

TI_GERICHTE 36.2010.119 vom 1. Juni 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-06-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2010.119

FR: TI_GERICHTE 36.2010.119 du 1 juin 2011

IT: TI_GERICHTE 36.2010.119 del 1 giugno 2011

Erwägungen

E. 24

febbraio 2010. 6. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA, è considerato 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. A norma dell'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni previste agli articoli 32-34 LAMal. Secondo 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 e i relativi postumi. In virtù di quanto stabilito dal capoverso 2, queste prestazioni comprendono, in particolare, le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b). Giusta l'art. 32 LAMal, le prestazioni di cui agli articoli 25-31 LAMal devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni mediche eseguite in Svizzera sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275, RAMI 2000 KV 132 pag. 283 seg. consid. 3; STFA K 39/01 del 14 ottobre 2002). Secondo l' allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale), in presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia, in altre parole quelli o quelle che sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal, assume importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 138 consid. 5 pag. 146). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni. Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (DTF 127 V 138 consid. 5 pag. 147, DTF 109 V 41 consid. 2b pag. 43) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 138 consid. 5 pag. 147 con riferimento a Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 52; STF K 44/06 del 20 febbraio 2008). L'art. 56 cpv. 1 LAMal dispone che il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Gli

assicuratori malattia, chiamati a vigilare sul rispetto dell'economia di trattamento, possono e anzi devono rifiutare l'assunzione di provvedimenti terapeutici inutili o che avrebbero potuto essere rimpiazzati da altri, meno onerosi. Tale principio non concerne unicamente i rapporti tra assicuratori e fornitori di cure, bensì è ugualmente opponibile all'assicurato che non ha così alcun diritto all'assunzione e al rimborso di un trattamento non economico (DTF 127 V 46 consid. 2b e i riferimenti ivi citati; cfr. pure STFA K 35/04 del 29 giugno 2004, consid. 3). Più specificatamente va evidenziato come l'art. 25 LAMal definisce le prestazioni generali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, senza però contemplare le cure relative alle affezioni dentarie i cui costi vengono assunti dall'assicurazione sociale solo se causate da una malattia grave e non altrimenti evitabile dell'apparato masticatorio giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal, da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal, o se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi come prevede l'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal. L'art. 33 cpv. 2 LAMal ha demandato al Consiglio federale il compito di designare in dettaglio le prestazioni secondo i principi di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal. Facendo uso di una subdelega (art. 33 cpv. 5 LAMal in relazione con l'art. 33 lett. d OAMal), il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha promulgato per ognuna delle fattispecie regolate dall'art. 31 cpv. 1 LAMal una propria norma di attuazione, più precisamente gli articoli 17, 18 e 19 OPre. Così, mentre l'art. 17 OPre (emanato in attuazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal) racchiude la lista delle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio, l'art. 18 OPre (realizzato a concretizzazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal) enumera altre malattie gravi suscettibili di occasionare dei trattamenti dentari che, come tali, non costituiscono affezioni dell'apparato masticatorio, ma tuttavia gli sono di nocimento. Quanto all'art. 19 OPre (formulato in applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal), esso prevede che l'assicurazione assume i costi dei trattamenti dentari necessari per conseguire le cure mediche in caso di focolai ben definiti. L'art. 19a OPre disciplina infine l'assunzione delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenite (DTF 129 V 83 consid. 1.2, 128 V 62 consid. 2b, 127 V 341 consid. 2b, 124 V 347 consid. 2). L'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari è esaustivo (DTF 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a e 343 consid. 3b, 124 V 347 seg. consid. 3a). Mentre, a seconda del significato patologico, le spese di un trattamento medico devono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in funzione dell'art. 25 LAMal, la copertura assicurativa di un trattamento dentario si determina secondo i criteri di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal in relazione con gli art. 17 segg. OPre (DTF 128 V 146 consid. 5). 7. In concreto l'interessata è in cura dal med. dent. SSO _____ poiché soffre di un disturbo di iperattività della muscolatura masticatoria che sfocia regolarmente in episodi acuti di tendomiopatia della muscolatura masticatoria che viene trattata con una ferula termoplastica dura nel mascellare inferiore e una ferula del tipo Michigan nel mascellare superiore (cfr. doc. 11). Nel corso del mese di febbraio 2010 il dentista curante ha confezionato una nuova ferula termoplastica ed ha chiesto il rimborso di fr. 93 per le cure odontoiatriche e fr. 86.60 per le spese di laboratorio (doc. 8). La ricorrente ammette, sulla base della sentenza federale 9C_678/2009 del 25 febbraio 2010, pubblicata in DTF 136 V 84, che i costi della ferula termoplastica in quanto tale non vanno rimborsati dall'assicuratore sociale poiché questo dispositivo, al momento della cura e dell'emissione della decisione impugnata, non era (e non è) contenuto nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) (cfr. doc. I). Nella citata sentenza l'Alta Corte ha affermato che la terapia con placca di Michigan ordinata dal

