

## **TI\_GERICHTE 36.2016.85 vom 14. September 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-09-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2016.85](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.85)

FR: TI\_GERICHTE 36.2016.85 du 14 septembre 2017

IT: TI\_GERICHTE 36.2016.85 del 14 settembre 2017

### **Regeste**

La placca di Michigan ha per scopo di alleviare la muscolatura e l'articolazione della mascella, perciò costituisce un trattamento medico e non dentario, che soggiace all'elenco positivo e non figurando nell'EMAp non può essere preso a carico da LAMal. Rinvio x stabilire quantum x diagnosi gnatologica

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.09.2017 36.2016.85 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.09.2017 36.2016.85 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.09.2017 36.2016.85

La placca di Michigan ha per scopo di alleviare la muscolatura e l'articolazione della mascella, perciò costituisce un trattamento medico e non dentario, che soggiace all'elenco positivo e non figurando nell'EMAp non può essere preso a carico da LAMal. Rinvio x stabilire quantum x diagnosi gnatologica

accomandata Incarto n. 36.2016.85 TB / sc Lugano 14 settembre 2017 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici visto il ricorso dell' 11 agosto 2016 interposto da RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione su opposizione del 17 giugno 2016 emanata da CO 1 in materia di assicurazione sociale contro le malattie considerato in fatto e in diritto · che, con ricorso datato 11 agosto 2016 (doc. I) RI 1, patrocinata da RA 1, ha chiesto al Tribunale cantonale delle assicurazioni di annullare la decisione resa su opposizione il precedente 17 giugno 2016 dal proprio assicuratore malattia sociale CO 1, e di riconoscerle integralmente il diritto al rimborso delle prestazioni assicurative riferite sia al preventivo di diagnosi gnatologica di CHF 932,35, sia al preventivo relativo alla terapia bite di CHF 4'453,20, allestiti il 23 ottobre 2014 (doc. 4) dal suo medico dentista curante dr. med. dent. \_\_\_\_\_; · che, con risposta del 12 settembre 2016 (doc. V), CO 1 ha postulato la reiezione del gravame. L'assicuratore ha evidenziato come, per costante giurisprudenza federale in materia (DTF 136 V 84; STF 9C\_827/2009 del 25 febbraio 2010), le prestazioni direttamente connesse con la ferula di Michigan e con la sua realizzazione non possono essere rimborsate dalla Cassa malati non rientrando questo dispositivo nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp); · che l'assicuratore ha ricordato come i costi a carico della Cassa malati per una cura medica con ferula di Michigan comprendano solo gli accertamenti, la diagnostica, gli adattamenti e i controlli. In concreto l'assicuratore ha comunque respinto il rimborso dei costi di diagnosi gnatologica siccome già stata effettuata nel 2013 (doc. 6) e nel 2014 (doc. 7) da altri due specialisti e, quindi, le relative spese già state riconosciute dalla Cassa malati giusta l'art. 25 LAMal quali cure mediche (doc. 8). L'assicuratore ha quindi ribadito il suo rifiuto di riconoscere prestazioni identiche (doc. 10); · che le parti hanno avuto occasione di ulteriormente esprimersi in merito alle rispettive posizioni confermandosi nelle rispettive

