

TI_GERICHTE 36.2014.47 vom 24. September 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-09-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.47

FR: TI_GERICHTE 36.2014.47 du 24 septembre 2014

IT: TI_GERICHTE 36.2014.47 del 24 settembre 2014

Regeste

Intervento di by-pass gastrico comporta aumento della carie nei denti? Opre 17-19a non prevedono tale ipotesi, quindi costi del dentista non vanno assunti dalla Cassa malati. Inoltre, in concreto tale situazione va attribuita alle misure profilattiche e di igiene dentale che non sono state sufficienti

Erwägungen

E. 19

OPre (formulato in applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal), 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'art. 18 OPre si applica quindi quando le affezioni dentarie sono causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi, mentre l'art. 19 OPre trova applicazione quando le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi. Con sentenza del 15 luglio 2004 (K 68/03) pubblicata in DTF 130 V 472, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha rammentato che l'art. 19 OPre non si limita a regolamentare solo gli interventi antecedenti il trattamento della malattia, bensì garantisce in generale un'assistenza completa (quindi anche ricostruttiva) nella misura in cui la cura dentaria era necessaria per il trattamento di una delle gravi malattie sistemiche contemplate nella norma (DTF 124 V 199 consid. 2d). L'Alta Corte ha pure affermato che, secondo giurisprudenza, anche il trattamento medicamentoso di una malattia grave sistemica menzionata all'art. 18 cpv. 1 OPre configura una conseguenza della medesima e può quindi giustificare l'assunzione di una cura dentaria (DTF 118 V 69 consid. 5b), purché l'affezione dentaria non sia oggettivamente evitabile (DTF 130 V 472; DTF 128 V 59). L'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari è esaustivo (DTF 130 V 464 consid. 2.3; DTF 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a e 343 consid. 3b, 124 V 347 seg. consid. 3a; STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 3). 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 artt. 17 segg. OPre (DTF 128 V 146 consid. 5). 2.2. L'insorgente fa valere che i trattamenti dentari eseguiti erano necessari e sono avvenuti su indicazione medica, visto l'avvenuto by-pass gastrico che ha comportato un cambiamento importante dell'aspetto nutrizionale (doc. A3). Pertanto, questi interventi non hanno nessuna relazione con un trattamento di cure dentarie e devono quindi essere considerati secondo i principi della LAMal. Con DTF

128 V 143 l'Alta Corte ha stabilito che i criteri in primo luogo atti a delimitare la cura medica da quella dentaria sono la sede d'applicazione e lo scopo terapeutico della medesima (cfr. anche STFA K 6/05 del 27 settembre 2005, consid. 2.4). Per quel che attiene la sede d'applicazione, configurano cure dentarie sostanzialmente i provvedimenti terapeutici applicati all'apparato masticatorio. Lo scopo terapeutico, criterio quest'ultimo decisivo, va determinato avuto riguardo alla parte del corpo o alla funzione che direttamente deve essere curata o ripristinata. L'applicazione di una ferula avente lo scopo di alleviare la muscolatura e l'articolazione della mascella nell'ambito di una terapia dell'artrosi mascellare costituisce un trattamento medico, mentre, al contrario, l'inserimento di un simile accorgimento configura un trattamento dentario se interessa i denti in quanto tali oppure la loro funzione prioritaria di sminuzzamento degli alimenti. Se nell'ambito di un trattamento medico si rende necessaria una cura dentaria, le spese di quest'ultima possono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie unicamente se sono date le condizioni per un obbligo di prestazione ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 LAMal, in relazione con gli art. 17-19a OPre (STFA K 62/99 del 9 aprile 2002, consid. 9 e STFA K 6/05 del 27 settembre 2005, consid. 2.5): " Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17 - 19 KLV regeln somit nur die Kostenübernahme von zahnärztlichen Behandlungen, nicht diejenige der damit in Zusammenhang stehenden Erkrankungen des Kausystems oder der Allgemeinerkrankungen (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehenes Urteil M. vom 28. März 2002, K 84/00). Eine ärztliche Behandlung des Kausystems ausserhalb der Zähne und des Parodonts zieht demzufolge bei gegebenem Krankheitswert die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 25 KVG nach sich, wohingegen eine zahnärztliche Behandlung an Zähnen und Parodont eine Leistungspflicht nur zu begründen vermag, wenn sie durch eine in den Art. 17 - 19 KLV aufgeführte schwere Erkrankung bedingt oder zur Behandlung einer solchen notwendig ist.". Un'assunzione a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è quindi segnatamente esclusa se un assicurato, nel quadro di un trattamento medico di un mal di testa, viene sottoposto ad una cura dentaria (ad es.: estrazione di denti del giudizio per il trattamento del mal di testa) nella misura in cui l'elemento patologico non risiede nell'apparato masticatorio (STFA K 134/02 del 26 agosto 2003; STFA K 6/05 del 27 settembre 2005, consid. 2.5). In concreto, dagli atti emerge che le otturazioni, le estrazioni, l'estirpazione della polpa pluriradicolare, la ricostruzione con materiale plastico, ecc. sono di natura dentaria e non medica. La richiesta di rimborso delle spese d'intervento deve essere pertanto valutata alla luce dei principi validi per i trattamenti dentari, e più precisamente delle condizioni poste dall'art. 31 cpv. 1 LAMal e dagli art. 17 e seguenti OPre. 2.3. L'art. 17 OPre (malattie dell'apparato masticatorio) prevede che l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio se e solo se l'affezione ha carattere di malattia. Le malattie gravi e non evitabili sono le seguenti: " a. malattie dentarie: 1. granuloma dentario interno idiopatico, 2. dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, ciste); b. malattie del parodonto (parodontopatie): 1. parodontite prepuberale, 2. parodontite giovanile progressiva, 3. effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali; c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli: 1. tumori benigni dei mascellari, della mucosa e lesioni pseudo-tumorali, 2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo, 3. osteopatie dei mascellari, 4. cisti (senza legami con elementi dentari), 5. osteomieliti dei mascellari; d. malattie dell'articolazione temporo-mandibolare e dell'apparato motorio: 1. artrosi dell'articolazione temporo-mandibolare, 2. anchilosi, 3. lussazione del condilo e del

