

## **TI\_GERICHTE 36.2017.96 vom 24. Oktober 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-10-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2017.96](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2017.96)

FR: TI\_GERICHTE 36.2017.96 du 24 octobre 2018

IT: TI\_GERICHTE 36.2017.96 del 24 ottobre 2018

### **Regeste**

Estrazione dente del giudizio non va assunta da LAMal, perché non vi sono state particolari complicazioni nella cura del dente che hanno portato il dr. a intervenire urgentemente. Non si può parlare di un difficile e dispendioso trattamento della patologia. Con l'estrazione posto rimedio alla patologia

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

granuloma dentario interno idiopatico,

#### **E. 2**

dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, ciste)". 2.4. In merito all'art. 17 OPre, va rammentato che in DTF 128 V 59 il TFA ha stabilito che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è tenuta a riconoscere prestazioni solo in caso di malattia non evitabile dell'apparato masticatorio. Di massima deve trattarsi di un'affezione oggettivamente non evitabile. Il carattere non evitabile presuppone un'igiene boccale sufficiente avuto riguardo alle conoscenze odontologiche attuali; una persona assicurata che, per la sua costituzione oppure a seguito di malattie di cui è stata affetta o di cure subite, presenta una predisposizione accresciuta alle malattie dentarie, non può limitarsi ad un'igiene boccale comune. Sul medesimo argomento l'Alta Corte si è pronunciata in DTF 128 V 70, in cui ha pure stabilito che se la lesione della funzione masticatoria è riconducibile ad un'insufficiente igiene boccale che, a sua volta, è dovuta ad una malattia psichica, si deve far luogo al riconoscimento di prestazioni assicurative. 2.5. Il carattere di malattia ai sensi dell'art. 17 (frase introduttiva) e dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre oltrepassa il carattere di malattia generalmente valido per l'assicurazione malattie sociale, definito all'art. 2 cpv. 1 LAMal, in quanto presuppone un danno alla salute qualificato (DTF 127 V 328 consid. 7). La nozione di malattia giusta l'art. 17 (frase introduttiva) e l'art. 17 lett. a cifra 2 OPre è dunque più restrittiva rispetto alla nozione generale dell'art. 2 cpv. 1 LAMal (DTF 127 V 391 consid. 3b). A questo proposito, con sentenza del 19 dicembre 2001 (K 39/ 98) l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha affermato: " (...) 4b) Per quanto qui d'interesse, gli esperti consultati, richiesti di esprimersi sul concetto di malattia previsto dalla norma d'ordinanza, hanno rilevato la necessità di distinguere le affezioni gravi dell'apparato masticatorio da quelle non gravi ed evidenziato che l'OPre giustamente si limita a riconoscere solo per le prime, quelle appunto di rilevanza patologica, un obbligo di prestazione. Il Tribunale federale delle assicurazioni, come già avuto modo di pronunciarsi in due recenti vertenze (sentenze del 28 settembre 2001 in re J., K 78/98, e del 19 settembre 2001 in re M., K 73/98, entrambe destinate alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale), associandosi alle considerazioni degli esperti, ne conclude che il concetto di malattia ai sensi dell'art. 17 OPre non è identico a quello altrimenti valido in