conclusioni (doc. VII, IX, XI); · che, il 14 febbraio 2017 (doc. XV), le parti sono state sentite nel corso di un'udienza nel corso della quale è emerso, per la prima volta, che la ferula di Michigan allestita nel 2013 ed applicata nel mascellare superiore della bocca non aveva risolto il problema dell'assicurata non alleviando i dolori persistenti che si aggravavano nel tempo, e che il curante dr. \_\_\_\_\_ ha proposto quale cura, la posa di una ferula sull'arcata inferiore dei denti. La nuova ferula è risultata efficace; · che, alla luce della situazione di diritto scaturente dalla giurisprudenza federale, il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha voluto verificare, il 9 marzo 2017 (doc. XVI), presso l'Ufficio federale della sanità pubblica, l'esistenza di una volontà di modifica dell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMap) con l'eventuale inserimento in futuro della placca di Michigan. L'autorità federale ha negato la circostanza con scritto del 22 maggio 2017 (doc. XX); · che, successivamente all'udienza, il medico dentista curante dr. \_\_\_\_\_ ha riscritto la fattura delle sue prestazioni (il 7 marzo 2017, doc. E) applicando il tariffario SSO, contemplante un unico importo di CHF 5'888,40 comprensivo di CHF 500.- di laboratorio e di CHF 1'260.- per medicinali e materiale di profilassi; · che il doc. E è stato sottoposto al dentista di fiducia della Cassa malati per una nuova valutazione alla luce anche della novità emersa in udienza riguardo al posizionamento della ferula (doc. XXIII). Con scritto 27 luglio 2017 (doc. XXVII) la Cassa malati ha comunicato al TCA di riconoscere, quali prestazioni assicurate in applicazione dell'art. 25 LAMal (considerate franchigia e partecipazione alle spese imposte dalla LAMal) talune posizioni (evidenziate in giallo dal medico dentista fiduciario sulla fattura del dr. \_\_\_\_\_ doc. XXVII/1). L'assicuratore ha quindi ammesso un obbligo prestativo per complessivi CHF 747,10; · che, mediante scritto 11 settembre 2017 (doc. XXIX), la ricorrente ha informato il Tribunale di accettare "i dettami" dello scritto dell'assicuratore postulando lo stralcio della procedura e di essere posta al beneficio di congrue ripetibili; · che la fattispecie in esame, alla luce del tema proposto ampiamente sviluppato dalla giurisprudenza federale (e cantonale) nel suo merito, e dell'assenza di difficoltà istruttorie, di complessità nonché della linearità dei fatti così come emersi all'udienza del 14 settembre 2017, può essere deciso a giudice unico come permette l'art. 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria ticinese (LOG) e ciò a fronte della costante giurisprudenza del Tribunale Federale in materia (si vedano in particolare le STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Va evidenziato come, in un estemporaneo giudizio reso a 5 giudici dalla seconda Corte di diritto sociale il 9 settembre 2015 (STF 9C\_807/2014), l'Alta Corte si è ulteriormente confrontata con il tema, annullando una decisione del Tribunale cantonale delle Assicurazioni siccome emanata a giudice unico, apparentemente instaurando così una nuova prassi più restrittiva. Questa decisione è stata criticata dalla dottrina (cfr. Ivano Ranzanici, La possibilità concessa dall'art. 49 cpv. 2 LOG alla Sezione di diritto pubblico del Tribunale di Appello di emanare giudizi monocratici alla luce della recente giurisprudenza federale, in RTiD I - 2016, p. 307 e ss., in particolare ad 4.3.3 p. 328 e ss.) siccome il TF si è scostato, senza argomentare e senza giustificare i presupposti di un cambio di giurisprudenza (che devono ossequiare i presupposti di cui alla STF