dentista e configurante una cura medica (DTF 128 V 143) segue il sistema della lista positiva giusta l'art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal in relazione con gli art. 20 e 20a cpv. 1 OPre (consid. 4) e che la placca di Michigan non figura nell'elenco esaustivo dei mezzi e degli apparecchi EMAP, né può essere attribuita a uno dei gruppi di prodotti ivi contenuti (consid. 3). La placca e i costi di produzione (odontotecnico) non vanno di conseguenza posti a carico della cassa malati; per contro, le spese di trattamento in senso proprio devono essere rimborsate in base all'art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal (consid. 5). L'Alta Corte ha evidenziato come, in quel caso, litigiosa fosse unicamente l'assunzione dei costi (per un importo di CHF 563,20) relativi al materiale ed alla fabbricazione della ferula (modello, contro modello, produzione da parte del laboratorio odontotecnico) e non si è quindi occupato di altre poste della fatturazione concernenti l'attività del dentista. Il TF, sempre il 25 febbraio 2010, ha emanato un'altra sentenza relativa al medesimo tema giuridico (9C_827/2009), in cui, a proposito dell'ampiezza delle spese che l'assicuratore deve prendere a suo carico, ha ritenuto: " dagegen ist die Beschwerdegegnerin zutreffend davon ausgegangen und ist unstrittig, dass die im Rahmen der ärztlichen Therapie mittels Michiganschiene angefallenen eigentlichen Behandlungskosten beim Zahnarzt (wie Untersuchungen, Diagnostik, Anpassungen und Kontrollen) gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG vergütungspflichtig sind." Sulla base delle citate sentenze il TCA, in un caso simile a quelli appena citati, in data 5 luglio 2010 (inc. 36.2009.162) ha emanato una sentenza a Tribunale completo, contro cui è attualmente pendente un ricorso al Tribunale federale, dove, dopo aver esaminato nel dettaglio la giurisprudenza, ha parzialmente accolto il ricorso, affermando: " In concreto, come indicato in precedenza, le cure in discussione sono da considerare cure mediche tese alla cura della patologia di cui soffre la ricorrente. In effetti le cure prestate in favore di Y non hanno avuto altro scopo se non quello di curare la mioartropatia con i dolori muscolari ad essa connessi. La posa della ferula è intervenuta per alleggerire la muscolatura e non per scopi estetici. Alla luce di ciò correttamente le parti hanno riconosciuto l'intervento del dott. X, avente per scopo unicamente quello di curare la patologia diagnosticata, sussumibile all'art. 25 LAMal e non all'art. 31 LAMal. Le cure del professionista, alla luce della giurisprudenza esposta, vanno poste a carico dell'assicurazione sociale. Unica eccezione è la presa a carico dei costi della ferula. Il TF nella sua giurisprudenza ha escluso infatti che la ferula di Michigan debba essere considerata quale apparecchio a carico dell'assicurazione sociale. Alla luce della giurisprudenza esposta ed analizzata nelle considerazioni che precedono questo Tribunale ritiene che unicamente le spese relative alla fabbricazione dell'apparecchio vadano escluse dal rimborso da parte dell'assicurazione sociale. In effetti il valore di malattia della patologia diagnosticata e l'assenza di altra motivazione d'ordine estetico o di cura prettamente dentaria debbono indurre a ritenere che l'insieme delle cure mediche prestate, e quindi anche le prestazioni fatturate alla posizione 4177 relativa all'attività del medico necessaria alla produzione della ferula, rispettivamente la fatturazione per il posizionamento e la correzione della ferula (4075 e 4191), si trovino in un rapporto di stretta connessione tra loro prevalendo la prestazione obbligatoria. Il TF d'altra parte, nella sentenza 9C_827/2009, aveva ritenuto, pur in assenza di specifiche contestazioni tra le parti, " dass die im Rahmen der ärztlichen Therapie mittels Michiganschiene angefallenen eigentlichen Behandlungskosten beim Zahnarzt (wie Untersuchungen, Diagnostik, Anpassungen und Kontrollen) gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG vergütungspflichtig sind". 2.6. Alla luce di quanto precede il ricorso va parzialmente ammesso, la decisione impugnata va annullata e riformata nel senso che la Cassa Malati Z deve versare alla ricorrente l'importo