ambito LAMal (art. 2 cpv. 1), il primo dovendosi qualificare per dare maggiore rilievo al requisito di gravità esatto dal legislatore in caso di trattamento dentario. (...)" . In altre parole, l'intensità della malattia è una delle condizioni della presa a carico da parte dell'assicurazione obbligatoria dei trattamenti dentari; i danni alla salute non gravi non sono interessati dall'art. 31 cpv. 1 LAMal. In effetti, nei casi di dislocazione o soprannumero di denti o germi dentari, vi sono più malattie di lieve gravità rispetto ai danni alla salute che rivestono una certa gravità (DTF 127 V 328 consid. 5a e DTF 127 V 391 consid. 3b; RAMI 2002 pag. 91 consid. 3b). Per poter valutare il livello di gravità di una malattia in caso di dislocazione o soprannumero di denti o germi dentari, bisogna distinguere fra una dentizione in fase di sviluppo – di regola fino all'età di 18 anni – e una dentizione definitiva. In proposito, il Tribunale federale delle assicurazioni (DTF 127 V 328 consid. 6 e 391 consid. 3c; RAMI 2002 pag. 91 consid. 3c) ha fatto propri i risultati degli studi eseguiti da alcuni esperti, secondo i quali: " (...) S'agissant d'une dentition en développement, l'affection peut avoir valeur de maladie lorsqu'elle provoque une entrave à son développement ordonné ou en présence d'un phénomène pathologique. Pour ce qui est d'une dentition définitive, une entrave à un développement ordonné de la dentition n'entre pas en ligne de compte; l'état de maladie se limite ici à un phénomène pathologique. aa) Selon les experts, pour qu'une entrave à un développement ordonné de la dentition ait valeur de maladie, elle doit être en rapport avec une dislocation dentaire, des dents ou germes dentaires surnuméraires; il faut, en outre, qu'elle se soit déjà manifestée ou qu'elle représente un danger imminent selon l'expérience médicale dentaire; enfin, il faut que l'atteinte ne puisse pas être supprimée ou évitée par des mesures simples. Comme exemples d'entraves à un développement ordonné de la dentition, les experts mentionnent l'entrave à l'éruption de dents voisines, la résorption ou le refoulement de celles-ci et l'arrêt de la croissance de la crête alvéolaire à la suite d'une ankylose de dents définitives et d'une ankylose précoce de dents de lait. Les experts considèrent comme étant des mesures thérapeutiques simples, notamment, l'extraction sans complication de dents de lait ou de dents définitives (extraction simple), l'excision d'une calotte de muqueuse, ainsi que l'utilisation d'un appareillage simple pour offrir l'espace nécessaire à l'éruption dentaire (par exemple un écarteur fixe ou mobile, un arc lingual, un arc palatin, un "headgear"). bb) Toujours selon les experts, on parle de phénomène pathologique quand il est en relation avec une dislocation dentaire ou des dents ou germes dentaires surnuméraires, qu'il ne peut être combattu par des mesures prophylactiques, qu'il provoque des dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants ou encore qu'il risque, selon une évaluation fondée sur un examen clinique ou au besoin radiologique, de provoquer avec une grande probabilité de tels dommages et qu'à défaut d'intervention il en résulterait une atteinte au système de la mastication. A titre d'exemples de dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants, les experts mentionnent l'abcès, le kyste, pour autant qu'ils ne soient pas causés par des caries ou une parodontite évitables, la résorption ou le refoulement de dents avoisinantes, des poches de parodontose déjà constituées auprès de dents avoisinantes, une péri coronarite chronique-récidivante (formation débutante d'un abcès) auprès de dents de sagesse, de même que des dents incluses en contact avec la cavité buccale, qui constituent un facteur de risque d'abcès résultant de caries inévitables. cc) Les dents de sagesse disloquées présentent, de l'avis des experts, une situation particulière par rapport à d'autres dents disloquées ou à des dents surnuméraires. En effet, de par leur position topographique dans la région de l'angle mandibulaire inférieur, elles présentent souvent des anomalies de

position et sont la cause de complications inflammatoires et de formations kystiques, qui, en raison précisément de cette position topographique particulière, peuvent avoir de graves répercussions, telles que l'extension d'abcès dans des compartiments anatomiques comportant des structures vitales ou la fracture spontanée de la mandibule consécutive à un affaiblissement par de volumineuses formations kystiques. (...)" . Secondo il TFA, dunque, bisogna riconoscere il carattere di malattia ex art. 17 lett. a cifra 2 OPre agli ostacoli ad uno sviluppo ordinato della dentatura o ad un fenomeno patologico per ciò che concerne la dentizione in fase di sviluppo, mentre ad un fenomeno patologico per ciò che concerne la dentizione definitiva. Il fenomeno patologico deve provocare dei pregiudizi importanti ai denti vicini o, a certe condizioni, rappresentare un rischio imminente di tale danno (DTF 127 V 391 consid. 4). Di conseguenza, il carattere di malattia deve essere negato quando si è unicamente in presenza di una dislocazione dentaria, di denti o germi dentari in soprannumero, per esempio quando la distanza dei denti dislocati dalla posizione e dalla direzione assiale normali oltrepassa un valore minimo (DTF 127 V 328 consid. 7a e 391 consid. 4). Le dislocazioni dentarie, per giustificare un obbligo di prestazione assicurativa, devono infatti avere carattere patologico e determinare un notevole danneggiamento delle strutture vicine o comunque minacciare la realizzazione di un siffatto danno. Non è sufficiente una qualsiasi alterazione dello stato di salute a dipendenza di una dislocazione. Al contrario, è necessario che il pregiudizio sia qualificato nel senso della giurisprudenza sopra riportata. Se tali condizioni sono adempiute, non occorre invece esaminare oltre se la malattia, nel suo insieme, sia anche grave. L'obbligo di prestazione discendente dall'art. 17 lett. a seconda cifra OPre presuppone pertanto che la necessità di cura dentaria sia (stata) determinata da dislocazioni dentarie che hanno causato una malattia (ad esempio ascesso, ciste) (RAMI 2002 pag. 84 consid. 4 e 5). L'OPre si limita a riconoscere solo alle affezioni gravi dell'apparato masticatorio, quelle appunto che hanno una rilevanza patologica, un obbligo di prestazione assicurativa. Di conseguenza, l'obbligo della presa a carico da parte dell'assicurazione malattia deve presupporre un danno qualificato alla salute: non ogni danno provocato da una dislocazione dentaria, da denti o germi dentari in soprannumero giustifica dunque che delle misure diagnostiche o terapeutiche siano assunte dall'assicurazione malattia (DTF 127 V 328 consid. 7a e 391 consid. 4). Gli esperti interpellati dall'allora TFA hanno indicato che, in caso di dentizione definitiva, una dislocazione è da considerare patologica quando crea, a titolo esemplificativo, ascessi, cisti (follicolari, cherato- e parodontali), oppure pericoroniti croniche recidivanti (inizi di ascesso) a livello di denti del giudizio, che non possono essere evitati con misure di profilassi e che, senza intervento risolutivo, condurrebbero a un danneggiamento dell'apparato masticatorio, determinando, perlomeno con grande probabilità, notevoli danni alle strutture vicine (denti, osso mascellare, parti molli). Pertanto, è sufficiente il manifestarsi di una delle affezioni suindicate (ascesso, ciste, pericoronite cronica recidivante, ecc.) per originare automaticamente un pregiudizio dell'apparato masticatorio. Gli specialisti osservano pure come, segnatamente nel caso di ascessi, non si debba attendere la loro piena formazione, una tale attesa comportando un rischio accresciuto per lo stato generale di salute del paziente e complicando ad ogni modo la cura successiva, soprattutto se ciò si verifica a livello di denti del giudizio dislocati e inclusi nell'osso, potendo l'affezione in tal caso, per la particolare posizione nella zona mandibolare, sovente dare luogo ad anomalie, complicazioni infiammatorie e formazione di cisti, con conseguenze particolarmente gravose (RAMI 2002 pag. 84 consid. 3). Anche nel caso di denti del giudizio inclusi, l'esistenza di una malattia dentaria rientrante nell'ambito