disco articolare; e. malattie del seno mascellare: 1. rimozione di denti o frammenti dentali dal seno mascellare, 2. fistola oro-antrale; f. disgrazie che provocano affezioni considerate come malattie, quali: 1. sindrome dell'apnea del sonno, 2. turbe gravi di deglutizione, 3. asimmetrie cranio-facciali gravi." 2.4. L'art. 18 OPre (malattie sistemiche) da parte sua dispone che l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi sistemiche seguenti o ai loro postumi e necessarie al trattamento dell'affezione (art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal): " a. malattie del sistema sanguigno: 1. neutropenia, agranulocitosi, 2. anemia aplastica grave, 3. leucemie, 4. sindromi mielodisplastiche (SMD), 5. diatesi emorragiche. 6. sindrome pre-leucemica, 7. granulocitopenia cronica, 8. sindrome del «lazy-leucocyte», 9. diatesi emorragiche; b. malattie del metabolismo: 1. acromegalia, 2. iperparatiroidismo, 3. ipoparatiroidismo idiopatico, 4. ipofosfatasi (rachitismo genetico dovuto ad una resistenza alla vitamina D); c. altre malattie: 1. poliartrite cronica con lesione ai mascellari, 2. morbo di Bechterew con lesione ai mascellari, 3. artrite psoriatICA con lesione ai mascellari, 4. sindrome di Papillon-Lefèvre, 5. sclerodermia, 6. AIDS, 7. psicopatie gravi con lesione consecutiva grave della funzione masticatoria; d. malattie delle ghiandole salivari." Il capoverso 2 precisa che le spese delle prestazioni di cui al capoverso 1 vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. L'elenco, come detto, è esaustivo. Per cui la Cassa è tenuta ad assumersi i costi di un trattamento ai denti unicamente se l'assicurato soffre di una delle patologie elencate (DTF 130 V 472, consid. 2.4 non pubblicato; DTF 129 V 83 consid. 1.3). 2.5. Secondo l'art. 19 OPre nel tenore in vigore fino al 31 giugno 2014 (malattie sistemiche; cura dentaria di focolai), l'assicuratore deve assumere i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal) in caso di: " a. sostituzione delle valvole cardiache, impianto di protesi vascolari o di shunt del cranio; b. interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita; c. radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna; d. endocardite." Dal 1° luglio 2014 è stata aggiunta la sindrome dell'apnea da sonno (lett. e) e modificato il titolo dell'articolo, ora riferito solo alle cure dentarie. Questa norma non si limita a regolamentare solo gli interventi antecedenti, bensì garantisce in generale un'assistenza completa (quindi anche ricostruttiva), nella misura in cui la cura dentaria era necessaria per il trattamento di una delle gravi malattie sistemiche contemplate dalla norma (STFA K 68/03 del 15 luglio 2004 = DTF 130 V 472, consid. 4.2 non pubblicato; cfr. anche DTF 124 V 199 consid. 2; Eugster, *Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG*, in: LAMal – KVG, *Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances*, Losanna 1997, pag. 243). 2.6. Per quanto concerne il caso di specie, l'insorgente ha chiesto alla Cassa malati l'assunzione di Fr. 3'241,05 per i costi fatturati l'8 gennaio 2013 dal dr. med. dent. _____ per una serie di interventi su 13 denti, in particolare per otturazioni. L'assicuratore si è rifiutato di assumere i costi dei trattamenti effettuati, poiché dall'esame delle radiografie prodotte questo tipo di danno ai denti si era realizzato già prima dell'intervento di by-pass gastrico eseguito nel 2011. Inoltre, l'operazione subita non è contemplata né dall'elenco esaustivo delle malattie né da quello delle conseguenze di una malattia previsti dagli artt. 17-19a OPre. Per di più, se vi fosse stata una buona igiene orale e dentale, i danni tipici dell'apparato masticatorio, ossia la carie e la parodontite, avrebbero potuto essere evitati. 2.7. Il 10 luglio 2012 (doc. A3) il dr. med. _____, FMH chirurgia generale e viscerale, ha certificato che il ricorrente ha subito un intervento di by-pass gastrico prossimale e colecistectomia il 28 luglio 2011 a causa di un'obesità di