complessivo di CHF 883,50 pari all'importo delle prestazioni mediche del dott. X, come a preventivo 31 agosto 2009 che ha trovato piena conferma nella fattura 2 maggio 2010 (doc. B1). L'importo di CHF 388,05 relativo alle spese di laboratorio resta per contro a carico della ricorrente." Il 4 gennaio 2011, con sentenza 9C_697/2010 pubblicata in DTF 137 V 31, il Tribunale federale ha precisato la propria giurisprudenza pubblicata in DTF 136 V 84, affermando che le prestazioni direttamente connesse con la placca di Michigan e con la sua realizzazione non sono obbligatoriamente rimborsabili; non ricadono in particolare sotto l'obbligo di prestazione segnatamente tutte le prestazioni fatturate sotto la cifra L 4177 della tariffa dentaria. L'Alta Corte, ha affermato: " A. Mit Verfügung vom 4. November 2009 und bestätigendem Einspracheentscheid vom 13. Januar 2010 verneinte die Avenir Versicherungen (nachfolgend: Avenir) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung den Anspruch der R. auf Vergütung der Kosten einer Therapie mittels Michiganschiene (Aufbissbehelf zwecks Entlastung der Kiefermuskeln und -gelenke), soweit die Kosten von insgesamt Fr. 966.25 für die Michiganschiene als solche (Tarifposition Ziff. L 4177: "Michigan-Schiene" [Fr. 269.70]) und die damit in engem Zusammenhang stehenden medizinischen Massnahmen betreffend (Tarifpositionen Ziff. 4075: Zentrikregistrat [Fr. 34.10]; Ziff. 4090: Abformung des Kiefers Zahnarzt [Fr. 74.40]; Kosten Labor extern: Fr. 588.05). Hinsichtlich der in der zahnärztlichen Gesamtrechnung zusätzlich aufgeführten Kosten in der Höhe von Fr. 254.20 (Tarifpositionen Ziff. 4001: Befundaufnahme beim Recallpatienten [Fr. 43.40]; Ziff. 4160: MAP Anamnese und Aufklärung [Fr. 27.90]; Ziff. 4165: Muskelbefund [Fr. 49.60]; Ziff. 4186: Instruktion Physiotherapie [Fr. 83.70]; Ziff. 4190: MAP-Nachkontrolle [Fr. 49.60]) hatte die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit Abrechnung vom 27. Juli 2009 anerkannt. B. Die dagegen erhobene Beschwerde der R. mit dem Antrag auf Kostenübernahme in der Höhe von Fr. 966.25 (abzüglich 10 % Selbstbehalt) hiess das Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt mit Entscheid vom 30. Juni 2010 in dem Sinne teilweise gut, dass es den Einspracheentscheid vom 13. Januar 2010 aufhob und die Sache zum Erlass eines neuen Entscheids im Sinne der Erwägungen an die Avenir zurückwies; in der Begründung stellte das Gericht fest, die Krankenkasse habe "zusätzlich zu den bereits vergüteten Kosten von Fr. 254.20 noch Fr. 134.85 zu übernehmen". (...) 2. Unstrittig handelt es sich bei der Therapie mittels Michiganschiene nicht um eine zahnärztliche Behandlung im Sinne von Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 ff. der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31), sondern um eine von einem Zahnarzt durchgeführte ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG (BGE 128 V 143). Streitig und zu prüfen ist der Umfang der Leistungspflicht gemäss Art. 25 KVG, insbesondere die Kostenvergütungspflicht bezüglich der vom Zahnarzt unter der Tarifposition Ziff. L 4177 "Michigan-Schiene" (Tarifvertrag zwischen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer [heute: santésuisse]) berechneten Leistung (Rechnung vom 1. Juli 2009) . 2.1 Gemäss BGE 136 V 84 unterliegt die unter Ziff. L 4177 des Zahnarzttarifs erwähnte Michiganschiene, sofern ihre Verwendung - wie hier (E. 2 Ingress) - vom Zahnarzt im Rahmen einer ärztlichen Behandlung angeordnet wird, der Positivlistenpflicht gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 20 und 20a Abs. 1 KLV. Da sie in der abschliessenden Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL; Anhang 2 KLV i.V.m. Art. 20a Abs. 1 KLV) nicht aufgeführt ist, ist die Michiganschiene als solche samt Anfertigungskosten (Modelle, Gegenmodelle, Anfertigung der Schiene im Zahntechniklabor) nicht kassenpflichtig; die