2C\_768/2014 del 31 agosto 2015) dalla precedente prassi (in particolare dal caso sfociato nella STF 9C\_211/2010), e non si è confrontata con la sua costante prassi precedente, in particolare il suo giudizio del 2011 che meritava migliore attenzione. Come ha evocato la dottrina "... con la sua sentenza 31 agosto 2015 ... Purtroppo ... non si è confrontata con la sentenza ... 2011 che nemmeno cita ..."). In un successivo giudizio della I Corte di diritto pubblico dell'11 novembre 2015 (STF 1C\_569/2015) il TF è tornato, implicitamente, sulla prassi precedente alla STF 9C\_699/2014. Alla luce di quanto precede, e viste le motivazioni di merito (cfr. Ranzanici, op. cit. n. 4.3.3.1., p. 328), questa Corte può emanare il suo giudizio monocraticamente; · che, in concreto, l'assicuratore ha proposto al Tribunale cantonale delle assicurazioni di accogliere parzialmente il ricorso con lo scritto del 27 luglio 2017 (doc. XXVII) ammettendo un obbligo prestativo limitato a CHF 747,10; · che tale proposta è stata nella sostanza condivisa dall'assicurata che ha rinunciato, con lo scritto 11 settembre 2017, a proseguire nella sua richiesta di rimborso pieno delle spese fatturate dal dentista curante limitando la sua domanda al versamento dell'importo ammesso dalla Cassa; · che, 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; · che, 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; · che, 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 cpv. 2, queste prestazioni comprendono, in particolare, gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico, dal chiropratico, da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (lett. a); le analisi, i medicamenti, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b); · che, 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; · che 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; · che, per quanto concerne gli interventi ai denti, va rammentato che l'art. 25 LAMal, applicabile in concreto, 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; · che 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); · che l'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari è esaustivo (STF 9C\_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 3; STFA K 6/05 del 27 settembre 2005 consid. 2.3; DTF 130 V 472 consid. 2.4 non pubblicato, DTF 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a e 343 consid. 3b, 124 V 347 seg. consid. 3a; cfr. anche Claudia Kopp Käch , Zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen [Überblick über die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts], in ZBJV 2002, pag. 419 e seguenti); · che, per ciò che attiene al caso concreto, va evidenziato che 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, tra cui l'artrosi dell'articolazione temporo-mandibolare, l'anchilosi e la lussazione del condilo e del disco articolare; · che, per sapere se una prestazione effettuata da un medico dentista rientri nell'art. 25 LAMal o nell'art. 31 LAMal in connessione con gli artt. 17-19a OPre, il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha affermato che 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; STFA K 6/05 del 27 settembre 2005, consid. 2.3); · che la nostra Massima istanza ha avuto modo di stabilire che i criteri atti in primo luogo a delimitare la cura medica da quella dentaria sono la sede d'applicazione e lo scopo terapeutico della medesima. Con riferimento alla sede d'applicazione, configurano cure dentarie sostanzialmente i provvedimenti terapeutici applicati all'apparato masticatorio, mentre per quanto concerne lo scopo terapeutico - criterio, questo, ritenuto decisivo -, esso va determinato avuto riguardo alla parte del corpo o alla funzione che direttamente deve essere curata o ripristinata (DTF 128 V 143; cfr. pure Claudia Kopp Käch , op. cit., pag. 422). In quest'ordine di idee, l'Alta Corte ha precisato che 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 (facilitazione della masticazione; DTF 128 V 143 consid. 