

TI_GERICHTE 36.2014.69 vom 17. Dezember 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-12-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.69

FR: TI_GERICHTE 36.2014.69 du 17 décembre 2014

IT: TI_GERICHTE 36.2014.69 del 17 dicembre 2014

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi per la sostituzione con un impianto dentario a causa di una nevralgia Esame degli art. 17-19 OPre. Estrazione a carico della LAMal poiché la malattia alla base della necessità di togliere l'impianto comporta un danno a sé stante dal profilo diagnostico e terapeutico

Erwägungen

E. 1

dal medico,

E. 1.3

(„ In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die in Art. 17-19 KLV erwähnten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, abschliessend aufgezählt sind. Daran hat es in ständiger Rechtsprechung festgehalten (BGE 127 V 332 Erw. 3a und 343 Erw. 3b) “) e in sentenze recenti. Nella pronunzia 9C_85/2013 del 15 aprile 2013 il TF ha confermato al consid.

E. 2

dal chiropratico,

E. 2.2

che „ Dass der gesetzliche Leistungskatalog verbindlich und abschliessend ist (BGE 125 V 21 E. 5b S. 29; RKUV 2006 Nr. KV 364 S. 150, K 94/05 E. 4; GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, N. 1 zu Art. 34 KVG), ergibt sich bereits aus dem klaren Wortlaut dieser Bestimmung und entspricht auch dem klaren Willen des Gesetzgebers (BGE 124 V 185 E. 3d/bb S. 192) “), mentre nella sentenza 9C_407/2013 del 23 ottobre 2013 l'Alta Corte ha nuovamente affermato che „ Dasselbe gilt für die Ausführungen über den - gemäss ständiger Rechtsprechung - abschliessenden Charakter der Aufzählung der in Art. 17 bis 19a KLV erwähnten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen (BGE 124 V 185; 129 V 80 E. 1.3 S. 83; 130 V 464 E. 2.3 S. 467). Darauf wird verwiesen“ . Con sentenza 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 il TF ha ribadito, al consid. 3, che “ l'elenco delle affezioni suscettibili di rendere necessarie delle cure dentarie a carico della LAMal secondo gli art. 17-19a OPre è esaustivo (DTF 130 V 464 consid. 2.3 pag. 467 con riferimenti) ”. Nella sentenza pubblicata in DTF 124 V 185 e concernente l'art. 31 LAMal e più specificatamente l'art. 18 OPre, l'allora TFA da una parte aveva stabilito che l'elenco delle malattie suscettibili di giustificare una cura dentaria a carico dell'assicurazione è esaustivo e dunque non sussiste alcun obbligo prestativo per una

cura dentaria nel caso di ernia iatale con esofagite da reflusso e dall'altra aveva in sostanza affermato, al consid. 6 (cfr. anche, in italiano, la DTF 130 V 472, consid. 6.1 e seguenti), che dovendosi pronunciare sulla legalità di un'ordinanza del Consiglio federale emanata in forza di una delega del Parlamento (oppure, come nel caso di specie, su un'ordinanza di un dipartimento federale nell'eventualità di una subdelega del Consiglio federale), il Tribunale federale delle assicurazioni esamina di principio liberamente la questione. Nella misura in cui la delega legislativa è relativamente imprecisa e, di conseguenza, attribuisce all'esecutivo un ampio potere d'apprezzamento, il tribunale deve tuttavia limitarsi ad esaminare se la normativa esecutiva sconfini manifestamente dal quadro di competenze delegate o se, per altri motivi, è contraria alla legge o alla Costituzione. A questo proposito, una disposizione regolamentare viola l'art. 8 Cost. quando non si basa su motivi validi, è priva di senso o utilità, oppure opera distinzioni giuridiche che non trovano giustificazione alcuna nella fattispecie da disciplinare. Nell'ambito di questo esame, il giudice non deve tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'autorità da cui emana la regolamentazione in causa. Al contrario, egli deve limitarsi a verificare che la disposizione litigiosa sia atta a realizzare oggettivamente lo scopo che si prefigge la legge senza preoccuparsi, in particolare, di sapere se essa costituisca il mezzo maggiormente appropriato per il raggiungimento di tale scopo (cfr. DTF 130 V 472 consid. 6; DTF 129 II 164 consid. 2.3, DTF 128 V 98 consid. 5a, DTF 128 V 105 consid. 6a, 219 consid. 2 e i riferimenti ivi citati). Nell'ambito di tale controllo, il Tribunale federale delle assicurazioni è di principio legittimato ad esaminare, per esempio, se una malattia non è stata, a torto, menzionata all'art. 18 cpv. 1 OPre. Nondimeno, esso si impone grande riserbo in questo contesto. Infatti, l'ordinanza, sovente sottoposta a revisioni, può essere corretta in brevi termini dal DFI. Inoltre, come già accennato, il catalogo delle malattie è allestito previa consultazione della Commissione federale delle prestazioni generali. Per parte sua, il Tribunale federale delle assicurazioni non dispone delle conoscenze necessarie per farsi un'opinione sulla questione senza ricorrere all'avviso di esperti. Un'estensione dell'elenco, per via giudiziaria secondo tali modalità, oltre a causare lunghi tempi d'attesa, determinerebbe che il catalogo delle malattie non poggerrebbe (più) su un giudizio specialistico unitario. Per contro, i pareri della predetta Commissione sono tali da garantire al contenuto dell'elenco una certa omogeneità (cfr. anche DTF 130 V 472, consid. 6; DTF 124 V 350 consid. 4, DTF 124 V 196 consid. 6). Come emerge dalla DTF 130 V 472 al consid. 6.3, il concetto di malattia grave sistemica ("schwere Allgemeinerkrankung", "une autre maladie grave"), menzionato all'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal e ripreso dall'art. 18 cpv. 1 OPre, configura una nozione giuridica indeterminata (GEBHARD 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. 263). Di principio spetta ai tribunali interpretare e concretizzare nel singolo caso simili nozioni. Tuttavia, secondo dottrina e giurisprudenza, se l'interpretazione legale mostra che il legislatore, facendo uso di una normativa aperta, ha inteso riservare all'amministrazione, nel rispetto dei principi costituzionali, una facoltà decisionale da rispettare giudizialmente, il tribunale può e deve limitare di conseguenza il proprio potere cognitivo (DTF 127 II 191 consid. 5a/aa; HÄFELIN/MÜLLER, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 4a ed., Zurigo 2002, pag. 96 cifra marg. 455). Il TF, al consid. 6.4 della DTF 130 V 472, ha rammentato che dai lavori preparatori, che hanno preceduto la promulgazione dell'attuale art. 31 LAMal, emerge che le Camere federali, non fosse altro che per la tecnicità della problematica, hanno demandato al Consiglio federale il compito di