eigentlichen Behandlungskosten sind dagegen laut erwähntem Bundesgerichtsurteil gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG zu vergüten. Ob solche im konkreten Fall angefallen waren, hatte das Bundesgericht nicht zu prüfen (E. 5 in fine): "Da der hier umstrittene Rechnungsbetrag in der Höhe von Fr. 563.20 nach Lage der Akten allein die spezifischen Kosten für Material und Herstellung der Schiene (Modelle, Gegenmodelle, Anfertigung der Schiene im Zahntechniklabor) umfasst, ist die Leistungspflicht insgesamt zu verneinen. Nicht weiter zu prüfen ist hier, ob und inwieweit im Rahmen der ärztlichen Therapie mittels Michiganschiene zusätzlich eigentliche Behandlungskosten beim Zahnarzt angefallen sind (Untersuchungen, Diagnostik, Anpassungen, Kontrollen, etc.), welche gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG von der Kasse zu vergüten wären." Im Urteil 9C_827/2009 vom 25. Februar 2010 war ein für eine Michiganschiene in Rechnung gestellter Betrag von Fr. 592.70 streitig (Zahnarzt- und Zahntechnikerkosten). Das Bundesgericht verneinte - mit derselben Begründung wie im gleichentags ergangenen BGE 136 V 84 - den Anspruch auf Übernahme der Kosten der Michiganschiene (gemäss Tarifposten Ziff. L 4177 "Michigan-Schiene") durch die obligatorische Krankenversicherung, wobei es präzisierend festhielt (E. 5): "Dies betrifft die Kosten für die Schiene selbst und deren Anfertigung im Zahntechniklabor, welche sich gemäss den letztinstanzlich unbestritten gebliebenen, nicht offensichtlich unrichtigen Feststellungen der Vorinstanz auf Fr. 592.70 belaufen; dagegen ist die Beschwerdeführerin zutreffend davon ausgegangen und ist unstrittig, dass die im Rahmen der ärztlichen Therapie mittels Michiganschiene angefallenen eigentlichen Behandlungskosten beim Zahnarzt (wie Untersuchungen, Diagnostik, Anpassungen und Kontrollen) gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG vergütungspflichtig sind." 2.2 Im Lichte der vorstehend dargelegten Rechtsprechung gehen das kantonale Gericht und die Beschwerdeführerin zutreffend davon aus, dass die im vor- und letztinstanzlich umstrittenen Rechnungsbetrag von Fr. 966.25 enthaltenen Kosten nur insoweit von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind, als sie nicht Material und Anfertigung der Michiganschiene selbst betreffen, sondern als "eigentliche Behandlungskosten" zu qualifizieren sind. Als nicht leistungspflichtige Anfertigungskosten werden übereinstimmend die in der Honorarrechnung des behandelnden Zahnarztes vom 1. Juli 2009 aufgeführten Tarifpositionen Ziff. 4075 (Zentrikregistrat [Bissnahme]: Fr. 34.10) und Ziff. 4090 (Abformung durch Zahnarzt: Fr. 74.40) sowie die Kosten für "Labor extern" in der Höhe von Fr. 588.05 eingestuft. Dies ist nicht zu beanstanden und mit Blick auf die Parteivorbringen nicht weiter erläuterungsbedürftig. Was den im umstrittenen Rechnungsbetrag verbleibenden, unter der Tarifposition Ziff. L 4177 "Michigan-Schiene" berechneten Betrag von Fr. 269.70 betrifft, verneint die Krankenkasse die Leistungspflicht integral mit der Begründung, es handle sich ausschliesslich um die – gemäss BGE 136 V 84 nicht vergütungspflichtigen - Kosten für die Schiene selbst. Im angefochtenen Entscheid wird demgegenüber die Hälfte dieses Betrags (Fr. 134.85) als von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende Behandlungskosten eingestuft. Die Position Ziff. L 4177 sei - so die Begründung der Vorinstanz - in den Erläuterungen zum Zahnarzttarif 94 (Ausgabe 2001) unter "3. Schienentherapie" aufgeführt; gemäss Vorspann zu den Positionen 4175-4182 seien diese "ohne allfällige Bissnahme, inkl. Abdruck, Eingliederung und Instruktion" tarifiert. Der behandelnde Zahnarzt stufe die Leistungen unter der Position Ziff. L 4177 als "rein zahnärztliche Leistung ein" (im Rahmen einer amtlichen Erkundigung eingeholtes Schreiben vom 8. Juni 2006). Dem sei bezüglich "Eingliederung und Instruktion" (nicht aber "Abdruck") beizupflichten; bei Letzteren handle es sich um Kosten im Zusammenhang mit der "Anpassung" der Schiene und damit