4b/cc; STFA K 6/05 del 27 settembre 2005, consid. 2.4); · che l'Alta Corte ha stabilito che, 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 artt. 17-19a OPre (STFA K 62/99 del 9 aprile 2002, consid. 6). 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 a 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); · che, nel 2010, con la DTF 136 V 84, il Tribunale federale ha chiarito che l'applicazione di una placca Michigan ordinata dal dentista nell'ambito di una cura medica soggiace all'elenco positivo giusta l'art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal in relazione con gli art. 20 e 20a cpv. 1 OPre (cfr. consid. 4). Dal momento che non figura nell'elenco esaustivo dei mezzi e degli apparecchi (EMAp; Allegato 2 in relazione con l'art. 20a cpv. 1 OPre), la placca Michigan in quanto tale come pure i suoi costi di realizzazione (modelli, contromodelli, produzione della ferula nel laboratorio odontotecnico) non possono essere assunti dall'assicurazione di base. I costi di trattamento veri e propri (quali possono essere le consultazioni, la diagnostica, gli adattamenti e i controlli) sono per contro rimborsabili conformemente all'art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal (cfr. consid. 5); · che il Tribunale federale, con la STF 9C\_827/2009 del 25 febbraio 2010 ha emanato un'altra sentenza relativa al medesimo tema giuridico in cui, a proposito dell'ampiezza delle spese che l'assicuratore deve prendere a suo carico, ha ritenuto che " 5. (...) 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."; · che, un anno dopo, nella DTF 137 V 31 il Tribunale federale ha precisato ulteriormente la propria giurisprudenza pubblicata in DTF 136 V 84 e ha chiarito la delimitazione tra costi di realizzazione e costi di trattamento in senso stretto; · che il TF ha confermato la sua giurisprudenza in un caso ticinese relativo all'assunzione dei costi di una terapia prevedente l'applicazione di una ferula (o placca) Michigan per la cura di una mioartropatia (STF 9C\_706/2010 del 14 luglio 2011); · che, in concreto, il dr. Giorgio Ferrario, medicina generale FMH, ha accertato (doc. 5), in maniera rimasta incontestata, che l'assicurata necessitava l'applicazione di una ferula a causa di una nevralgia preauricolare sinistra; · che, in effetti, l'interessata è poi stata in cura dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ per una tendomiopatia della muscolatura masticatoria. Dal formulario per le lesioni dentarie secondo la LAMal compilato il 25 settembre 2013, risulta che il medico dentista l'ha visitata, ha eseguito un esame funzionale, un esame della muscolatura, la palpazione e l'auscultazione ATM e ha effettuato un controllo MAP, ha predisposto una terapia medicamentosa, ha proceduto al molaggio dei denti e a istruire la paziente. Quale trattamento definitivo il curante le ha proposto il confezionamento di una ferula di Michigan, il cui costo è stato preventivato il 6 settembre 2013 (doc. 6) in Fr. 1'757,70 e che la Cassa malati si è assunta in ragione di Fr. 933,10 (doc. 8) non riconoscendo, in virtù della giurisprudenza in materia, la registrazione in centrica (Fr. 34,10), la ferula Michigan (Fr. 269,70), il molaggio correttivo di una ferula (Fr. 167,40) e i costi di laboratorio (Fr. 353,40); · che, in seguito, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in otorinolaringoiatria, ha contattato l'Istituto di medicina dentaria di \_\_\_\_\_ chiedendo di visitare l'assicurata, sofferente di disturbi temporo-mandibolari. Lo specialista aveva posto la diagnosi di sintomatologia algica ingravescente su discopatia temporo-mandibolare sinistra: dislocazione menisco anteriore articolazione temporo-mandibolare sinistra. L'assicurata lamentava dolori ingravescenti che irradiavano lungo tutto il ramo mandibola di tipo nevralgico. La risonanza magnetica mostrava una grave discopatia temporo-mandibolare sinistra con dislocazione del menisco a sinistra rispetto al condilo mandibolare con la bocca