grado II, ciò che ha provocato un cambiamento importante dell'aspetto nutrizionale. Unitamente alla fattura per le sue prestazioni, l'8 gennaio 2013 (doc. 14) il dr. med. dent. _____ ha trasmesso alla Cassa malati del paziente uno scritto con cui l'ha informata dell'avvenuto intervento di by-pass gastrico e di averlo visitato il 28 giugno 2012. In quell'occasione, l'assicurato l'ha reso attento che sia nei mesi seguenti l'intervento vomitava fino a 10 volte al giorno, circostanza che ha comportato delle erosioni che hanno intaccato i denti, sia che egli ha cambiato radicalmente il suo modo di alimentarsi: piccole porzioni, 80% frutta, a distanza di un'ora per tutto l'arco della giornata. Tutto ciò ha causato delle nuove carie molto aggressive su parecchi denti. Il dentista curante ha affermato di avere in cura il paziente da molti anni e che la sua incidenza alle carie prima dell'operazione era molto più bassa. Pertanto, a suo dire, le carie sono una conseguenza diretta dell'intervento chirurgico e quindi le cure prestate devono essere assunte dalla Cassa malati. Peraltro, l'assicurato non sarebbe stato informato in ospedale delle misure di profilassi da intensificare. In un successivo scritto, tuttavia non datato ma pervenuto alla Cassa malati il 14 febbraio 2013 (doc. A2), il dr. med. dent. _____ ha precisato di avere in cura RI 1 dal 1998 e che, da allora, sebbene non sia stato un paziente regolare, ha effettuato soltanto alcune cure conservative, per lo più riferite ad otturazioni difettose, già presenti in precedenza. Fino al 2010 lo specialista ha notato una bassa predisposizione alla carie, quadro che è invece cambiato radicalmente alla visita del 28 giugno 2012, durante la quale ha rilevato la presenza di moltissime carie, anche in zone atipiche come sulla punta delle cuspidi dei canini e dei premolari. Il medico dentista è convinto che tutto ciò sia dovuto all'intervento di by-pass gastrico ed al conseguente cambio forzato di regime alimentare. A suo dire, quindi, i costi per questi trattamenti devono essere presi a carico dall'assicurazione malattia di base. Nel suo parere del 21 febbraio 2013 (doc. 2) il dr. med. dent. _____, medico dentista di fiducia della Cassa malati, ha confermato il rifiuto di assumere i costi dei trattamenti dentari a cui si è sottoposto l'assicurato, dato che la documentazione radiologica attesta che dal 1998 in poi si sono sviluppate in continuazione nuove carie e carie secondarie: carie distale sul dente 37 ed occlusale sul 38 nel 1998, carie secondarie sul pilastro del ponte 27 nel 2001, nuova carie e carie secondaria sul dente 24 e carie secondaria mes sul dente 47. Infine, lo specialista ha espresso dubbi sul fatto che in ospedale il paziente non abbia ricevuto consigli sull'alimentazione. 2.8. Nel caso concreto, alla luce della documentazione agli atti, va esclusa l'applicazione sia dell'art. 19 OPre, poiché le cure dentarie effettuate non risultano essere state necessarie per conseguire le cure mediche in caso di una delle ipotesi ivi enumerate alle lettere da a a d, sia dell'art. 19a OPre, non trattandosi manifestamente di cure dentarie conseguenti ad infermità congenite. Nella fattispecie non entra ugualmente in considerazione una presa a carico del trattamento dentario ai sensi degli artt. 17 e 18 OPre, ritenuto come il dentista curante non abbia diagnosticato la presenza di una malattia dell'apparato masticatorio rispettivamente delle ghiandole salivari (art. 18 lett. d OPre) né delle altre patologie elencate nell'art. 18 OPre. A tale riguardo, sebbene non sia stato menzionato dal ricorrente, ma trattandosi di un problema che potrebbe presentarsi a seguito di un intervento di by-pass gastrico, il TCA evidenzia che il reflusso gastrico non è contemplato nel catalogo di cui all'art. 18 OPre (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 3; STF 9C_253/2011 del 3 giugno 2011 consid. 2). Infatti in quest'ultima sentenza, ad un assicurato che faceva valere di avere una "Refluxkrankheit", non contemplata nelle norme dell'OPre, il TF ha risposto: "(...) 2.1 Die Beschwerdeführerin bringt vor, auch wenn der in der KLV aufgeführte Leistungskatalog für Zahnbehandlungen abschliessend sein möge, könne es nicht im Sinne des Gesetzgebers