d'applicazione dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre presuppone quindi, come primaria condizione, la presenza di una dislocazione dentaria (STFA K 89/98 del 26 settembre 2001; DTF 127 V 391). 2.6. In DTF 127 V 391 la nostra Massima istanza ha trattato il caso di un'assicurata che lamentava dei dolori a livello del dente del giudizio inferiore a destra. Il suo medico curante ha diagnosticato un'uscita violenta del dente del giudizio. Tuttavia, a mente del TFA, il fatto che ci si trovi di fronte ad un evento di questo tipo (che, fra gli altri sintomi, si manifesta con dolori o un'infezione sotto forma di ascesso o ancora delle infiammazioni) non è sufficiente, da solo, a giustificare una presa a carico da parte dell'assicurazione malattia obbligatoria delle cure, perché questa assunzione presuppone la presenza di una dislocazione dentaria. Siccome gli elementi agli atti erano insufficienti ed imprecisi al punto da non permettere al TFA di dire con certezza se l'affezione di cui soffriva la ricorrente era una malattia che rientrava nella cerchia delle patologie sopra indicate dagli esperti, come pure di pronunciarsi scientemente sulla questione a sapere se questa condizione (dislocazione) era adempiuta, la stessa Corte ha rinviato la causa alla Cassa per complemento istruttorio. In RAMI 2002 pag. 84, l'assicurato si è sottoposto ad un intervento di avulsione con osteotomia dei due denti del giudizio inferiori (38 e 48). Detta operazione è stata decisa in seguito al persistere di inizi recidivanti di ascesso. Dalle tavole processuali è emerso che i denti estratti, completamente anchilosati nell'osso mandibolare, si trovavano in posizione non fisiologica – distesi, con la corona a contatto con il nervo mandibolare – a seguito di una loro rotazione di 90° rispetto all'asse normale di crescita. La radiografia mostrava un'evidente dislocazione dei due denti, che erano collocati orizzontalmente e quindi in posizione anomala. Data questa prima premessa, il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi esaminato se detta attestata dislocazione ha pure causato una malattia ai sensi dell'OPre. Siccome si è dovuto procedere all'estrazione dei due denti del giudizio proprio per il persistere degli accessi di cui l'assicurato soffriva, il TFA ha concluso che una dislocazione che provoca la formazione di un ascesso, anche allo stato iniziale, comporta automaticamente un pregiudizio dell'apparato masticatorio. Malgrado la buona igiene orale dell'interessato, le affezioni riscontrate (inizi recidivanti di ascesso) non hanno potuto essere evitate con misure di profilassi e hanno anche colpito le strutture vicine dei denti 37 e 47. Se ne deduce che dette affezioni configuravano una malattia ai sensi dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre. Essendo stata originata da dislocazioni che hanno causato una malattia giusta l'art. 17 lett. a cifra 2 OPre, l'estrazione dei due denti del giudizio è stata così posta a carico dell'assicurazione sociale contro le malattie. Nella sentenza pubblicata in RAMI 2002 pag. 91, a motivo dell'improvvisa apparizione di una tumefazione dolorosa facciale a destra, l'assicurato è stato ospedalizzato d'urgenza e ha subito l'estrazione del dente 38, infettato, che ha provocato un ascesso. Onde evitare il rischio di nuovi interventi urgenti, durante la medesima operazione sono stati estratti anche gli altri tre denti del giudizio ed un dente in soprannumero. Siccome soltanto il dente 38 si presentava in posizione dislocata, la condizione primaria posta dalla summenzionata giurisprudenza era data. Inoltre, si è scoperto che delle complicazioni sotto forma di un'infezione (ascesso) erano associate alla errata posizione di questo ottavo. Pertanto, conformemente ai principi giurisprudenziali citati, il Tribunale federale ha accollato alla Cassa malati le spese derivanti dall'estrazione di questo dente. Per gli altri denti estratti (tre del giudizio e uno in soprannumero), invece, non esisteva alcuna complicazione infiammatoria o formazione di cisti e nemmeno un rischio patologico imminente. 2.7. Con sentenza K 86/02 del 19 agosto 2004, pubblicata in DTF 130 V 464, il TFA ha precisato la propria giurisprudenza in merito all'estrazione dei denti del giudizio, affermando che, considerate le possibilità di trattamento più semplici, in caso