definire a livello di ordinanza, e in via esaustiva, le prestazioni per cure dentarie a carico dell'assicurazione malattia di base, lasciando così all'autorità delegata un potere decisionale non indifferente (art. 33 cpv. 2 LAMal; cfr. pure Boll. uff. CS 1992 1301). In tali condizioni il Tribunale deve limitarsi ad esaminare che la disposizione d'ordinanza non abbia manifestamente sconfinato dal quadro della competenza delegata. Ai consid. 6.5.2 e 6.5.3 della DTF 130 V 472 l'Alta Corte ha evidenziato che il testo dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal, che differisce nelle tre versioni linguistiche, di principio equivalenti (art. 9 cpv. 1 Legge federale sulle raccolte delle leggi e sul Foglio federale del 21 marzo 1986; RS 170.512), non è del tutto chiaro. Mentre infatti i testi tedesco e italiano sembrano fare dipendere l'applicabilità della norma dall'esistenza di una malattia che coinvolge l'intero organismo piuttosto che una singola parte o apparato di esso (cfr. Dizionario Enciclopedico di Scienze Mediche e Biologiche e di Biotecnologie, Zanichelli editore, Bologna 1997; critico nei confronti di una simile interpretazione EUGSTER, op. cit., pag. 258 seg.), il testo francese sembra estendere il campo applicativo del disposto, in contrapposizione a quanto statuito dall'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal, ad ogni altra malattia grave che non concerna l'apparato masticatorio e quanto alla ratio legis del disposto in esame, ha osservato che con l'adozione della LAMal, pur mantenendo il principio generale di non assunzione, a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, dei trattamenti dentari, il legislatore ha inteso apportare alcune eccezioni a tale regola correggendo una situazione giuridica, ritenuta insoddisfacente, che per esempio non prevedeva un obbligo contributivo per le spese di estrazione preliminare di denti, necessaria al fine di permettere un'operazione al cuore ed evitare ogni rischio d'infezione, oppure di ricostruzione protesica dopo una radioterapia che ne aveva causato la perdita (DTF 116 V 114; RAMI 1990 no. K 836 pag. 135; RJAM 1981 no. 454 pag. 160, DTF 116 V 1977 no. 276 pag. 27). Con l'attuazione dell'art. 31 LAMal, si sono volute colmare tali lacune e porre determinati trattamenti dentari a carico dell'assicurazione di base, lasciando tuttavia al Consiglio federale il compito di definire in dettaglio il campo applicativo della nuova regolamentazione (art. 33 cpv. 2 e 5 LAMal; cfr. EUGSTER, op. cit., pag. 238; CLAUDIA KOPP KÄCH, Zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen [Überblick über die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts], in: ZBJV 2002 pag. 419 seg.; cfr. pure Messaggio del 6 novembre 1991 del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattia in FF 1992 I 128 seg.; Boll. uff. CS 1992 1301, CN 1993 1844). Il TF ha inoltre evidenziato, al consid. 6.5.4 della medesima sentenza, che dall'esame dei lavori preparatori risulta che mentre il progetto del Consiglio federale stabiliva unicamente un obbligo contributivo per le affezioni dentarie causate da una grave malattia o dai suoi postumi (art. 25 cpv. 1 lett. a del progetto; FF 1992 I 235) e per quelle necessarie per il trattamento di una malattia grave o dei suoi postumi (art. 25 cpv. 1 lett. b), il testo varato dalle Camere federali ha apportato una differenziazione all'interno della prima categoria. Rilevando il carattere evitabile, e pertanto non meritevole di essere posto a carico dell'assicurazione sociale contro le malattie, della gran parte dei danni all'apparato masticatorio, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati ha formulato una proposta, poi accolta dai due rami del Parlamento, di incorporare la lett. a del progetto del Consiglio federale e ha introdotto una regolamentazione - corrispondente alla versione attuale dell'art. 31 cpv. 1 lett. a e b LAMal - prevedente l'assunzione delle cure dentarie, da un lato, per le affezioni causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio e, dall'altro, per le affezioni causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi (Boll. uff. CS 1992 1301 seg., CN 1993 1843 seg.). L'alta

Corte ha poi affermato che “ alla luce di questa situazione, ci si potrebbe effettivamente domandare - come osserva EUGSTER, op. cit., pag. 239, 245 e 259, il quale, accordando la precedenza al testo legale francese, si esprime in favore di un obbligo contributivo generale per i provvedimenti dentari riconducibili a un'affezione cancerogena o a un suo trattamento - se il legislatore, utilizzando la nozione di "Allgemeinerkrankung" e di "malattia sistemica", non abbia unicamente, senza ulteriori finalità, inteso contrapporre tali patologie a quelle dell'apparato masticatorio, estendendo così l'applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal a tutte le cure dentarie causate da malattie gravi - o dai loro postumi - che, pur essendone causa diretta o indiretta, non costituiscono una patologia vera e propria dell'apparato masticatorio .” Il TF ha poi rilevato che dagli stessi materiali emerge tuttavia l'incertezza di una simile conclusione. Ciò non solo perché in ambito commissionale si delineò la possibilità di un'errata traduzione francese della nozione di "Allgemeinerkrankung", ma anche poiché l'eventualità, ventilata sempre in sede di Commissione, di utilizzare pure nella versione tedesca il termine di "übrige Erkrankungen" al posto di "Allgemeinerkrankung" non ha trovato riscontro nel testo definitivo approvato dalle Camere. Al consid. 6.5.6 l'Alta Corte ha stabilito che l'interpretazione restrittiva - in conformità al principio di base che considera quale eccezione l'assunzione per trattamenti dentari - della nozione (indeterminata) di malattia sistemica e la decisione del DFI di non inserire nell'elenco di cui all'art. 18 cpv. 1 OPre la patologia tumorale al seno (malattia oggetto del contendere nella DTF 130 V 472) non costituiscono uno sconfinamento manifesto dal quadro delle competenze delegategli dalla LAMal, anche perché, per il resto, l'OPre ha già ampiamente tenuto conto delle finalità perseguite dalla legge imponendo in vari ambiti un obbligo contributivo in relazione ai danni dentari e parodontali conseguenti a radio- e chemioterapie (v. art. 17 lett. b cifra 3 e lett. c cifre 1 e 2 nonché art. 18 cpv. 1 lett. a cifra 3). Ne discende che la norma di ordinanza è conforme alla legge e non opera una distinzione inammissibile che non trovi corrispondenza nella diversità delle fattispecie che la disciplina vuole regolare (DTF 129 I 3 consid. 3 frase introduttiva, DTF 128 I 312 consid. 7b, DTF 127 V 454 consid. 3b). Infine, al consid. 7 il TF ha evidenziato che la decisione di non inserire la patologia tumorale al seno non può neppure essere considerata lacunosa poiché le possibili ripercussioni negative sullo stato dei denti di un trattamento per la cura tumorale al seno, attestate dagli specialisti intervenuti, devono essere senz'altro note ai membri della Commissione federale delle prestazioni generali il cui compito consiste nel consigliare il dipartimento riguardo alla designazione delle prestazioni ai sensi dell'art. 33 OAMal (art. 37a e 37d OAMal; cfr. DTF 124 V 349 consid. 3b/bb). Non inserendo il tumore al seno, contrariamente a quanto per contro disposto ad esempio per le leucemie, nell'elenco di cui all'art. 18 OPre, si deve supporre, per quanto esposto in precedenza, che il DFI non abbia considerato la patologia in questione - anche se senz'altro grave - quale malattia che coinvolge l'intero organismo piuttosto che una singola parte o apparato di esso (cfr. il già citato Dizionario Enciclopedico Zanichelli di Scienze Mediche e Biologiche e di Biotecnologie). Queste considerazioni permettono di concludere per l'esistenza di un silenzio qualificato del legislatore (nell'evenienza il DFI) e non di una lacuna propria dell'ordinanza bisognosa di essere colmata dal giudice o di una svista o dimenticanza manifesta (DTF 124 V 349 consid. 3b/bb; EUGSTER, op. cit., pag. 263). Anche nel caso di specie, non vi sono motivi per ritenere una modifica dell'elenco delle patologie enumerate nell'art. 18 OPre, comunque non applicabile in concreto, rispettivamente nell'art. 19 OPre. Il ricorrente non apporta motivi tali da far ritenere che la lista debba essere aggiornata. La sola circostanza che la nevralgia del trigemino è una malattia grave nelle sue conseguenze e

