

TI_GERICHTE 36.2017.91 vom 24. September 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-09-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2017.91

FR: TI_GERICHTE 36.2017.91 du 24 septembre 2018

IT: TI_GERICHTE 36.2017.91 del 24 settembre 2018

Regeste

Cadendo l'assicurata si è fratturata numerosi denti. L'ass. malattia ha riconosciuto il rimborso di tre corone, ma non è chiaro per quali denti ha rifiutato i costi. Rinvio atti per determinare se l'epilessia è congenita e verificare se danni subiti sono originati da effetti irreversibili da medicinali

Erwägungen

E. 24

erano dunque riconosciuti da entrambi gli assicuratori sociali. Di conseguenza, il medico dentista fiduciario della Cassa malati, avendo quest'ultima ammesso il principio di assunzione dei costi per il rifacimento di tre denti, nel suo ultimo parere del 14 settembre 2017 (doc. 51) ha sostituito l'elemento 24 con il 15, confermando per il resto la garanzia di complessivi Fr. 5'700.-. Il TCA osserva, inoltre, che dal preventivo del 16 giugno 2017 comportante una spesa totale di Fr. 18'606,25 non sono indicati i denti curati, ma risulta solo che sarebbero state confezionate e posate 8 corone metallo-ceramica (posizione n. 4707) e 6 corone metallo-ceramica (posizione 4708). Ora, l'assicuratore infortuni si è assunto il costo di sei corone su 11, 22, 23, 24, 31 e 41, perciò restano ancora da indennizzarne 8, che potrebbero in parte corrispondere, come peraltro indicato dalla Cassa malati (doc. B punto 2.2), ai manufatti protesici su 13, 12, 21, 33, 32, 43, 42 già identificati nel 2014. Se così fosse, non è però chiaro se i denti 14, 15 e 25 rientrino nel preventivo di cura del 16 giugno 2017, visto che esso non indica i denti sui quali il dentista sarebbe intervenuto. CO 1 ha affermato nella decisione su opposizione che il valore di causa corrisponde alla differenza fra il costo totale degli interventi preventivati dal curante (Fr. 18'606,25) e l'importo che si è assunto l'assicuratore infortuni (Fr. 10'119,20), ossia l'ammontare di Fr. 8'847,05. Con la risposta di causa la Cassa malati ha precisato che poiché in virtù del principio della buona fede ha riconosciuto un proprio obbligo di erogare prestazioni limitatamente ai tre denti erosi (Fr. 5'700.-), le ulteriori prestazioni preventivate dal dr. med. dent. _____ (Fr. 2'787.-) non potevano essere riconosciute sulla base della documentazione prodotta. Così stando le cose, il TCA deve dunque esaminare se la ricorrente abbia diritto al riconoscimento del saldo del preventivo del 16 giugno 2017 rispettivamente della fattura finale che il curante ha emesso a seguito dell'intervento del 16 novembre 2017. Come visto, non è però certo a quali denti si riferiscano le cure non riconosciute dalla Cassa malati, perciò spetterà alla resistente, a cui gli atti vanno retrocessi anche per i motivi che seguono, accertare questa circostanza prima di emanare una nuova decisione sulla presa a carico dei costi di cura dei denti lesi. 3. 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. Giusta l'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure

medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34. Per 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. 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 nocumento. Quanto all'art. 19 OPre (formulato in applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal), esso prevede che l'assicurazione assume i costi dei trattamenti dentari necessari per conseguire le cure mediche in caso di focolai ben definiti. L'art. 19a OPre disciplina infine l'assunzione delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenite (DTF 129 V 83 consid. 1.2, 128 V 62 consid. 2b, 127 V 341 consid. 2b, 124 V 347 consid. 2). L'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari è esaustivo (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). 4. In concreto, la ricorrente ha sollevato l'applicazione dell'art. 19a cpv. 2 cifra 36 OPre riferita all'epilessia congenita per giustificare la presa a carico, da parte della sua Cassa malati, del costo delle cure dentarie di cui ha avuto bisogno. La Cassa malati ha invece escluso che vi sia un nesso causale tra il trattamento dentario e una tale malattia, giacché se tale diagnosi fosse stata certa e nota, i medici dentisti curanti l'avrebbero segnalata. La resistente ha quindi escluso che si fosse in presenza di un trattamento dentario per una malattia congenita ai sensi dell'art. 19a OPre. La richiesta di rimborso delle spese dell'intervento in discussione deve quindi essere in primo luogo valutata alla luce dei principi validi per i trattamenti dentari in presenza di un'infermità congenita. Giusta l'art. 19a cpv. 1 OPre, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti dentari conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2 se le cure sono necessarie dopo il 20° anno di età (lett. a) oppure se lo sono prima del 20° anno di età per persona soggetta alla LAMal ma non all'assicurazione federale per l'invalidità (AI) (lett. b). L'art. 19a cpv. 2 OPre enumera quali siano le infermità congenite ai sensi del capoverso 1 e nell'elenco figura l'epilessia congenita (cifra 36). 5. Visto il continuo diniego da parte della resistente della prova dell'esistenza di un'epilessia congenita, l'assicurata ha prodotto