chiusa e mancata traslazione anteriore del disco durante l'apertura della bocca; · che, il 24 giugno 2014 (doc. 7), il dr. med. e med. dent. \_\_\_\_\_ ha visitato l'assicurata e nel suo rapporto di pari data ha esposto la diagnosi di tendomiopatia bilaterale della muscolatura masticatoria (Q9, D1), parafunzioni, nel senso di digrignare i denti ( Parafunktion, im Sinne von Zähnepressen ), DD bruxismo. Dislocazione del disco anteriore nella mandibola sinistra con riposizionamento (Q9, D2). Ipoestesia non chiara ( Unklare Hypästhesie ) N.V2/3 e ipersensibilità termica (Thermhypersästhesie) N.V1/2 sinistra, DD nell'ambito della tendomiopatia. Dal profilo soggettivo l'interessata lamentava digrignamento e dolori nella mandibola sinistra sopraggiunti nell'agosto 2013; · che, per questo consulto la Cassa malati si è assunta interamente la nota d'onorario di Fr. 571,60 (doc. 7), ponendo a carico della sua assicurata la partecipazione del 10% (doc. 8); · che, il 6 ottobre 2014 (doc. 4), il dr. \_\_\_\_\_ ha sottoposto l'assicurata a una serie di esami per valutare il dolore cranio-cervico-facciale e la semeiotica cranio-cervico-mandibolare. L'anamnesi posta era di dolore facciale esteso in regione fronto-oculare e temporale, irradiato in regione auricolare e temporo-mandibolare. Difficoltà nell'aprire la bocca con riduzione dell'apertura stessa. Dolore persistente trattato farmacologicamente. Il medico dentista ha analizzato l'articolazione temporo-mandibolare e la semeiotica muscolare con i trigger points e l'entità del dolore. In un'annotazione il curante ha affermato che si trattava di una diagnosi di mioartropatia cranio-mandibolare con maggior interessamento dell'articolazione temporo-mandibolare sinistra, che presentava un blocco in apertura ( closed lock ) e ridotta apertura della bocca (23 mm). Tale condizione clinica era confermata dalle immagini della RM delle articolazioni temporo-mandibolari. Era concomitante alla dislocazione del disco articolare a sinistra, una risposta riflessa muscolare che riguardava il muscolo temporale di sinistra e i muscoli masseteri bilateralmente. La RM evidenziava un'ipertrofia del muscolo pterigoideo laterale di sinistra che interessava i due capi, superiore e inferiore. Questo quadro clinico, a dire del curante, poteva esacerbare la sintomatologia algica di tipo tensivo riferita dalla paziente. Il dolore riferibile alla palpazione dei muscoli nucali a sinistra, degli sternocleidomastoidei e del trapezio a sinistra poteva essere un'ulteriore spina irritativa nella genesi del dolore oro-facciale; · che il 23 ottobre 2014 (doc. 4) ha poi allestito due preventivi: il primo per la diagnosi gnatologica per un ammontare di Fr. 932,35 e il secondo per la terapia bite per un costo di Fr. 4'453,20. Quali prestazioni la diagnosi gnatologica prevedeva, al costo di Fr. 3,10 al punto, la consultazione iniziale (Fr. 65,10), la palpazione auscultazione ATM (Fr. 15,50), la ricerca bruxismo e parafunzioni (Fr. 29,45), l'accertamento contatti prematuri (Fr. 40,30), la relazione intermascellare (Fr. 102,30), l'esame della muscolatura (Fr. 49,60), il test di resilienza (Fr. 43,40), il test di provocatione (Fr. 49,60), l'esame funzionale (Fr. 40,30) e l'anamnesi MAP e orientamento 60min (Fr. 496,80). Il preventivo per la terapia bite riporta le prestazioni e i relativi importi, quali laboratorio esterno (Fr. 350.-), 2 impronte medico dentista (Fr. 110,40), registrazione con il vallo in cera (Fr. 133,40), ferula in resina (Fr. 363,40), 2 modifiche di ferula laboriosa (Fr. 515,20) e 6 sedute di correzione di ferula (Fr. 2'980,20); · che il 24 ottobre 2014 (doc. 7) il dr. \_\_\_\_\_ ha scritto al medico di fiducia della Cassa malati dell'assicurata indicando che l'anamnesi, la diagnosi e gli iniziali provvedimenti terapeutici erano già stati chiariti nel suo primo referto e sperava che i disturbi potessero essere controllati con i provvedimenti ivi descritti; · che, nel referto del 16 ottobre 2015 (doc. C) il dr. med. dent. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che l'assicurata si è presentata nel suo studio il 6 ottobre 2014 per un consulto su indicazione del \_\_\_\_\_ e presentava un dolore facciale atipico in regione fronto-oculare sinistra in paziente con: discopatia dell'articolazione temporo-mandibolare