di dislocazione dei denti del giudizio non basta l'esistenza di qualsiasi tipo di fenomeno patologico per giustificare l'assunzione delle spese a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie che invece si giustificerebbe per altre dislocazioni dentarie (consid. 4). L'Alta Corte ha affermato: " (...) 4.3 Bei der Behandlung verlagelter Weisheitszähne ist zudem die Besonderheit zu berücksichtigen, dass sie entfernt werden, ohne dass an ihrer Stelle ein Ersatz (z.B. Implantat) als tunlich erscheint, während andere verlagerte Zähne nicht ersatzlos entfernt werden können, sondern durch zahnärztliche Massnahmen zu erhalten sind oder an ihrer Stelle eine Ersatzlösung zu suchen ist, um die Kaufunktion aufrechtzuerhalten. 4.4 Aufgrund der geschilderten Unterschiede kann demzufolge bei verlagerten Weisheitszähnen und anderen verlagerten Zähnen bei identischer Pathologie der qualifizierte Krankheitswert im oben umschriebenen Sinn nicht gleich beurteilt werden, weil bei verlagerten Weisheitszähnen die Notwendigkeit einer Erhaltung oder Ersatzlösung wegfällt. Um daher an die Übernahme der Kosten für die Behandlung verlagelter Weisheitszähne nicht geringere Anforderungen an die Schwere des Leidens zu stellen als für die Behandlung anderer verlagelter Zähne, kann - wie gesagt - bei Weisheitszähnen nicht jede Pathologie genügen, die bei andern verlagerten Zähnen die Übernahme rechtfertigt. Eine Pathologie wie beispielsweise eine Zyste oder ein Abszess, sofern ohne grossen Aufwand behandelbar, macht die Entfernung eines Weisheitszahnes nicht zur Behandlung einer schweren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV. Anders ist es zu halten, wenn entweder die Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes wegen besonderer Verhältnisse oder die Behandlung der Pathologie schwierig und aufwändig ist. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die Leistungspflicht der Krankenversicherung bejaht für einen operativen Eingriff bei verlagerten Weisheitszähnen, die nicht nur von pericoronalen Infekten und Zysten begleitet waren, sondern besondere Komplikationen wie die Gefahr des Einschlusses des Nervus alveolaris inferior aufwiesen und bei welchen der Eingriff notfallmässig durchgeführt werden musste (BGE 127 V 328). Es hat ferner die Leistungspflicht bejaht bei einem verlagerten Weisheitszahn mit Abszess, der ebenfalls notfallmässig behandelt und zufolge seiner schwierigen Position und eines vorhandenen Trismus unter Narkose und mit Zerstückelung entfernt werden musste (RKUV 2002 Nr. KV 202 S. 91, K 12/01). Die Kostenübernahme verneint hat es hingegen in einem Fall, bei welchem es bereits an der Verlagerung der Weisheitszähne fehlte (Urteil Z. vom 26. September 2001, K 89/98). In zwei weiteren Fällen betreffend Weisheitszähne wies das Gericht die Sache zu ergänzenden Abklärungen zurück (BGE 127 V 391, Urteil S. vom 8. April 2002, K 23/00). Der Umstand, dass bei verlagerten Weisheitszähnen nicht jede Pathologie genügen kann, die bei anderen verlagerten Zähnen die Übernahme der Kosten rechtfertigt, war in den dargelegten Fällen nicht zu beurteilen, weil der Krankheitswert insgesamt die Schwelle, welche die Leistungspflicht begründet, klar überschritten hatte. Im vorliegenden Fall mit geringerer Pathologie und nicht schwieriger Behandlung (siehe Erw. 6.2) erhält dieser Umstand erstmals Bedeutung. (...) 6.1. Gestützt auf die vorliegend zur Verfügung stehenden medizinischen Unterlagen kann als mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt gelten, dass die beiden entfernten Weisheitszähne 28 und 38 (links) verlagert waren. Zwar liegt den Berichten des Dr. med. dent. M., des Dr. med. dent. P., des Prof. Dr. Dr. med. I. und des Dr. med. Dr. med. dent. S. nicht durchwegs die gleiche Ansicht über den Begriff der Verlagerung zu Grunde, doch bezeichnete Dr. med. Dr. med. dent. S. die Verlagerung als "klinisch eindeutig gegeben und auf dem Röntgenbild als ausmessbar", wobei er die Werte masslich festhielt, und sprach