nuova documentazione medica a sostegno della tesi secondo cui vi sarebbe un'epilessia congenita alla base dei suoi svenimenti e delle conseguenti cadute, perciò i danni ai denti sarebbero dovuti a una malattia congenita riconosciuta dalla LAMal. Il primo referto del 6 ottobre 2017 (doc. D) della dr.ssa med. _____ del Servizio di neurologia dell'Ospedale _____ di _____ certifica che l'assicurata " è seguita presso il nostro ambulatorio Epilessie, per un sospetto diagnostico di epilessia, senza riscontro di alterazioni morfologiche alle RM cerebrali del 18.5.2016 e del 15.2.2017. " (la sottolineatura è della redattrice). Nel successivo certificato del 17 aprile 2018 (doc. XXV/1) la stessa specialista ha affermato che " la paziente in oggetto è seguita presso il nostro centro con diagnosi di epilessia focale con crisi a secondaria generalizzazione, di origine indeterminata, in trattamento antiepilettico. " (l'evidenziatura è della redattrice). Alla luce di questo documento prodotto al TCA dalla ricorrente, il 9 maggio 2018 (doc. XXIX/3) la Cassa malati ha interpellato la neurologa riguardo alla diagnosi posta, chiedendole: " Dal momento che l'assicurata afferma di necessitare di una cura dentaria dovuta a epilessia le chiediamo cortesemente di voler precisare in merito alla diagnosi di recente da lei posta: 1. Si può affermare che molto verosimilmente si è in presenza di una epilessia malattia congenita o invece l'epilessia è solo probabile e la sua origine indeterminata? 2. Nell'affermativa, in caso di malattia congenita: - quali accertamenti (e relativa documentazione) dimostrano una tal diagnosi? - le risulta che la patologia abbia in concreto influenza sullo stato dentario e conduca alla necessità di cure dentarie?". La dr.ssa med. _____ ha così risposto il 14 maggio 2018 (doc. XXIX/4): " 1) Per la paziente in oggetto è possibile formulare una diagnosi di epilessia secondo la definizione vigente (ILAE, 2014), in quanto ha presentato diversi episodi compatibile con crisi epilettiche. Gli elementi a favore di questa diagnosi sono che si tratta di cadute improvvise, senza prodromi, con esiti rovinosi, senza riscontri cardiologici a favore di una genesi sincopale e con riscontro di anomalie elettroencefalografiche (vedi esame EEG di lunga durata del 5.2.2018 e del 16.3.2017). La paziente per questo riceve un trattamento antiepilettico con beneficio sui sintomi. La risposta alla terapia motiva ulteriormente la diagnosi. Non sono state riscontrate anomalie morfologiche alla MRI cerebrale che provino una origine secondaria dell'epilessia, tanto meno sono stati eseguiti esami genetici per indagare una forma congenita. Tali forme di epilessia secondo la nuova classificazione sono da riferire di eziologia indeterminata (ILAE, 2017), precedentemente nominate criptogenetiche. Tale definizione nosologica implica il sospetto di una lesione cerebrale (che può essere sia malformativa congenita o acquisita) che porta ad una disfunzione nel funzionamento cerebrale, che purtroppo non siamo in grado di individuare con le tecniche diagnostiche in nostro possesso. 2) I danni dentari insieme alle lesioni facciali riportate, sono secondari alle cadute occorse nel contesto alle crisi epilettiche citate, pertanto inseribili nel contesto della malattia." (sottolineature della redattrice). Anche alla luce di quest'ultimo referto medico, la Cassa malati ha ritenuto che " una diagnosi di epilessia congenita non può attualmente venir posta, la presenza di una forma congenita non è stata ulteriormente approfondita, e non risulta dimostrata, la possibile epilessia resta di origine indeterminata. " (doc. XXIX). Stando in effetti così le cose, è opportuno che l'epilessia di cui è ora certo, dal profilo medico, che l'assicurata ne sia affetta, venga accertata più approfonditamente da parte di CO 1. Per potere esaminare l'applicabilità dell'art. 19a cpv. 2 cifra 36 OPre come preteso dalla ricorrente, è infatti necessario sapere se si tratti di una forma congenita della malattia, condizione che, secondo quanto riferito dalla neurologa direttamente interpellata dalla Cassa malati, fino ad ora non è ancora stata indagata. In questo senso, gli atti devono essere