che vi sono a disposizione, per combatterne i sintomi, solo antipsicotici che possono avere come effetti secondari attacchi epilettici, non è sufficiente per dover completare la lista. Esistono infatti numerose patologie che comportano gravi conseguenze e che sono curate con medicinali che possono avere conseguenze secondarie ma che non figurano nella lista. Con sentenza K 46/05 del 13 febbraio 2006 l'allora TFA ha rammentato, al consid. 5.1, che nel sistema delle liste il giudice non ha la possibilità di estendere il contenuto con un ragionamento analogico (cfr. anche RAMI 1990 pag. 449 consid. 1). I Tribunali devono dar prova di assoluto riserbo in casi come questi ed affidarsi alle decisioni degli esperti poiché non dispongono delle conoscenze necessarie per farsi un'opinione sulla questione senza ricorrere all'avviso di esperti e perché l'ordinanza, sovente modificata, può essere corretta in tempi brevi dal DFI. Prova ne è che la lista di cui all'art. 19 OPre è appena stata aggiornata, con effetto dal 1° luglio 2014, e l'inserimento della sindrome dell'apnea da sonno alla lett. e. Del resto, anche l'art. 19 OPre, come l'art. 18 OPre, interviene nel caso in cui si è in presenza di una malattia sistemica (cfr. art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal). Nel linguaggio medico le affezioni o malattie sistemiche sono quelle che tendono a coinvolgere un intero sistema (per esempio le osteopatie, i linfomi), o anche soltanto determinate strutture di un sistema o apparato (per esempio i cordoni laterali del midollo spinale nella sclerosi laterale amiotrofica; cfr. www.treccani.it/enciclopedia/sistemico, consultato il 1° dicembre 2014). In altre parole è una malattia che coinvolge l'intero organismo piuttosto che una singola parte o apparato di questo (medicina.zanichellipro.it/voce/32115/definizione-malattia-sistemica, consultato il 1° dicembre 2014). La nevralgia del trigemino è una forma comune di nevralgia parossistica che interessa i territori cutanei di innervazione del nervo V. Si ritiene provocata da una pressione esercitata da un'arteria su una radice del trigemino o da lesioni correlate a tumori o a sclerosi multipla. Il dolore intenso può provocare un tic facciale sul lato interessato (medicina.zanichellipro.it/voce/36915/definizione-nevralgia-del-trigemino, consultato il 1° dicembre 2014). Il "trigemino è composto dal V paio dei nervi cranici, così denominato perché suddiviso in 3 rami principali: nervo oftalmico, nervo mascellare, nervo mandibolare. Provvede alla sensibilità delle regioni superficiali e profonde della faccia e, con una porzione motoria, alla innervazione dei muscoli masticatori; comprende inoltre fibre neurovegetative per le secrezioni lacrimali, nasali, salivatorie e per la dilatazione dell'iride. Può essere colpito da processi distruttivi a livello dei suoi nuclei d'origine (siringobulbia, siringomielia, vasculopatie, tumori infiltranti ecc.) e in tal caso la sintomatologia, di tipo deficitario, costituisce un elemento di una sindrome clinica più complessa; può anche essere interessato da processi infiammatori (herpes zoster, meningiti basali) o espansivi (neurinomi, meningiomi, colesteatomi) che si sviluppano a livello del ganglio di Gasser o dei suoi rami. La malattia però peculiare del nervo trigemino è la nevralgia primitiva, detta anche essenziale o idiopatica perché a causa sinora sconosciuta. La nevralgia del trigemino decorre a fasi che possono avere la durata di qualche settimana o di qualche mese e che sono caratterizzate da crisi parossistiche di dolore lancinante o terebrante di durata brevissima ma con tendenza a ripetersi più volte nel corso della giornata. Esistono manovre (deglutire, masticare, parlare ecc.) o aree (regione sovraorbitaria, guancia, naso ecc.), dette trigger, in grado di scatenare la crisi dolorosa, peculiari per ciascun paziente. Le stesse manovre in taluni soggetti alleviano o bloccano la crisi. Gli intervalli fra le varie fasi possono avere la durata di parecchi anni, ma il carattere ingravescente dell'affezione fa sì che le fasi di sofferenza tendano a esser sempre più lunghe e sempre più brevi gli intervalli di benessere; caratteristicamente mancano nella

