukommen hat, wenn diese im Zusammenhang mit medizinischen Vorkehren stehen, für welche sie nicht oder nur beschränkt leistungspflichtig ist. Die diesbezügliche Rechtsprechung wird im unveröffentlichten Urteil F. vom 20. Oktober 1992 in dem Sinne wiedergegeben, dass beim Zusammentreffen mehrerer medizinischer Massnahmen, die gleichzeitig verschiedene, jedoch unter sich zusammenhängende Zwecke verfolgen, die für sich allein genommen sozialversicherungsrechtlich unterschiedliche Folgen nach sich ziehen würden, das Schicksal der gesamten therapeutischen Behandlung vom Hauptzweck abhängig zu machen ist. Dieses Urteil übernimmt dabei die schon in RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 verwendete Formulierung; ferner verweist es auf RSKV 1970 Nr. 59 S. 20 und RKUV

1988 Nr. K 753 S. 7. (...) Vielmehr beurteilt sich der rechtliche Charakter von mehreren medizinischen Massnahmen mit verschiedenem Zweck danach, "in welchem Verhältnis sie zueinander stehen". Die erforderliche enge Konnexität der Massnahmen ist dabei dann gegeben, "wenn sich die einzelnen Vorkehren nicht voneinander trennen lassen, ohne dass dadurch die Erfolgsaussichten gefährdet würden, und die einen Vorkehren für sich allein nicht von solcher Bedeutung sind, dass die andern Vorkehren in den Hintergrund treten". Ist enge Konnexität in diesem Sinne zu bejahen, "so ist die Invalidenversicherung nur dann leistungspflichtig, wenn die auf die Eingliederung gerichteten Vorkehren überwiegen" (vgl. die in BGE 112 V 352 f. Erw. 5b dargestellte Zusammenfassung der Rechtsprechung). Diese Grundsätze gelten laut EVGE 1968 S. 241 in analogen Fällen auch in Krankenversicherungs-Fällen. Demnach kommt es beim Zusammentreffen von Massnahmen, die zu den Pflichtleistungen zählen, und solchen, für die keine oder nur eine beschränkte Leistungspflicht besteht, zunächst darauf an, ob die Massnahmen in einem engen Konnex zueinander stehen. Ist dies zu bejahen, so gehen sie in ihrer Gesamtheit dann nicht zu Lasten der Kasse, wenn die nichtpflichtige Leistung überwiegt (was in RSKV 1970 Nr. 59 S. 20, RKUV 1988 Nr. K 753 S. 7 und im Urteil F. vom 20. Oktober 1992 eindeutig zutrif). In un'altra sentenza del 7 luglio 1994 pubblicata in DTF 120 V 472 il TF ha confermato questa giurisprudenza, rilevando: " 6b) Selon la jurisprudence, lorsque plusieurs mesures sont appliquées dans le cadre d'un même traitement (complexe thérapeutique) et que certaines d'entre elles sont obligatoirement à la charge des caisses-maladie, tandis que d'autres ne le sont pas (ou ne le sont qu'en partie seulement), il faut se demander s'il existe un lien d'étroite connexité entre chacune de ces mesures. Dans l'affirmative, le traitement dans son ensemble n'est pas à la charge des caisses-maladie si les prestations non obligatoires apparaissent prépondérantes. Par exemple, si un assuré se rend dans un établissement hospitalier pour y suivre un traitement complexe, dont l'élément prépondérant n'est pas scientifiquement reconnu, le traitement médical dans son ensemble (y compris les mesures connexes qui relèvent de la médecine classique) et l'hospitalisation ne sont pas à la charge de la caisse-maladie (arrêt S. du 30 mars 1994, ATF 120 V 200; RAMA 1988 no K 753 p. 7; RJAM 1970 no 59 p. 17). En l'espèce, il apparaît clairement que l'application ou l'administration de dérivés d'acide fumarique a été la composante prépondérante du traitement du psoriasis prodigué à l'intimée. Un soutien psychothérapeutique, des mesures diététiques, l'héliothérapie, favorisée par le climat de Leysin, sont des aspects accessoires du traitement." (DTF 120 V 472, consid. 6b, pag. 480) Con sentenza del 29 novembre 2007 pubblicata in DTF 134 V 1 il TF ha precisato che questa giurisprudenza non è (più) valida nell'ambito dell'applicazione dell'art. 64 cpv. 2 LPGA che concerne tuttavia l'ordine della presa a carico di una cura medica da parte delle differenti assicurazioni sociali (consid. 6.2.2). Per contro, con sentenza K 153/06 del 28 novembre 2007, l'Alta Corte ha ribadito che: " 5.2 Dans le cas d'un complexe thérapeutique, avec concours de prestations appartenant aux prestations obligatoires, d'une part, et de mesures pour lesquelles il n'existe aucune obligation de prise en charge ou seulement une obligation limitée, d'autre part, est décisif le point de savoir si ces mesures sont dans un rapport de connexité étroite les unes avec les autres; si tel est le cas, l'ensemble des mesures n'est pas à la charge de l'assureur-maladie lorsque la prestation non obligatoire prédomine (ATF 120 V 200 consid. 7 p. 211 s.; RAMA 1998 n° KV 991 p. 302 s. consid. 3a p. 305). Cette jurisprudence s'applique également sous le régime de la LAMal (ATF 130 V 532)" In concreto il trattamento con la luce pulsata IPL è in stretta connessione con la successiva cura tramite laser Erbium/Fraxale, tanto da esserne la cura necessaria iniziale per poi poter continuare

con il trattamento tramite laser Erbium/Fraxale (doc. XI, risposta 3), il quale, a sua volta, era la causa e lo scopo dell'iniziale trattamento con luce pulsata (cfr. risposta 2, doc. XI). Infatti come emerge dal doc. XI " per la fase vascolare del cheloide (l'irraggiamento sanguigno) è importante l'utilizzo di un laser vascolare o di una luce pulsata ad alta potenza con manipolo vascolare (IPL). Mediante questo intervento si limita l'afflusso sanguigno del tumore e se ne riduce quindi la crescita ." (doc. XI). In seguito, tramite il laser Erbium/Fraxale si riduce la dimensione del tumore. In queste condizioni, ritenuto che la prestazione non obbligatoria (terapia con il laser in caso di cheloide) è predominante ("molte sedute", cfr. doc. XI risposta 3 e doc. C: "5 – 10 sedute") rispetto alla cura tramite luce pulsata ("1-2 trattamenti", cfr. doc. XI risposta 3), i costi dell'intero trattamento non vanno assunti dall'assicuratore malattie, senza che sia necessario stabilire oltre se, singolarmente, la cura con la luce pulsata è una prestazione obbligatoria. La decisione dell'assicuratore di non assumersi i costi del provvedimento è pertanto corretta e merita tutela. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, il ricorso va respinto, mentre la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata.

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