Prof. Dr. Dr. med. I. von einer "relativ geringen" – aber somit vorhandenen - Verlagerung.  
6.2 Was den Krankheitswert anbelangt, diagnostizierte Dr. med. Dr. med. dent. S. rezidivierende pericoronale Infekte und eine folliculäre Zyste. Demgegenüber sprach Dr. med. dent. M. lediglich von der typischen Erscheinung einer physiogenetischen Entwicklung im Kieferwachstum. Die beigezogenen Gutachter Dres. P. und I. sahen auf dem Röntgenbild keine Anzeichen für eine Zyste und bezeichneten die Diagnose diesbezüglich ausdrücklich als falsch. Nach Prof. Dr. Dr. med. I. (Bericht vom 17. August 1999) lag vielmehr die übliche pericoronare Saumbildung, bedingt durch das Zahnsäckchen, vor. Er führte aus, bei der Pericoronitis handle es sich nicht um eine schwere Erkrankung des Kausystems. Sie könne bei Durchbruchproblemen eines Weisheitszahnes mit Taschenbildung im Anfangsstadium behandelt werden. Die Behandlung bestand vorliegend im Wesentlichen in der Extraktion der beiden betroffenen Weisheitszähne. Ob effektiv eine folliculäre Zyste vorgelegen hat und zu behandeln war, wie dies Dr. med. Dr. med. dent. S. diagnostizierte, ist nicht von entscheidender Bedeutung und kann offen bleiben, weil das pathologische Geschehen und die notwendigen (einfachen) Behandlungsmassnahmen insgesamt - wie aus der geschilderten Aktenlage hervorgeht - nicht jenen Krankheitswert erreichten, der gemäss Erw. 4 hievor gegeben sein muss, um die Kosten der Behandlung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu überbinden." ( le sottolineature sono della redattrice ) Nella sentenza K 96/03 del 1° ottobre 2004 la nostra Massima Istanza ha ribadito che per quanto concerne la presa a carico dei costi dei trattamenti dentari, l'art. 17 lett. a c. 2 OPre non fa distinzione tra i denti del giudizio e gli altri denti. I costi dei trattamenti devono essere presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure mediche quando i denti sono dislocati e l'affezione ha valore di malattia (per esempio in presenza di un ascesso o di una cisti). L'obbligo per gli assicuratori di prendere a carico il trattamento dei denti del giudizio dislocati, quando esiste un danno qualificato alla salute, deve essere valutato allo stesso modo che per i trattamenti di altri denti dislocati. Il danno qualificato alla salute implica due elementi essenziali, ossia l'esistenza di una patologia che presenta una minaccia per la vita o la salute da una parte e le misure necessarie per eliminare questo rischio o almeno per attenuarlo dall'altra parte. A quest'ultimo proposito gli esperti hanno negato l'esistenza di una malattia qualificata quando il processo patologico può essere eliminato da misure semplici. L'Alta Corte, citando la predetta sentenza K 86/02 oggetto di pubblicazione, ha poi ripreso il concetto secondo cui i denti del giudizio dislocati presentano una situazione diversa dagli altri denti dislocati a causa della loro posizione nella bocca e per tale motivo sono la causa di complicazioni infiammatorie e della formazione di cisti che possono avere gravi ripercussioni quali lo sviluppo di ascessi. Inoltre, i denti del giudizio possono essere estratti senza che sia necessario sostituirli, per esempio con degli impianti, ciò che li differenzia dagli altri denti dislocati. Per questo motivo, una stessa patologia dei denti del giudizio e degli altri denti deve essere valutata diversamente per sapere se ha valore di malattia qualificata. " (...) Dans un arrêt A. du 19 août 2004 [K 86/02], prévu pour la publication, le Tribunal fédéral des assurances a relevé que, de l'avis des experts toujours, les dents de sagesse disloquées présentent une situation particulière par rapport à d'autres dents disloquées ou à des dents surnuméraires. En effet, de par leur position topographique dans la région de l'angle mandibulaire inférieur, elles présentent souvent des anomalies de position et sont la cause de complications inflammatoires et de formations kystiques, qui, en raison précisément de cette position topographique particulière, peuvent avoir de graves ripercussions, telles que l'extension d'abcès dans des compartiments anatomiques