nevralgia essenziale fenomeni deficitari, mentre è ugualmente tipica l'associazione con fotofobia, lacrimazione, salivazione, midriasi, iperemia della faccia. La terapia è essenzialmente antidolorifica: si vale di mezzi farmacologici nei casi lievi e chirurgica nei casi ribelli e particolarmente ostinati. La terapia chirurgica ha lo scopo di ridurre il dolore pur preservando la funzione sensitiva e quella motoria. Se sono presenti piccoli vasi anomali che comprimono le radici trigeminali, è indicato un intervento di decompressione vascolare” (cfr. www.treccani.it/enciclopedia, consultato il 1° dicembre 2014). La nevralgia del trigemino, non appare essere una malattia sistemica e non rientra di conseguenza nelle malattie di cui all'art. 19 OPre (e 18 OPre). Essa infatti non coinvolge l'intero organismo o determinate strutture di un sistema o di un apparato (cfr. anche la DTF 130 V 472 dove al consid. 7 il TF ha stabilito che il tumore al seno, pur essendo una malattia grave, non è una patologia che coinvolge l'intero organismo piuttosto che una singola parte o apparato di questo). Non va poi dimenticato che, seppur grave, a mente di questo Tribunale, la nevralgia del trigemino non raggiunge in ogni caso la gravità delle patologie elencate nell'art. 19 OPre (sostituzione delle valvole cardiache, impianto di protesi vascolari o di shunt del cranio, interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita, radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna, endocardite, e, dal 1° luglio 2014, apnea da sonno). Essa non può pertanto essere paragonata alle malattie contenute nell'art. 19 OPre. Alla luce di tutte le argomentazioni sopra esposte, questo Tribunale, anche in considerazione della pluriennale giurisprudenza federale, non vede alcun motivo per estendere l'elenco dell'art. 19 OPre (e 18 OPre) anche alla nevralgia del trigemino.

2.8. Resta da esaminare se a giusta ragione l'assicuratore ha comunque deciso di rimborsare l'estrazione dell'impianto in titanio, ma non la ricostruzione del ponte. L'assicuratore, con riferimento ad una sentenza del 17 luglio 1999 pubblicata in RAMI 1999 pag. 457 e seguenti, rileva che se in seguito a trattamenti non coperti dalla LAMal, come in concreto (l'impianto è stato inserito in seguito alla carie del dente 21), sorgono delle complicazioni che causano un danno indipendente dal punto di vista terapeutico e diagnostico (in concreto: nevralgia del trigemino), vi è un obbligo di copertura per la cura della malattia che tuttavia si limita a quegli interventi necessari per ripristinare lo stato di salute iniziale, ma non può essere esteso agli interventi che, sin dall'inizio, non erano a carico dell'assicurazione obbligatoria.

2.9. Nella citata sentenza del 17 luglio 1999 pubblicata in RAMI 1999 a pag. 457, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha stabilito che in tema di prestazioni non obbligatorie, anche le complicazioni – come del resto i necessari provvedimenti preliminari e consecutivi – non sono di massima a carico dell'assicuratore malattie, salvo comportino un danno a sé stante dal profilo diagnostico e terapeutico. In tal caso sussiste un obbligo di prestare anche se i postumi che necessitano di cure sono in correlazione oggettiva e temporanea più o meno stretta con il provvedimento non a carico d'obbligo (consid. 3b). La sindrome di iperstimolazione, che insorge in circa l'uno per cento nei casi di terapie mediante fecondazione in vitro, costituisce un evento morboso a sé stante (consid. 4b). Il TFA ha affermato: " (...) b) Soweit die Kasse damit das Risiko von Folgeschäden nach nichtpflichtigen Massnahmen generell von der Leistungspflicht des Krankenversicherers ausgeschlossen haben will, kann ihr nach dem Gesagten nicht beigeplichtet werden. Eine solche Auffassung lässt sich mit der ursacheunabhängigen Leistungspflicht der Krankenversicherer und dem durch die weite Umschreibung des Krankheitsbegriffs verfolgten Zweck eines möglichst lückenlosen Versicherungsschutzes in der sozialen Kranken- und Unfallversicherung (oben Erw. 2a) nicht vereinbaren. Der Kasse ist lediglich insofern beizupflichten, als bei

Nichtpflichtleistungen auch die allenfalls notwendigen Vor- und Nachbehandlungen nicht zu Lasten des Krankenversicherers gehen. Gleich verhält es sich grundsätzlich bei Komplikationen (vgl. zu diesem Begriff: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 257. Aufl., S. 808), die während der Durchführung nichtpflichtiger Massnahmen oder unmittelbar im Anschluss daran auftreten und sich in einer ungünstigen Beeinflussung einer Erkrankung oder einer ärztlichen Massnahme erschöpfen. Führen sie dagegen zu einem (unter diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten) selbständigen Schaden, ist die Leistungspflicht des Krankenversicherers im Sinne der Rechtsprechung zu bejahen, selbst wenn der behandlungsbedürftige Folgeschaden in einem mehr oder weniger engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der nichtpflichtigen Massnahme steht. 4.- a) Im vorliegenden Fall ist drei Tage nach einer nichtpflichtigen IVF-Behandlung ein Hyperstimulationssyndrom mit starken Bauchschmerzen (akutes Abdomen) aufgetreten, was einen Spitalaufenthalt erforderlich machte. Nach den unbestritten gebliebenen Feststellungen in dem von der Beschwerdegegnerin eingereichten Bericht des Dr. med. V., Leitender Arzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am Spital Y., vom 23. Januar 1998 wird die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines schweren Hyperstimulations-Syndromes nach IVF-Behandlungen mit etwa 1% angegeben; das Vollbild entwickelt sich zwischen 8 und 10 Tagen nach der Stimulation, wobei es bei eingetretener Schwangerschaft nochmals zu einem Hyperstimulationssyndrom und Komplikationen aus diesem Krankheitsbild kommen kann. b) In einer Stellungnahme zuhanden des Vertrauensarztes des Krankenversicherers vom 3. Juli 1996 führt Dr. V. zwar aus, dass die Versicherte im Zeitpunkt der notfallmässigen Hospitalisation <<zumindest laborchemisch>> schwanger gewesen sei. In den Berichten des Spitals Y. wird das Hyperstimulationssyndrom jedoch ausdrücklich auf die IVF-Behandlung zurückgeführt. Es ist daher davon auszugehen, dass das abklärungs- und behandlungsbedürftige Syndrom eine direkte Folge der nichtpflichtigen IVF-Behandlung war. Das Hyperstimulationssyndrom steht wohl in einem engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der nichtpflichtigen IVF-Behandlung. Es stellt unter diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten aber klarerweise ein selbstständiges Krankheitsgeschehen dar, weshalb die Beschwerdeführerin hierfür leistungspflichtig ist. Unbestritten ist, dass der Spitalaufenthalt als solcher und in der gegebenen Dauer medizinisch indiziert war. Auch bringt die Beschwerdeführerin gegen die in Rechnung gestellten Kosten in Höhe von Fr. 6160.- nichts vor. Die Beschwerdegegnerin hat daher für den streitigen Spitalaufenthalt vollumfänglich aufzukommen, wie die Vorinstanz zu Recht entschieden hat.“ In una sentenza K 79/02 del 10 febbraio 2003, al consid. 3.1 l’ allora TFA ha giudicato il caso di un assicurato il quale non aveva voluto pagare la franchigia dovuta in seguito ad un’operazione sostenendo che l’intervento era diventato necessario a causa di un errore medico avvenuto in seguito ad una prestazione effettuata alcuni mesi prima (cfr. consid. B). L’Alta Corte, al consid. 3.1 ha tra l’altro affermato che “ die Krankenversicherer, sofern eine Pflicht zur Kostenübernahme besteht, eine Kostenvergütung auch dann zu leisten haben, wenn eine therapeutische Massnahme den angestrebten Erfolg (zunächst) nicht erreicht, eine Komplikation auftritt (vgl. zu diesem Begriff: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl., S. 886) und deswegen eine Reoperation erforderlich wird (vgl. RKUV 1999 Nr. KV 91 S. 460 Erw. 3b zu Folgeschäden bei Nichtpflichtleistungen). Das Ziel der ärztlichen Behandlung ist nach dem Konzept des KVG letztlich die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (BGE 121 V 295 Erw. 4b mit Hinweis; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale

Sicherheit, S. 56 Rz 109 in fine mit Hinweisen, insbesondere Fn 226) “ ed ha stabilito, al consid. 3.2, che l’assicuratore, a giusta ragione, ha rimborsato l’intervento e chiesto all’assicurato il versamento della franchigia (“ Im Lichte dieser Ausführungen sowie vor dem Hintergrund, dass die vom Krankenversicherer zu übernehmenden Leistungen insbesondere die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die stationär von den in Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1-3 KVG aufgezählten Personen durchgeführt werden, (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG) umfassen, hat die SWICA die Kosten für den am 15. Dezember 2000 stattgefundenen operativen Folgeeingriff und den dadurch bedingten Spitalaufenthalt zu Recht erstattet. Daraus resultiert ohne weiteres, dass sich der Beschwerdegegner gemäss Art. 64 Abs. 1 KVG nach Massgabe der von ihm gewählten Franchise und des gesetzlich festgelegten Selbstbehaltes an diesen Kosten zu beteiligen hat. Ob die Leckage des eingesetzten Magenbandes und damit die Operation vom 15. Dezember 2000 auf eine ärztliche Fehlbehandlung bzw. einen Kunstfehler beim ersten Eingriff im August 1999 zurückzuführen ist - was die SWICA gestützt auf den Operationsbericht vom 15. Dezember 2000, den Austrittsbericht vom 21. Dezember 2000 sowie die vertrauensärztliche Stellungnahme vom 13. März 2001 verneint -, ist nicht im krankenversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren zu prüfen “). Il concetto è stato ribadito in una sentenza 9C_703/2010 del 31 gennaio 2011 („ Die Krankenversicherer haben bei Pflichtleistungen auch dann eine Kostenvergütung zu leisten, wenn eine therapeutische Massnahme den angestrebten Erfolg (zunächst) nicht erreicht, eine Komplikation auftritt und deswegen eine Reoperation erforderlich wird (RKUV 2003 Nr. KV 251 S. 226, K_79/02 E. 3.1). Das Ziel der ärztlichen Behandlung ist nach dem Konzept des KVG letztlich die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (BGE 130 V 532 E. 2.2 S. 535 f.; 121 V 289 E. 4b S. 295; 121 V 302 E. 5b S. 305 f.; Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, N. 2 zu Art. 25 KVG). “). Con sentenza 9C_703/2012 dell’11 luglio 2013, in un caso in cui era stata utilizzata una narcosi totale, che l’assicuratore si è rifiutato di rimborsare poiché effettuata nell’ambito di un intervento ai denti che non rientrava nell’obbligo contributivo ai sensi dell’art. 31 LAMal, il TF ha affermato: ”

E. 2.4

L'art. 17 OPre 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 medicamenti; 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." 2.5. L'art. 18 OPre 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,

E. 3

leucemie,

E. 3.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt grundsätzlich keine zahnärztlichen Behandlungen; ausnahmsweise besteht eine Leistungspflicht für die in Art. 31 KVG vorgesehenen und in Art. 17 bis 19a der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) konkretisierten Fälle. Bedarf die zahnärztliche Behandlung medizinischer Vorbereitungsmaßnahmen, stellen auch diese Vorkehren, unabhängig von der ausführenden Person, keine Pflichtleistung der Krankenkassen dar. Dabei ist nicht massgeblich, dass eine Behandlung - für sich allein betrachtet - eine rein medizinische Massnahme darstellt. Ebenso wenig kommt es darauf an, dass der Eingriff nicht in einer Zahnarztpraxis und nur von einem Arzt mit Spezialausbildung durchgeführt werden kann (Urteil K 129/94 vom 30. Mai 1995 E. 2 mit Hinweis auf RKUV 1991 Nr. K 877 S. 252, K 51/90 E. 3). An dieser, unter Geltung des mit Inkrafttreten des KVG aufgehobenen Bundesgesetzes vom 13. Juni 2011 über die Krankenversicherung (KUVG) entwickelten Rechtsprechung ist, zumindest im Grundsatz (vgl. E. 3.2), weiterhin festzuhalten (vgl. Urteil K 64/04 vom 14. April 2005 E. 3.1; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 2. Aufl. 2007, S. 609 Rz. 634).

E. 3.2

Fraglich kann sein, ob dennoch eine Leistungspflicht der Krankenversicherung besteht, wenn zum Zweck der nicht versicherten zahnmedizinischen Behandlung die ärztliche Behandlung einer Krankheit notwendig ist (EUGSTER, a.a.O., insbesondere Fussnote 928). Das Eidg. Versicherungsgericht verneinte die Leistungspflicht für Anästhesie- und Klinikkosten, obwohl bei früheren zahnärztlichen Eingriffen schwere kardiale Komplikationen auftraten (Urteil K 129/94 vom 30. Mai 1995) oder sich der Patient in allgemein schlechtem Gesundheitszustand befand (Urteil K 64/04 vom 14. April 2005). Im konkreten Fall ist die Anästhesie angesichts der ihr zugrunde liegenden therapeutischen Zielsetzung als zahnärztliche Behandlung zu betrachten (BGE 128 V 143 E. 4b S. 143 f.; EUGSTER, a.a.O., S. 548 Rz. 448); weiter spricht der Umstand, dass sie nicht der Behandlung des psychischen Leidens dient, eher gegen eine Leistungspflicht. In diesem Zusammenhang zielt die Argumentation, eine psychotherapeutische Behandlung komme teurer zu stehen als die Narkose, ins Leere: Einerseits fällt eine Austauschbefugnis von vornherein ausser Betracht, wenn die psychische Beeinträchtigung für sich allein nicht behandlungsbedürftig ist; andererseits können Pflichtleistungen nicht durch Nichtpflichtleistungen ersetzt werden (BGE 131 V 107 E. 3.2.2 S. 111 f.; Urteil 9C_1009/2010 vom 29. Juli 2011 E. 2.4). (...)“ Va ancora evidenziato che con mozione n. 12.3246 del 15 marzo 2012 della consigliera nazionale Ruth Humbel (intitolata: “ Nessun obbligo per le casse malati di assumere i costi derivanti da interventi di natura cosmetica senza indicazione medica ”), accettata l'11 settembre 2013 dal Consiglio nazionale ma definitivamente respinta il 13 giugno 2014 dal Consiglio degli Stati, il Consiglio federale era stato incaricato di recepire nella LAMal le basi legali affinché i costi derivanti da errori