sein, dass Gesundheitsbeeinträchtigungen in der Zahnregion, welche krankheitsbedingt, unvermeidbar und unverschuldet die gleichen Symptome wie jene in Art. 18 KLV aufweisen, nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehören sollen. Es sei darum von einer gesetzlichen Lücke im Sinne einer planwidrigen Unvollständigkeit auszugehen. Diese dürfe durch die rechtsanwendenden Organe nach Massgabe der dem Gesetz selbst zugrunde liegenden Zielsetzungen und Werte geschlossen werden.

2.2 Diese Argumentation verkennt die aus den Materialien ersichtliche Absicht des Gesetzgebers (siehe dazu BGE 124 V 185, wo es auch um die Schädigung des Zahnschmelzes aufgrund des jahrelangen Refluxes der Magensäure in den Mund ging), mit der Neuordnung am Grundsatz festzuhalten, dass zahnärztliche Behandlungen im Allgemeinen nicht von der Krankenpflegeversicherung zu decken sind.

2.3 Insofern zielt auch der Vorwurf daneben, die Regelung in Art. 18 KLV sei verfassungswidrig, weil damit gegen das Willkürverbot und das Gebot der rechtsgleichen Behandlung verstossen werde, da nur psychische Erkrankungen, welche zu Zahnschäden führen, durch Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 KLV gedeckt seien.

2.4 Die bundesrechtliche Beschränkung der Leistungspflicht für Zahnschmelzschädigungen auf "schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiv schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion" findet darin ihre Rechtfertigung, dass die Kosten zahnärztlicher Behandlungen grundsätzlich nicht zulasten der Krankenpflegeversicherung gehen sollen. Es ist in diesem Zusammenhang nicht unerheblich, dass die Refluxkrankheit stark verbreitet ist, hat sie doch laut PSCHYREMBEL (Klinisches Wörterbuch 2011, S. 1766) in westlichen Industrienationen eine Prävalenz von rund 10-20 %. Unter den Katalog von Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 KLV fallen Essstörungen wie Anorexie und Bulimie (Urteil K 175/04 vom 15. Juni 2005), die ungleich seltener auftreten als die Refluxkrankheit. Unter Anorexia nervosa leiden 0,3-1 % der weiblichen und 0,03-0,01 % der männlichen Patienten (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 103). Die Bulimia nervosa ist bei den weiblichen Patienten etwas mehr verbreitet (1-3 %), bei den männlichen hingegen seltener als die Magersucht (0,01 %) (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 322). Verglichen mit diesen Störungen ist die Refluxkrankheit mit ihrer Prävalenz von rund 10-20 % um ein Vielfaches bedeutender. Alleine angesichts dieser Proportionen ist es am Gesetzgeber (und nicht an der Rechtsprechung), den gesetzlichen Leistungskatalog in einem im Prinzip von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgenommenen Bereich zu ergänzen." (sottolineature della redattrice)

Pertanto, anche una sua eventuale invocazione non soccorrerebbe comunque l'assicurato nella sua pretesa pecuniaria nei confronti della sua Cassa malati resistente.