comportant des structures vitales ou la fracture spontanée de la mandibule consécutive à un affaiblissement par de volumineuses formations kystiques ( ATF 127 V 335 consid. 6b, 397 consid. 3c/cc). En outre, les dents de sagesse peuvent être extraites sans qu'il soit nécessaire de suppléer à leur absence (p. ex. par un implant), à la différence d'autres dents disloquées. En raison de ces particularités, une pathologie identique des dents de sagesse et des autres dents doit être appréciée différemment quand il s'agit de savoir si elle répond ou non à la définition d'une maladie qualifiée. C'est pourquoi, dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'une maladie sous la forme d'un kyste ou d'un abcès, pour autant qu'elle puisse être traitée sans grande difficulté, ne permet pas de considérer l'extraction d'une dent de sagesse disloquée comme faisant partie d'un traitement d'une maladie grave du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal en corrélation avec l'art. 17 OPAS. Il en va différemment quand l'extraction de la dent de sagesse, en raison de circonstances particulières, ou le traitement de la maladie présente des difficultés et nécessite du temps (voir p. ex. ATF 127 V 328; RAMA 2002 n° KV 202 p. 91).". Nella STFA K 96/03 le parti non erano d'accordo sull'esistenza di una dislocazione del dente 38, ma secondo l'Alta Corte tale questione poteva rimanere indecisa. In effetti, il trattamento effettuato dal medico dentista curante non ha presentato alcuna difficoltà. Si è trattato di un'estrazione che si poteva qualificare come semplice per un dente del giudizio, che ha comportato un'anestesia, dei punti di sutura e un controllo. Pertanto, il TFA ha concluso per l'assenza di una malattia qualificata (cfr. consid. 3.3). I principi appena esposti sono stati ripresi nella STFA K 48/02 dell'8 novembre 2004, dove l'allora TFA ha inoltre affermato: " (...) 5.1 Im konkreten Fall diagnostizierte der behandelnde Arzt bezüglich aller vier Weisheitszähne eine deutlich ausgeprägte Verlagerung mit rezidivierenden pericoronären Infekten, Druckschmerzen im Kieferwinkelbereich beidseits, follikulären Zysten im Bereich der unteren Weisheitszähne, eine Denudierung von Zahnhals und Wurzeln vor allem im Oberkiefer beidseits sowie einen bereits aufgetretenen Engstand leichten Grades im Oberkiefer und von deutlicher Ausprägung im Unterkiefer mit dem Risiko weiterer Zunahme. Er entfernte daher am 30. Juni 1998 alle Weisheitszähne im Rahmen eines ambulanten Eingriffs im Spital X.. (...)

## **E. 2.9**

Nel caso di specie il 23 maggio 2017 il ricorrente è stato visitato dal suo medico dentista curante che, come risulta dalla nota d'onorario del 14 giugno 2017 (doc. 2), quel giorno ha effettuato due radiografie e un test di vitalità, ha eseguito sul dente 38 una detartrasi sotto-gengivale per 5 minuti, ha provveduto alla mordenzatura dello smalto sul dente 44 e ha ricostruito con materiale composito questo premolare. Nello scritto del 29 agosto 2017 (doc. 8) indirizzato all'assicurato, la dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_, medico dentista SSO, ha spiegato: " (...) che in data 23.05.2017 l'ho vista in urgenza poiché il dente 38 presentava una pericoronarite (ascesso) con ingrossamento della ghiandola submandibolare sinistra. Ho eseguito una radiografia apicale e dopo visione di quest'ultima l'ho subito indirizzata allo specialista, Dr. \_\_\_\_\_ per l'asportazione del dente 38, operazione che ho considerata difficile, estremamente complicata essendo in più il dente 38 ritenuto e dislocato. Nel frattempo ho dovuto coprire tale infezione con un antibiotico.". Infatti, il 1° giugno 2017 (doc. 3) il dr. dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia maxillo-facciale, chirurgia orale SSO, ha visitato l'assicurato e ha eseguito un'ortopantomografia dentaria. Su prescrizione del chirurgo, l'assicurato si è inoltre sottoposto il 7 giugno 2017 a una TAC mandibolare; l'indicazione era di dente ritenuto, infiammato nella posizione 38 vicino al nervo mandibolare. Il radiologo ospedaliero si è così espresso nel suo referto di pari data