di trattamento, complicazioni e reazioni di incompatibilità subentrati in seguito a interventi di medicina estetica non soggetti all'obbligo di rimborso da parte delle casse malati fossero esclusi dall'obbligo di rimborso. La consigliera nazionale aveva rilevato che “ se in un trattamento del genere qualcosa va storto e intervengono complicazioni o reazioni di incompatibilità, i trattamenti successivi necessari o gli eventuali interventi operativi di correzione devono essere assunti dalle casse malati. In tale contesto si pone la questione fondamentale se spetti a un'assicurazione sociale obbligatoria cofinanziare interventi lifestyle e i costi che ne derivano ”. Il 23 maggio 2012 il Consiglio federale aveva chiesto di respingere la mozione affermando che in “ virtù della legge sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10), l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni necessarie per la diagnosi o la cura di una malattia e delle sue conseguenze. La legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) definisce il concetto di malattia, determinante per la LAMal, come "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 ". Per la definizione di malattia, la causa del danno alla salute fisica, mentale o psichica non ha alcuna importanza, sempreché possa essere escluso l'infortunio. Secondo i dati forniti da medici di fiducia (non sono disponibili dati ufficiali), le complicazioni risultanti da interventi di chirurgia estetica per le quali sono necessarie cure sono rare e i costi verosimilmente ammontano a meno di 2 milioni di franchi all'anno. In molti casi sarebbe inoltre difficile provare che un tale intervento sia stato la causa del trattamento reso necessario in seguito. La prova della causalità costituirebbe un fattore non trascurabile, che a sua volta potrebbe generare ulteriori costi per le prestazioni che eventualmente ne conseguono, come l'allestimento di una perizia. In generale eseguito precedentemente. Per gli assicuratori non sarebbero da escludere procedure finanziariamente onerose per registrare e distinguere tali interventi, con il risultato che il risparmio realizzato potrebbe non essere sufficiente a coprire l'onere amministrativo. Nella sua risposta alla mozione Humbel 08.3201, il Consiglio federale ha già fatto presente che nell'applicazione della LAMal finora non si è tenuto conto della colpa dell'assicurato per decidere in merito all'assunzione dei costi. Anche dal profilo etico è molto delicato chiedersi a partire da quale momento un assicurato è responsabile per un danno arrecato alla sua salute. Inoltre, ci sono numerosi altri comportamenti e attività considerati a rischio che possono avere conseguenze dannose per la salute. Obiettivamente e in considerazione del principio della parità di trattamento non è quindi giustificabile escludere dall'obbligo di prestazione solo le cure successive a interventi di chirurgia estetica non soggetti all'obbligo di rimborso da parte della cassa malati. Pertanto il Consiglio federale non ritiene appropriata la misura proposta. Il Consiglio federale propone di respingere la mozione ” (cfr. rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati del 15 maggio 2014). In una sentenza 9C_365/2010 del 28 febbraio 2011, al consid. 2, il TF ha ricordato che un difetto estetico non configura di per sé un rischio (di malattia) assicurato dalla LAMal (cfr. anche DTF 111 V 231, consid. 1a). Nondimeno, se un simile difetto provoca disturbi di valore patologico, il trattamento medico - e con esso la rimozione del difetto estetico quale causa della malattia – messo in atto per la cura di queste conseguenze patologiche costituisce una prestazione obbligatoria (RAMI 1992 n° KV 903 pag. 231 consid. 2c, 1991 n° KV 876 pag. 247 consid. 2b, sentenza K 87/02 del 24 dicembre 2002 consid. 1.2). Similmente l'assicuratore malattie è chiamato ad assumersi, a determinate condizioni, i costi di un intervento chirurgico eseguito per il trattamento di un difetto estetico secondario, dovuto a

una malattia o a un infortunio (DTF 121 V 119 consid. 1 pag. 121; cfr. anche sentenza 9C_126/2008 del 30 ottobre 2008 consid. 4.1). In DTF 138 V 131 il TF ha esaminato le condizioni della presa a carico di una ricostruzione mammaria a seguito di un'amputazione parziale o totale di un seno sulla base dei principi sviluppati in DTF 111 V 229 (consid. 8.2.1) ed ha stabilito che l'intervento che permette il rifacimento del petto restituendo al seno amputato il suo volume e la sua forma originari - senza che sia necessario operare il seno sano per ristabilire la simmetria mammaria -, che dovrebbe di principio costituire la regola dal punto di vista dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, può in determinati casi non essere adeguato o non adempiere lo scopo e le esigenze della LAMal (precisazione della giurisprudenza; consid. 8.2.2). Infine, non va dimenticato che con sentenza del 22 aprile 2002 pubblicata in DTF 128 V 143 (cfr. anche DTF 136 V 84 e DTF 137 V 31), 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. Per quel che attiene la sede d'applicazione, configurano cure dentarie - come secondo la giurisprudenza costante resa vigente la LAMI - sostanzialmente i provvedimenti terapeutici applicati all'apparato masticatorio. Lo scopo terapeutico, criterio pure quest'ultimo decisivo, va determinato avuto riguardo alla parte del corpo o alla funzione che direttamente deve essere curata o ripristinata. La posa di un accorgimento agevolante lo sminuzzamento degli alimenti, inteso a sgravare la muscolatura e l'articolazione della mascella configura una cura medica. In SVR 2002, KV Nr. 46, pag. 167, l'allora TFA ha precisato: " 3. a) Die Krankenkasse verneinte von vornherein eine Leistungspflicht im Wesentlichen mit der Begründung, die gesetzlichen Voraussetzungen für die Übernahme der Zahnbehandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17-19a KLV seien nicht erfüllt. b) Die Beschwerdeführerin liess im vorinstanzlichen Verfahren zunächst geltend machen, ihre Beschwerden seien sowohl unter Art. 17 lit. f KLV (Dysgnathie) wie auch unter Art. 19a Abs. 2 Ziff. 21 und 22 KLV (Mordex apertus und Prognathia) zu subsumieren, weshalb die daraus hervorgehenden zahnärztlichen Behandlungen von der Krankenkasse zu übernehmen seien. In ihrer abschliessenden Stellungnahme sodann qualifizierte sie den streitigen Eingriff als allgemeinchirurgische Behandlung, welche die Krankenkasse nach Massgabe von Art. 25 KVG zu übernehmen habe. c) Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich legte in seinem Entscheid zunächst dar, dass - wie die Versicherte inzwischen selber einräume - weder ein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 19a KLV noch eine Dysgnathie, die zu Störungen mit Krankheitswert geführt habe, vorliege, weshalb eine Leistungspflicht für eine zahnärztliche Behandlung zu verneinen sei. Eine Leistungspflicht für eine allfällige ärztliche Behandlung gemäss Art. 25 KVG sei sodann wegen Fehlens des Krankheitswertes nicht gegeben. Da der erfolgte kieferchirurgische Eingriff demnach weder als ärztliche noch als zahnärztliche Behandlung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen wäre, könne die Frage, ob eine ärztliche oder eine zahnärztliche Behandlung vorliege, offen bleiben. d) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beruft sich die Beschwerdeführerin auf eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine ärztliche Behandlung gemäss Art. 25 KVG, wobei der erforderliche Krankheitswert gegeben sei. Die Beschwerdegegnerin vertritt demgegenüber den Standpunkt, dass nur eine Leistungspflicht für eine zahnärztliche Behandlung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. f KLV in Frage kommen könne, wobei die entsprechenden Voraussetzungen für eine Leistungspflicht nicht erfüllt seien. 4. a) Die im Vordergrund stehenden Kriterien