gemäss BGE 136 V 84 E. 5 um eigentliche Behandlungskosten, welche der Vergütungspflicht nach Art.

E. 25

Abs. 2 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 20 KLV eine obligatorische Kostenübernahme für dieses Produkt gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG ausser Betracht fällt, da die Tatbestände Art. 25 Abs. 2 lit. a und b KVG sich in Bezug auf ein- und dasselbe Leistungselement als Rechtsgrund der Leistungspflicht gegenseitig ausschliessen. Die Tarifposition Ziff. L 4177 "Michigan-Schiene" ist mit den darin enthaltenen Posten Abdruck, Eingliederung und Instruktion - wie grundsätzlich alle im Zahnarzttarif genannten Einzelpositionen resp. Ziffern (vgl. auch www.sso.ch -> Recht/Tarif -> Zahnarzt-Tarif) - sachlich als eine Einzelleistung zu qualifizieren; die Unterteilung in verschiedene, einerseits nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG kostenvergütungs- und andererseits nach Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG nicht kostenvergütungspflichtige Leistungselemente ist systemwidrig. Im Übrigen entbehrt es auch der Logik, die Anpassung (samt "Eingliederung und Instruktion") eines Gegenstands der obligatorischen Kostenvergütung zu unterstellen, der selbst nicht leistungspflichtig ist. Es verhält sich (unter umgekehrten Vorzeichen) ähnlich wie bei Brillengläsern oder Kontaktlinsen, deren Anpassung nicht separat als ärztliche Leistung vergütet wird, sondern im Listenpreis der MiGeL inbegriffen ist (Ziff. 25.02 MiGeL; vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 35/01 vom 25. März 2003). BGE 136 V 84 ist nach dem Gesagten wie folgt zu präzisieren: Im Rahmen der Michiganschiene-Therapie gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende ärztliche Leistungen sind nur diejenigen, die nicht direkt mit der Michiganschiene selbst und ihrer Herstellung verbunden sind. Darunter fallen z.B. die - auch in casu übernommenen (vgl. oben Sachverhalt, lit. A) - Diagnosen, die Befunderstellung sowie die Nachkontrollen; nicht dazu gehören dagegen namentlich die Leistungen gemäss Tarifpositionen Ziff. L 4177 ("Michigan-Schiene", inkl. Abdruck, Eingliederung und Instruktion), Ziff. 4075 (Zentrikregistrat) und Ziff. 4090 (Abformung durch den Zahnarzt) sowie die Kosten des Zahntechniklabors. 2.4 Aufgrund vorstehender Erwägung ist die vorinstanzlich bezüglich der Tarifposition Ziff. L 4177 bejahte Leistungspflicht als bundesrechtswidrig (Art. 95 BGG) einzustufen und die Beschwerde der Avenir gutzuheissen." (sottolineature del redattore) 8. Nel caso di specie, analogamente a quanto precisato dal TF nella sentenza pubblicata in DTF 137 V 31 per la ferula di Michigan, anche per la ferula termoplastica, mascellare, non figurante nell'elenco dell'EMAp, le prestazioni direttamente connesse con la citata ferula e con la sua realizzazione non sono obbligatoriamente rimborsabili. Nel caso della ferula termoplastica non ricadono, in particolare, sotto l'obbligo di prestazione, segnatamente tutte le prestazioni fatturate sotto la cifra L 4175 della tariffa dentaria. A questo proposito, nella citata sentenza pubblicata in DTF 137 V 31, l'Alta Corte ha affermato che "dass das Bundesgericht sämtliche unter der Tarifposition Ziff. L 4177 "Michigan-Schiene" berechneten Leistungen als Nicht- Pflichtleistung beurteilt hat" e che "Die Tarifposition Ziff. L 4177 "Michigan-Schiene" ist mit den darin enthaltenen Posten Abdruck, Eingliederung und Instruktion - wie grundsätzlich alle im Zahnarzttarif genannten Einzelpositionen resp. Ziffern (vgl. auch www.sso.ch -> Recht/Tarif -> Zahnarzt-Tarif) - sachlich als eine Einzelleistung zu qualifizieren; die Unterteilung in verschiedene, einerseits nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG kostenvergütungs- und andererseits nach Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG nicht kostenvergütungspflichtige Leistungselemente ist systemwidrig" (sottolineature del redattore). In concreto nella fattura del 2 luglio 2010 del med. dent. SSO _____