(doc. 4): " Esame eseguito nelle sole condizioni di base e ricostruito secondo piani di coronali, para-coronali, sagittali e para-sagittali; Total DLP 136 mGy.cm. Presenza di artefatti da distorsione del campo magnetico in rapporto ad esiti di terapia ortodontica. Gli elementi dentali in 38 e 48 si presentano regolarmente erotti e regolarmente orientati sull'asse verticale. Le radici di 38 prendono stretti rapporti di contiguità con il canale mandibolare omolaterale che appare deformato. Le radici di 48 non prendono evidenti rapporti di contiguità con il canale mandibolare omolaterale." Dalla nota d'onorario del 25 settembre 2017 (doc. A1) risulta che il chirurgo maxillo-facciale ha effettuato un controllo del paziente il 28 giugno 2017 e che il 4 luglio 2017 (doc. 5) ha compilato l'apposito formulario per le lesioni dentarie secondo la LAMal. In quell'occasione, il dr. dr. med. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di " stato dopo dentitio difficili 38, ritenuto e dislocato " secondo l'art. 17 lett. a cifra 2 OPre, ha indicato di avere effettuato quali misure immediate il 1° giugno 2017 (doc. 3) un'ortopantomografia e il 7 giugno 2017 (doc. 4) una TAC mandibolare e che come trattamento definitivo proponeva l'asportazione del dente 38 in anestesia generale in Day Clinic, eventualmente con degenza presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Lo specialista ha preventivato i costi in Fr. 1'274,10, a cui andavano aggiunti circa Fr. 1'550.- per l'eventuale ricovero in ospedale. Dal giustificativo per la Cassa malati risulta poi che il chirurgo maxillo-facciale ha visitato nuovamente l'interessato il 25 luglio 2017 per un rapporto intermedio, il 21 agosto 2017 l'ha controllato di nuovo e il 19 settembre 2017 ha effettuato l'estrazione del dente con anestesia in regime ospedaliero. Lo specialista ha fatturato questo intervento chirurgico come complicato (posizione 4207). L'indomani sono state eseguite un'ortopantomografia e la cura della ferita, il 22 settembre il controllo della ferita e il 25 seguente ancora la cura della ferita. Per verificare la presenza di una dislocazione del dente del giudizio, il 20 marzo 2018 (doc. VI) il TCA ha interpellato il dr. med. \_\_\_\_\_, medico caposervizio di radiologia presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ricordandogli che nel suo referto del 7 giugno 2017 aveva affermato che " Gli elementi dentali in 38 e 48 si presentano regolarmente erotti e regolarmente orientati sull'asse verticale. ", ma che, a dire del medico curante, due settimane prima della TAC l'elemento dentario 38 presentava una pericoronarite, ossia un'infezione della gengiva attorno al dente del giudizio, che in genere avviene sui denti non completamente erotti. Il Tribunale ha chiesto al radiologo di spiegare cosa intendeva esattamente con la dicitura che il dente 38 era " completamente erotto ". Nel suo scritto del 22 marzo 2018 (doc. VII) lo specialista ha precisato che: " Per "regolarmente erotto" intendevo che l'elemento dentale in 38 non presentava più la copertura ossea; la presenza di un'eventuale copertura gengivale non è valutabile in TAC ma è di pertinenza del medico dentista."

### **E. 2.10**

Per quanto attiene l'accesso le parti ritengono che l'elemento dentario 38 presentava una pericoronarite, accertabile radiologicamente e che ha richiesto la somministrazione di un antibiotico. La pericoronarite si manifesta in presenza di un dente semiincluso, ossia che ha buccato la gengiva, ma non è sortito totalmente. In tal caso, v'è uno scollamento della gengiva che può dare luogo all'entrata di cibo e batteri nel dente, che può poi provocare un'infezione pericoronale. Il 23 maggio 2017 la dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_ ha visitato il ricorrente e in quell'occasione ha, in particolare, effettuato la detartrasi sottogengivale al dente 38. Riscontrando una pericoronarite con ingrossamento della ghiandola sub-mandibolare sinistra. La curante ha inviato il paziente al dr. dr. med. \_\_\_\_\_, chirurgia maxillo-facciale FMH e chirurgia orale SSO, per procedere all'estrazione del