für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sind der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung. aa) Stellt man zunächst auf den Ansatzpunkt ab, sind zahnärztliche Behandlungen - wie bereits gemäss konstanter Rechtsprechung zum KUVG - grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem. Darunter fallen die Behandlung der Zähne, des Zahnhalteapparates sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120 V 195 E. 2b). bb) Als weiteres entscheidendes Kriterium dient die therapeutische Zielsetzung, die sich danach bestimmt, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden soll (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVRJ, Soziale Sicherheit, Fn 333). ec) Einige Beispiele mögen der Veranschaulichung dienen: Während etwa bei der Überkronung eines schadhafte Zahnes Ansatzpunkt und therapeutische Zielsetzung den gleichen Zahn betreffen, können sie auch verschiedene Bereiche erfassen. Eine Aufbisschiene beispielweise, die nicht zur Verbesserung der Funktion der Zähne bei der Zerkleinerung der Nahrung, sondern zur Entlastung arthrotischer Kiefergelenke angebracht wird, setzt zwar am Zahnapparat an, bezweckt aber die Therapie der Kieferarthrose. In solchen Fällen wird im Allgemeinen der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht beizumessen sein, was bedeutet, dass das Anbringen einer solchen Aufbisschiene als ärztliche Massnahme anzusehen ist. Umgekehrt liegt eine zahnärztliche Behandlung vor, wenn sie die Zähne als solche oder ihre vordringliche Funktion zur Zerkleinerung der Nahrung (Verbesserung der Bissverhältnisse) betrifft. Daran ändert auch nichts, wenn der Ansatzpunkt der Behandlung im Kieferbereich ausserhalb des Zahnapparates und des Parodonts liegt. Die therapeutische Zielsetzung, die auf eine Verbesserung dieser Funktion gerichtet ist, gibt den Ausschlag und macht die Behandlung zu einer zahnärztlichen. b) Die genannten Kriterien dürften im Allgemeinen zur Unterscheidung zwischen zahnärztlicher und ärztlicher Behandlung ausreichen. Soweit es nötig sein sollte, könnten ergänzend weitere sachdienliche Kriterien herangezogen werden (vgl. zum Ganzen zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil K. vom 22. April 2002, K 172/00). c) Während die Kosten für eine ärztliche Behandlung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei gegebenem Krankheitswert nach Massgabe von Art. 25 KVG zu übernehmen sind, richtet sich die Leistungspflicht für eine zahnärztliche Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17 ff. KLV. 5. Ansatzpunkt der streitigen operativen Behandlung des offenen Bisses und der Retromaxillie sind der Zahnapparat und der Kieferbereich. Die therapeutische Zielsetzung bedarf einer differenzierten Betrachtung. a) Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der operative Eingriff habe dazu gedient, ihre äussere Erscheinung im Gesichtsbereich ästhetischer zu machen und damit ihre Hemmungen abzubauen, an denen sie seit ihrer Kindheit leide, beruft sie sich auf eine therapeutische Zielsetzung, die im psychischen Bereich liegt. Zur Diskussion steht damit eine ärztliche Massnahme. Der Krankheitswert, der erforderlich wäre, damit die Behandlung die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 25 KVG zu begründen vermöchte, ist indessen nicht gegeben. Die Angabe in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, wonach die Versicherte mit einem Antidepressivum behandelt worden sei, ist zu vage, als dass daraus auf eine psychische Erkrankung mit Krankheitswert geschlossen werden könnte. Der Vollständigkeit halber ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass auch im von der Beschwerdeführerin aufgelegten Bericht des Prof. Dr. Dr. A, Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Spitals O vom 29. November 2001, nichts auf eine solche