figurano fr. 86.60 di costi di laboratorio, che le parti, già sulla base della sentenza pubblicata in DTF 136 V 84 hanno giustamente ritenuto non a carico dell'assicurazione obbligatoria e fr. 93 per prestazioni odontoiatriche tutte inerenti alla posizione L 4175 (ferula termoplastica, mascellare). In applicazione della giurisprudenza pubblicata in DTF 137 V 31, anche questo secondo importo non va rimborsato dall'assicuratore sociale, poiché si tratta di prestazioni fatturate in applicazione della posizione L 4175, da trattare come una prestazione unica (cfr. DTF 137 V 31 e citazioni del precedente paragrafo; cfr. anche la fattura dell'8 maggio 2006, doc. 33, dove per prestazioni del 1° marzo 2006 era stata fatturata la posizione 4175 per fr. 93 per prestazioni odontoiatriche [ossia punti 30 per fr. 3,10] e l'assicuratore ne aveva chiesto la correzione). Una diversa soluzione, e meglio la suddivisione in prestazioni rimborsabili ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal e prestazioni non rimborsabili secondo l'art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal, è contrario al sistema di rimborso della LAMal (DTF 137 V 31). Ne segue che la diatriba tra le parti circa la questione di sapere se nel preciso caso di specie ci si trova confrontati con una cura medica o con una cura dentistica o se ci sono elementi di cura estetica, non va esaminata poiché la motivazione dell'assicuratore, laddove afferma che in ogni caso il rifiuto sarebbe confermato in applicazione della giurisprudenza federale perché il tipo di ferula utilizzato non è un mezzo ausiliario ai sensi dell'EMAp, è sufficiente per negare il rimborso dei costi della nota d'onorario del med. dent. SSO _____ del 2 luglio 2010. Questa seconda motivazione (cura dentistica e non medica, eventuale cura estetica), esposta, come rileva l'insorgente, abbondanzialmente e non inserita nel dispositivo della decisione impugnata, non merita pertanto un esame da parte del Tribunale. Va comunque evidenziato che il tono perentorio con il quale l'assicuratore afferma che nel caso di specie non ci si troverebbe confrontati con una cura medica ed accenna a motivi di ordine estetico, non appare suffragato da particolari accertamenti (cfr. anche DTF 128 V 143). Sia come sia, in concreto si tratta comunque solo di stabilire se la fattura del 2 luglio 2010 del med. dent. _____ va assunta dall'assicuratore, ciò che, sulla base della recente giurisprudenza federale, va escluso. Per contro ogni e qualsiasi ulteriore eventuale cura da parte del med. dent. SSO _____ andrà valutata, come finora fatto dall'assicuratore (cfr. plico doc. 1-36), ogni qualvolta se ne presenterà l'occasione, in modo serio e circostanziato. In caso di disaccordo la ricorrente potrà chiedere l'emissione di una decisione formale, e, se lo riterrà necessario, dapprima inoltrare opposizione e, semmai, ricorso al TCA. 9. L'interessata fa infine valere la propria buona fede, laddove sostiene che in passato l'assicuratore si è assunto i costi delle cure del med. dent. SSO _____. Invero, questa censura sembra piuttosto concernere il fatto che l'assicuratore ritiene ora che la cura della ricorrente sia di natura dentistica e non medica. Ciò che, per i motivi appena esposti, nel caso concreto non è rilevante. Per quanto concerne per contro il fatto che in passato l'amministrazione si sarebbe assunta i costi della ferula in esame va evidenziato che il diritto alla protezione della buona fede di cui all'art. 9 Cost. consente al cittadino di esigere che l'autorità rispetti le proprie promesse e che essa eviti di contraddirsi e impone all'autorità di scostarsi dal principio della legalità, allorché i seguenti presupposti, precisati da una lunga e consolidata giurisprudenza, sono cumulativamente adempiuti: - l'autorità deve essere intervenuta in una situazione concreta nei riguardi di persone determinate; - l'autorità ha agito o creduto di agire nei limiti delle proprie competenze; - l'assicurato non deve essersi reso conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta; - l'informazione errata ha indotto l'assicurato ad adottare un comportamento o un'omissione che gli è pregiudizievole; la legge non è stata modificata dal momento in cui l'informazione è stata data (cfr. sentenza 9C_918/2007 del