sinistra; possibile iniziale blefarospasmo oculare sinistro; RM cerebrale ed angio-RM (14.08.2014): non aneurismi cerebrali, ecc. L'apertura massima era molto ridotta e la palpazione dei muscoli sovramandibolari evidenziava un dolore di grado elevato, erano dolenti i muscoli sub-occipitali e sternocleidomastoidei. La successiva valutazione delle articolazioni temporo-mandibolari mediante RM ha evidenziato la parziale dislocazione anteriore del disco articolare dell'articolazione di sinistra, a bocca chiusa. La diagnosi di mioartropatia e la ridotta apertura della bocca poteva essere ricondotta a uno stato tensivo dei muscoli sovramandibolari, che assumono un atteggiamento di protezione delle articolazioni in via riflessa. Il dentista ha affermato che i dati clinici erano confermati dalla valutazione elettromiografica dei muscoli sovramandibolari che, pur presentando una buona simmetria di attivazione delle coppie omologhe, mostravano la dominanza della coppia dei muscoli temporali rispetto ai masseteri con conseguente baricentro muscolare anteriore e relativo carico articolare non fisiologico. L'indicazione terapeutica, secondo il dr. \_\_\_\_\_, era per l'utilizzo di un bite di stabilizzazione articolare e muscolare e quindi di tipo riabilitativo muscolo-scheletrico e non odontoiatrico; · che nel rapporto del 12 ottobre 2016 (doc. D) il dr. \_\_\_\_\_ ha precisato la natura delle affezioni di cui soffriva l'assicurato. Valutazione per la quale il curante ha ritenuto necessaria più di una visita clinica e il tempo richiesto è superiore ai 10 minuti ritenuti dal medico dentista di fiducia della Cassa malati, pur escludendo la presenza di una lussazione del condilo e del disco; · che la diagnosi evidenziava un caso di dislocazione parziale anteriore del disco con riduzione e locking intermittente, ciò che provoca una temporanea riduzione dell'apertura della bocca, dolore in regione articolare, auricolare e temporale media e uno stato tensivo dei muscoli sovramandibolari, con specifico coinvolgimento del muscolo pterigoideo esterno. Il dottor Marin ha inoltre specificato che la lussazione del condilo articolare è invece caratterizzata dalla fuoriuscita del condilo mandibolare dalla cavità glenoide e dalla sua posizione, bloccata anteriormente all'eminanza articolare. Questa condizione patologica è diversa dalla dislocazione del disco con riduzione, diagnosticata alla paziente; · che, è quindi indubbio che la ricorrente soffriva nel 2013 e nel 2014 di una discopatia temporo-mandibolare con dislocazione (parziale) anteriore del disco articolare dell'articolazione di sinistra; · che tutti gli specialisti intervenuti e che hanno visitato l'interessata hanno concluso per l'indicazione della posa di una placca Michigan per ridurre il carico articolare; · che non è contestato che il trattamento proposto dagli esperti sia un trattamento medico e non dentario. In effetti, la ferula Michigan serve per scaricare la muscolatura e l'articolazione della mascella. Essa è sì applicata all'apparato masticatorio, ma ha per scopo terapeutico il trattamento della dislocazione temporo-mandibolare. In tal caso, il criterio dello scopo terapeutico ha più peso, perciò questo trattamento costituisce un trattamento medico (DTF 128 V 143 consid. 4b/cc); · che la richiesta ricorsuale iniziale, quella cioè di condannare la Cassa malati al pagamento dei costi preventivati nell'ottobre 2014 dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_, si basa sull'art. 17 lett. d c. 3 OPre; · che la lussazione del disco articolare e questa patologia è contemplata dall'art. 17 lett. d cifra 3 OPre che non comporta però un diritto per la ricorrente di vedersi riconosciuti interamente i costi del trattamento predisposto dal proprio medico dentista. In effetti, per la cura dell'articolazione temporo-mandibolare è stata prevista la posa di una placca Michigan e, secondo la giurisprudenza citata in precedenza, i costi vanno assunti dalla Cassa malati ai sensi dell'art. 25 LAMal – per contro, affinché i costi per un trattamento dentario siano presi a carico dalla LAMal, occorre che la patologia ricada sotto gli artt. 17 segg. OPre (DTF 128 V 143 consid. 5b) - e di conseguenza indipendentemente se la patologia dell'assicurato è elencata negli