Erkrankung hindeutet. b) Soweit die Beschwerdeführerin indessen geltend macht, die Operation habe einer Verbesserung der Bissverhältnisse gedient, handelt es sich von der therapeutischen Zielsetzung her um eine zahnärztliche Massnahme. Eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. f KLV liegt indessen nicht vor. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin an einer Dysgnathie, die zu Störungen mit Krankheitswert, namentlich zu einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie, geführt hätte, litt. Der offene Biss und die Retromaxillie, welche bei der Versicherten zu wenig ausgeprägt gewesen sind, als dass sie ein Geburtsgebrecchen im Sinne von Art. 13 IVG dargestellt hätten, mögen wohl der äusseren Erscheinung Abbruch tun; von einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie kann indessen nicht die Rede sein. Diesbezüglich kann auch auf den Bild-Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (SSO-Atlas), herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft SSO, 1996, verwiesen werden, wo unter Asymmetrie im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV der offene Biss und die Retromaxillie nicht aufgeführt sind. c) Ist demzufolge die Beschwerdegegnerin weder für die Kosten einer ärztlichen noch einer zahnärztlichen Behandlung leistungspflichtig, ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abzuweisen." 2.10. In concreto è pacifico che il ricorrente, prima dell'insorgere della nevralgia del trigemino, ha subito un intervento ai denti non soggetto a rimborso da parte della LAMal. All'interessato è stato estratto un dente (21), poi sostituito con un impianto enossale in titanio e una sovrastruttura in porcellana (cfr. doc. 14, affermazioni del dr. med. _____ "Zahn 21 war nicht beschwerdefrei. Eine Revision der insuffizienten Wurzelfüllung schied aus verschiedenen Gründen aus. Daher erfolgte mit Zustimmung des Patienten die Extraktion und die anschliessende Sofort-Versorgung der entstandenen Schallücke mit einer Klebebrücke, später definitiv mit einem enossalen Titan-Implantat und einer Suprakonstruktion Vollporzellankrone"). Non è neppure contestata la circostanza che in seguito a questo intervento, è sorta una nevralgia del trigemino (cfr. anche doc. A4, presa di posizione del 5 marzo 2013 del dr. med. _____), che tuttavia, come ammette l'assicuratore, non è più compresa nella diagnosi/terapia originaria, ma ne è indipendente e pertanto va assunta dall'assicurazione obbligatoria. La Cassa ha così correttamente rimborsato l'intervento che ha consentito di togliere l'impianto, conformemente a quanto prevede la sentenza pubblicata in RAMI 1999, pag. 457 e seguenti, trattandosi di una cura medica atta a guarire una malattia. Tuttavia, con l'estrazione dell'impianto la cura della nevralgia del trigemino è terminata, nel senso che la ricostruzione del dente e del nuovo impianto esula dal trattamento della patologia, essendo il suo scopo di carattere prevalentemente dentario. Ritenuto che all'origine della ricostruzione del dente, e meglio dell'inserimento dell'impianto, prima dell'insorgenza della nevralgia del trigemino vi era una patologia evitabile dell'apparato masticatorio, l'intervento ricostruttivo non può essere messo a carico dell'assicurazione. In caso contrario si ricadrebbe nell'applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal (e 19 OPre). All'insorgente non può neppure essere d'aiuto la giurisprudenza sviluppata nell'ambito degli interventi estetici, ritenuto come nel caso di specie non vi è una lesione alla salute delle caratteristiche secondarie dell'assicurato e, in ogni caso, non vi è, alla base, una patologia psichica. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. Essendo il ricorrente perdente in causa, la richiesta di rimborso delle spese di traduzione va respinta, senza che sia necessario esaminarne il fondamento. 2.11. L'insorgente ha chiesto di sentire il dr. med. _____, il dr. med. _____ ed il dr. med. _____ (doc. I) ed ha domandato l'allestimento di una perizia atta a stabilire se la

nevralgia del trigemino dipende dall'inserimento di un impianto di cattiva qualità da parte del dr. _____, dal quale richiama tutti gli atti (anamnesi, giustificativi dei costi, ecc.),. Il TCA rinuncia all'assunzione delle prove richieste. La qualità dell'impianto, come sottolinea l'assicuratore (doc. IX), non è rilevante per l'esito della vertenza, poiché non è contestato che per la cura della nevralgia del trigemino era necessario togliere l'impianto indipendentemente dalla sua qualità. Non è neppure utile sentire i medici citati dal ricorrente, poiché non apporterebbero alcun aiuto all'assicurato ritenuto che non sono necessari ulteriori accertamenti medici per decidere nel merito della vertenza. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

E. 4

sindromi mielodisplastiche (SMD),

E. 5

diatesi emorragiche.

E. 6

sindrome pre-leucemica,

E. 7

granulocitopenia cronica,

E. 8

sindrome del «lazy-leucocyte»,

E. 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 psoriatca 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." Per il cpv. 2 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 dell'intervento unicamente se l'assicurato soffre di una delle patologie elencate (cfr. DTF 130 V 472, consid. 2.4 non pubblicato; DTF 129 V 83 consid. 1.3). 2.6. Secondo l'art. 19

OPre (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." e dal 1° luglio 2014 anche la sindrome dell'apnea da sonno (RU 2014 pag. 1251). 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 del 15 luglio 2004, inc. K 68/03 = DTF 130 V 472, consid. 4.2 non pubblicato; cfr. anche DTF 124 V 199 consid. 2; G. 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).

2.7. Nel caso di specie l'insorgente sostiene in primo luogo che l'assicuratore deve assumersi i costi dell'intervento in applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal, in combinazione con l'art. 18 OPre. Il ricorrente afferma che le nevralgie rientrano tra le malattie con postumi particolarmente gravi e che i forti dolori possono portare al completo isolamento della persona che ne è affetta, al deterioramento mentale fino al suicidio. Se è il trigemino ad essere colpito, la corrispondente metà del viso si contrae e se è colpito il ramo del trigemino che porta fino ai denti, anche la parole ed il mangiare diventano impossibili. Si tratta di conseguenza di una malattia particolarmente grave che quanto ai sintomi si differenzia dalle malattie elencate nell'art. 18 cpv. 1 lett. c OPre, " non però quanto alla gravità delle conseguenze specifiche; ciò vale in particolare per la poliartrite cronica giusta la cifra 1 ". Inoltre per combattere i sintomi di una nevralgia sono a disposizione solo antipsicotici che a seconda della dose e composizione possono avere come effetto collaterale attacchi epilettici. Il trattamento farmacologico non porta ad alcun beneficio ma tende solo a peggiorare la situazione. L'insorgente chiede pertanto che il catalogo delle prestazioni di cui all'art. 18 lett. c OPre venga esteso anche alla nevralgia del trigemino. Innanzitutto, va rammentato che per l'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie se le affezioni sono causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi. L'art. 18 OPre (realizzato a concretizzazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal) enumera le malattie gravi suscettibili di ocasionare dei trattamenti dentari che, come tali, non costituiscono affezioni dell'apparato masticatorio, ma tuttavia gli sono di nocumento. Il legislatore ha in sostanza voluto prevedere, alla lett. b dell'art. 31 LAMal, l'assunzione delle cure dentarie per le affezioni causate da una malattia grave sistemica e dai suoi postumi (cfr. DTF 130 V 472 consid. 6.5.4 in fine). Secondo la 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 130 V 472 cons. 5.2, DTF 128 V 69, consid. 5b), purché l'affezione dentaria non sia oggettivamente evitabile (DTF 130 V 472 consid. 5.2; DTF 128 V 59). In concreto tuttavia non è stata la nevralgia del trigemino, o la sua cura, a causare un danno ai denti e conseguentemente la necessità di un intervento. Al contrario, il trattamento dentario (estrazione dell'impianto) si è reso necessario per curare la nevralgia del trigemino. In altre parole la problematica ai denti non è stata causata da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi. Già solo per questo motivo va esclusa l'applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal e dell'art. 18 OPre. Pacifico, e non contestato, che in concreto non trova applicazione l'art. 17 OPre, occorre semmai stabilire

se la malattia di cui era affetto l'insorgente rientra nell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal (e 19 OPre), per il quale l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi. Con sentenza K 68/03 del 15 luglio 2004, al consid. 2.4, non pubblicato nella DTF 130 V 472, il TF ha affermato che “ 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 seguenti consid. 3a) ”. Il medesimo concetto era stato espresso al consid. 2.4 della sentenza K 139/02 del 22 aprile 2004 anch'esso non pubblicato in DTF 130 V 294, in DTF 129 V 80 al consid.

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