14 gennaio 2009 consid. 3.1.; sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005 consid. 3.1.; sentenza C 270/04 del 4 luglio 2005 consid. 3.3.1.; sentenza C 218/03 del 28 gennaio 2004 consid. 2; STFA C 25/02 del 29 agosto 2002; DTF 121 V 65, consid. 2a pag. 66-67 e la giurisprudenza ivi citata; RAMI 1993 pag. 120-121, Pratique VSI 1993 pag. 21-22, RCC 1991 pag. 220 consid. 3a, RCC 1983 pag. 195 consid. 3, RCC 1982 pag. 368 consid. 2, RCC 1981 pag. 194 consid. 3, RCC 1979 pag. 155, DLA 1992 p. 106, DTF 118 V 76 consid. 7, RDAT I-1992 n° 63; Grisel, *Traité de droit administratif*, vol. I, pag. 390ss; Knapp, *Précis de droit administratif*, 4a ed., n° 509, pag. 108-109; Haefliger, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetze gleich*, pag. 217ss). 10. In concreto con scritto del 22 gennaio 2009 l'assicuratore, nell'accogliere il rimborso di una fattura dell'11 gennaio 2008 del med. dent. SSO _____ di fr. 358.05, aveva affermato che " in base alle nuove indicazioni ricevute, assumeremo i costi della nota sopraccitata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, per il tramite dell'articolo 25 LAMal ", ma che " in caso di trattamenti futuri, invitiamo il dott. _____ – che ci legge in copia – di trasmettere anticipatamente la documentazione necessaria per la valutazione della pratica. " (doc. 17, sottolineature del redattore). Ne segue che già solo per il fatto che l'amministrazione ha precisato che i futuri trattamenti sarebbero stati oggetto di una attenta valutazione, non vi sono le condizioni per ritenere, nel caso concreto, una violazione del principio della buona fede. 11. Infine, l'insorgente chiede l'assunzione di ulteriori prove (richiamo di atti dal med. dent. SSO _____, richiamo da CO 1 di tutto l'incarto, audizione quale teste del med. dent. SSO _____) e si tiene a disposizione qualora il TCA ritenesse di doverla sentire. 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. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2 che ha confermato questo principio, nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata). In concreto, non essendo stata presentata una " domanda espressa di procedere ad un'udienza pubblica " (l'assicurata ha detto di essere a disposizione qualora la Corte ritenesse di doverla sentire personalmente), questo TCA rinuncia all'audizione della ricorrente poiché superflua ai fini dell'esito della vertenza (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2; cfr. sentenza 9C_578/2008 del 29 maggio 2009 dove la generica richiesta di " vegliare alla parità delle armi [...] e all'applicazione dell'art. 6 CEDU " non è stata giudicata sufficiente per far sorgere l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico). Circa l'assunzione delle ulteriori prove, questo Tribunale rileva che la causa può essere decisa sulla base degli atti prodotti dalle parti, nel preciso caso di specie sufficienti, tenuto conto della giurisprudenza federale (DTF 136 V 84 e DTF 137 V 31). 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, 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 queste condizioni il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove ed a sentire la ricorrente. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso, nella misura in cui è ricevibile, va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma.

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