artt. 17 segg. OPre (DTF 128 V 143 consid. 5a); · che, da quanto precede, discende chiaramente che l'insorgente non può pretendere dalla Cassa malati il pagamento della ferula Michigan e neppure le prestazioni direttamente connesse con la placca stessa e con la sua realizzazione (modelli, contromodelli, produzione della ferula nel laboratorio odontotecnico), come implicitamente riconosciuto dalla ricorrente stessa nel suo ultimo scritto; · che il preventivo 23 ottobre 2014 per la diagnosi gnatologica (doc. 4) riscritto il successivo 7 marzo 2017 (doc. XXVII/1) riporta, in maniera conforme al dettato della SSO, una serie di prestazioni che, di primo acchito, correttamente, l'assicuratore – in assenza di una specifica (anche in sede di ricorso) relativa al posizionamento della ferula – aveva rifiutato di riconoscere. Con l'istruttoria, in sede di udienza, è intervenuto il chiarimento relativo alla nuova posizione della ferula, ciò che imponeva al medico dentista curante di eseguire una serie di interventi e verifiche sull'altra arcata dentaria, che non costituiscono più un doppione rispetto a quanto già svolto dal dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_. Si tratta quindi di nuova diagnosi gnatologica necessaria che l'assicuratore deve prendere a suo carico come rettamente ammesso dallo stesso nello scritto 27 luglio 2017 (doc. XXVII). CO 1 ha riconosciuto un obbligo prestativo che ha cifrato, non ha fatto pervenire al Tribunale cantonale delle assicurazioni il conteggio che ha (apparentemente) reso a fronte di tale riconoscimento e non ha specificato il dettaglio delle poste ammesse (doc. XXVII pagina 2); · che l'assicurata ha condiviso tale lettura dei fatti (doc. XXIX) postulando lo “stralcio della causa”, senza formalmente ritirare il gravame, senza precisare se il ritiro fosse riferito alle pretese connesse alla prestazione relativa alla ferula soltanto o se coinvolgesse anche la diagnosi gnatologica, e mantenendo comunque in essere la domanda di riconoscimento di ripetibili. Ciò impone a questo Tribunale cantonale delle assicurazioni di non considerare lo scritto 11 settembre 2017 del patrocinatore della ricorrente (doc. XXIX) quale ritiro dell'impugnativa, siccome non chiaro e parziale, e di decidere il merito del ricorso, · che la Cassa ha riconosciuto correttamente un obbligo prestativo a fronte della novità processuale emersa all'udienza. Ciò impone al Tribunale cantonale delle assicurazioni di accogliere parzialmente il gravame e di rinviare alla Cassa gli atti per rendere un nuovo provvedimento in cui essa riconosca quali prestazioni, e per quali importi, alla luce delle considerazioni espresse in questo giudizio, debbano essere riconosciute alla ricorrente; · che la pretesa di ripetibili del patrocinatore dell'assicurata va qui disattesa. In effetti l'assicurata è interamente soccombente per quanto attiene la sua richiesta di rimborso delle spese relative alla ferula e ai costi a essa connessi. D'altro lato il parziale riconoscimento di un rimborso ammesso dall'assicuratore deciso in questa sede, è stato unicamente la conseguenza dell'accertamento esperito dal Tribunale cantonale delle assicurazioni alla luce del fatto che il patrocinatore dell'assicurata non aveva segnalato, a fronte della decisione formale prima, di quella su opposizione poi e del loro contenuto, così come sulla scorta degli esami degli specialisti intervenuti, un aspetto in se importante e decisivo per il parziale (e limitato) rimborso: il posizionamento della ferula. Se l'informazione fosse stata data a tempo debito all'assicuratore lo stesso non avrebbe certamente emanato il provvedimento 17 giugno con quel contenuto ma avrebbe certamente ammesso (come allo scritto 27 luglio 2017) in parte le richieste dell'assicurata; · che, alla luce di quanto precede, il ricorso va parzialmente accolto, la decisione annullata e gli atti rinviati alla Cassa per un nuovo giudizio nel senso delle considerazioni espresse. Nonostante l'esito (solo in minima parte) favorevole all'assicurata non si giustifica – per gli argomenti esposti – il riconoscimento di ripetibili in questa sede. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso 11 agosto 2016 di RI 1 è parzialmente accolto. Di conseguenza la

decisione impugnata è annullata e gli atti rinviati all'amministrazione per rendere un nuovo provvedimento nel senso delle considerazioni esposte. 2. Non si percepiscono tasse e spese giudiziarie e non si attribuiscono ripetibili. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice delegato  
Ranzanici

Il segretario Ivano  
Gianluca Menghetti

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