2.9. Nell'ambito dell'esame dell'art. 18 lett. d OPre relativo alle malattie delle ghiandole salivari, va infine ancora rammentato che con sentenza del 29 gennaio 2002 (K 106/99, pubblicata in DTF 128 V 59 = SVR 2002 KV Nr. 43) l'Alta Corte ha affermato che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è tenuta a riconoscere prestazioni solo in caso di malattia non evitabile dell'apparato masticatorio; di massima deve trattarsi di un'affezione oggettivamente non evitabile. Il carattere non evitabile presuppone un'igiene boccale sufficiente avuto riguardo alle conoscenze odontologiche attuali; una persona assicurata che, per la sua costituzione oppure a seguito di malattie di cui è stata affetta o di cure subite, presenta una predisposizione accresciuta alle malattie dentarie non può limitarsi a un'igiene boccale comune. Nel caso di specie il dentista fiduciario ha rilevato che l'assicurato era già soggetto alla formazione di carie anche antecedentemente l'operazione di by-pass gastrico del 2011, perciò l'insorgenza delle successive carie non avrebbe alcun nesso con questo intervento chirurgico. L'opinione del medico dentista curante è invece opposta, ritenendo che è solo dopo l'intervento del 2011 che si sono formate numerose carie nel paziente.

D'avviso del Tribunale, l'affermazione secondo cui nell'arco di 13 anni (dal 1998 al 2010) la presenza di cinque carie sia sintomo di una cattiva igiene orale non può essere condivisa, giacché può essere ritenuto normale che su un arco di tempo così prolungato possano apparire delle carie ai denti, peraltro, in concreto, soprattutto secondarie. Diverso, invece, risulta il quadro clinico successivamente all'operazione del 2011, ossia quando gli interventi necessari, soprattutto otturazioni, sono stati eseguiti su ben 13 denti. Tuttavia, alla luce delle considerazioni esposte, questa situazione non può che essere attribuita alle misure profilattiche e di igiene dentale che non sono state sufficienti. D'altronde, il ricorrente stesso ha informato il suo medico dentista curante (doc. 14) di non essere stato avvertito, alla dimissione dall'ospedale nel 2011 e nemmeno in seguito, di dovere prestare una maggiore attenzione alla sua igiene buccale a causa sia dell'intervento subito sia del radicale cambiamento di alimentazione. Le conseguenze sono state il proliferare di carie, il cui trattamento per sanarle non può però ora essere posto a carico dell'assicurazione malattia di base. Una persona che, per la sua costituzione oppure a seguito di malattie di cui è stata affetta o di cure subite, presenta una predisposizione accresciuta alle malattie dentarie non può limitarsi a un'igiene buccale comune. In concreto, pur comprendendo che, dopo l'intervento subito e le difficoltà di adattamento che sono seguite (vomito più volte al giorno), il paziente si sia trovato in una situazione psicologica di grande disagio e che non abbia più avuto stimoli, perlomeno temporaneamente, di seguire la profilassi necessaria, per giurisprudenza costante (DTF 128 V 59), non si giustifica comunque l'assenza di una corretta igiene orale che avrebbe impedito l'insorgere dei danni ai denti nei modi e nei tempi verificatisi. Ad ogni buon conto, come visto, la richiesta di un'igiene orale sufficiente viene pretesa soltanto se sono dati i presupposti per ammettere una malattia delle ghiandole salivari ex art. 18 lett. d OPre, ciò che in specie, come suesposto, non si realizza. Non occorre pertanto esaminare oltre l'origine delle numerose carie. 2.10. Tutto ben considerato, non rientrando la formazione di carie dopo un intervento di by-pass gastrico fra le ipotesi esaustivamente elencate dai citati artt. 17-19a OPre, non è possibile condannare CO 1 ad assumersi i costi per i relativi trattamenti dentari effettuati tra giugno e dicembre 2012 e fatturati l'8 gennaio 2013 dal dr. _____ in Fr. 3'241,05. Nemmeno le cure future, se dovute unicamente alla carie e alla parodontosi e per motivi indipendenti e non contemplati dalle summenzionate liste esaustive, possono essere poste a carico dell'assicurazione malattia di base come chiesto dal ricorrente. Il ricorso deve quindi essere respinto e la decisione impugnata va confermata.

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