dunque rinviati all'assicuratore malattia affinché approfondisca questo aspetto. La circostanza, sollevata ancora nel suo ultimo scritto dalla Cassa malati, che nessun medico dentista curante abbia ipotizzato la presenza di una epilessia congenita alla base degli svenimenti di cui è vittima l'assicurata rispettivamente che tale patologia abbia comportato delle cadute che, a loro volta, hanno causato i noti danni ai denti, non significa ancora che da tale malattia la ricorrente, soprattutto alla luce dell'ultimo referto della dr.ssa med. _____ che ne certifica l'esistenza, non possa trarre un diritto al rimborso dei costi delle cure dentarie effettuate dal dr. med. dent. _____, sempreché ne siano dati i presupposti legali ex art. 19a cpv. 2 cifra 36 OPre e giurisprudenziali. 6. Il TCA rileva inoltre che, come osservato al considerando 2, non è chiaro per quali denti la resistente non abbia riconosciuto le proprie prestazioni. Spetterà quindi alla Cassa malati accertare anche questa circostanza sulla base della fattura del medico dentista che ha effettuato il trattamento dentario. Una volta determinati quali siano questi elementi dentari, l'assicurazione malattia dovrà verificare se, come indicato dallo stesso dottor _____ nel formulario per le lesioni dentarie, i danni subiti dai denti che la Cassa malati non ha riconosciuto siano originati dagli effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali. Per potere confermare tale diagnosi e applicare quindi l'art. 17 lett. b cifra 3 OPre, si dovrà in primo luogo accertare di quali farmaci la ricorrente ha fatto uso (prolungato) e verificare se essi possono avere cagionato l'erosione dei denti attestata dai medici dentisti intervenuti. La stessa Cassa malati ha infatti affermato nella decisione impugnata che " l'assunzione dei costi di cura di tre denti, da ricondurre all'art. 17b cifra 3 OPre e quindi a effetti secondari di medicinali appare possibile, ma non altamente verosimile. " (doc. B punto 2.4), senza tuttavia sapere di quali farmaci si trattasse e quindi senza analizzare le eventuali conseguenze che tali medicinali avrebbero potuto provocare sull'apparato masticatorio. Non è inoltre chiaro, come detto, a quali denti il dr. med. dent. _____ si riferisca nel suo preventivo del 16 giugno 2017, in cui ha posto la diagnosi di effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali giusta l'art. 17 lett. b cifra 3 OPre. Questa condizione merita quindi un esame più approfondito. 7. La decisione su opposizione impugnata deve pertanto essere annullata e gli atti rinviati alla Cassa malati resistente per dare seguito agli accertamenti indicati prima di potere emanare una nuova decisione sul diritto della ricorrente al rimborso dei costi di cura dei denti danneggiati dall'evento del 20 giugno 2013. Rimane però immutato il diritto al riconoscimento di Fr. 1'900.- per ciascuno dei tre denti erosi, per un totale di Fr. 5'700.-, che la Cassa malati ha riconosciuto di doversi comunque assumere sentito il suo medico dentista fiduciario, il quale ha stabilito da ultimo trattarsi degli elementi dentari 14, 15 e 25. Alla ricorrente, rappresentata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 LPGa). Se è vero che ancora con la STF 8C_279/2017 del 27 agosto 2018 al considerando 7 il Tribunale federale ha rammentato, con riferimento alla DTF 137 V 210 consid. 7.1, che " il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria " (STF 8C_28/2018 del 3 aprile 2018 consid. 6), tuttavia nell'evenienza concreta va evidenziato che l'assicurata è stata assistita da un legale soltanto per l'inoltro del ricorso e nella presentazione di nuovi mezzi di prova; dopodiché, tre mesi dopo la ricorrente ha deciso di continuare a difendersi da sola. In tali circostanze, le ripetibili a cui essa ha diritto vanno ridotte in proporzione al lavoro svolto dal suo patrocinatore davanti al TCA.