dente 38, essendo tale operazione “ difficile, estremamente complicata ” a causa della ritenzione e della dislocazione di questo dente del giudizio. Da parte sua, la dentista ha prescritto all’assicurato un antibiotico per coprire l’infezione pericoronale. Per quanto concerne la questione della dislocazione del dente del giudizio inferiore, d’avviso del TCA, come tale essa può restare indecisa, visto che la patologia e le misure necessarie per la sua eliminazione o riduzione non sono state sufficienti per l’esistenza del necessario valore di malattia qualificata giusta l’art. 17 lett. a cifra 2 OPre nell’ottica della giurisprudenza esposta. Il trattamento è infatti consistito in sostanza nell’estrazione del dente del giudizio così come in quattro visite di controllo prima dell’intervento (una al mese, compresa la consultazione iniziale il 1° giugno 2017) e in due post operatorie in cui è stata controllata la ferita e in altrettante due in cui è stata curata la ferita. Anche se, oltre alla pericoronarite individuata dalla dentista curante – e ammessa dalla Cassa malati –, vi fosse stato un (inizio di) ascesso, con l’estrazione del dente del giudizio è stato posto rimedio (anche) a questa patologia, senza necessità di sostituire il dente estratto o di mettere in atto dispendiosi provvedimenti (STFA K 164/03 del 18 marzo 2005 consid. 4.5; STFA K 33/03 del 1° febbraio 2005 consid. 6.4; STFA K 48/02 dell’8 novembre 2004 consid. 6; STFA K 96/03 del 1° ottobre 2004 consid. 3.3). Il dr. dr. med. \_\_\_\_\_ ha eseguito dei controlli mensili della situazione, ha effettuato una prima ortopantomografia il giorno stesso in cui ha visitato il paziente per la prima volta e poi una seconda OPT l’indomani dall’estrazione del dente del giudizio. Egli ha proceduto, ai fini della cura dentaria, all’anestesia per infiltrazione, all’estrazione stessa e poi semplicemente a delle visite di controllo e di cura della ferita. Ne discende che per l’estrazione del dente del giudizio 38 non si può parlare di particolari circostanze rispettivamente di un difficile e dispendioso trattamento della patologia. Lo stato della pericoronarite con ingrossamento della ghiandola submandibolare sinistra non ha infatti fatto apparire il trattamento della patologia come particolarmente difficile o impegnativo (STF 9C\_655/2010 del 23 dicembre 2010 consid. 3.3.2: “ Ebenfalls lässt der Umstand der zweimaligen Abszessinzision die Behandlung der Pathologie nicht als besonders schwierig oder aufwändig erscheinen. “ ). Non va dimenticato che una patologia, come per esempio una cisti o un ascesso, se curabile senza grandi sforzi, non rende la rimozione di un dente del giudizio quale trattamento di una grave malattia del sistema masticatorio ai sensi dell’art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal in connessione con l’art. 17 OPre (DTF 130 V 464 consid. 4.4: “ Eine Pathologie wie beispielsweise eine Zyste oder ein Abszess, sofern ohne grossen Aufwand behandelbar, macht die Entfernung eines Weisheitszahnes nicht zur Behandlung einer schweren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV.“ ). Nemmeno vi sono state, in concreto, particolari complicazioni durante l’estrazione del dente del giudizio. La circostanza che vi fosse un ingrossamento della ghiandola submandibolare sinistra (doc. 10) rispettivamente che le radici del dente 38 prendevano stretti rapporti di contiguità con il canale mandibolare omolaterale che appariva deformato (doc. 4), non ha comunque dato luogo a complicazioni successive all’intervento chirurgico ( STF 9C\_655 /2010 del 23 dicembre 2010 consid. 3.3.2; STFA K 33/03 del 1° febbraio 2005 consid. 6.4; STF K 98/02 del 10 novembre 2004 consid. 6.3 ). L’estrazione è stata fatturata con la posizione 4207 poiché si è trattato di un’estrazione complessa. L’impiego di una determinata procedura in presenza di una pericoronarite, come tale, non è indice di particolarità delle condizioni (STF 9C\_655/2010 del 23 dicembre 2010 consid. 3.3.2: „ Die Anwendung eines bestimmten Verfahrens, vorliegend eine Osteotomie ohne Separation, allein vermag daher noch nichts über die Besonderheit der Verhältnisse auszusagen. “). Nell’evenienza concreta non vi sono

state particolari complicazioni nella cura del dente del giudizio che hanno portato il curante ad intervenire urgentemente (DTF 127 V 328). Infatti, l'asportazione del dente 38 è stata effettuata quattro mesi dopo la consultazione iniziale. A tale riguardo la documentazione a disposizione del TCA è sufficiente per l'evasione della presente fattispecie, senza che si renda dunque necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, quali la richiesta di audizione della dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_ e del dr. dr. med. \_\_\_\_\_.

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 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Le audizioni della curante e dello specialista intervenuto non potrebbero portare elementi utili ulteriori alla procedura. Il chiarimento fornito dal radiologo e richiesto dal TCA in uno con le certificazioni e le fatturazioni acquisite forniscono sufficiente e adeguato sostrato probatorio per il giudizio. Il TCA rileva inoltre che le audizioni richieste possono essere rifiutate senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la costante giurisprudenza federale ribadita nella recente STF 8C\_186/2017 del 1° settembre 2017, l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (STF I 472/06 consid. 2 del 21 agosto 2007; DTF 124 V 90 consid. 6; DTF 122 V 47). È quindi necessario che il ricorrente chieda al Tribunale esplicitamente e in maniera chiara l'indizione di un pubblico dibattito (DTF 136 I 279 consid. 1). Nel caso di specie, l'assicurato ha più volte chiesto di sentire i due specialisti, ma non ha chiesto alcun dibattito. Egli si è limitato a chiedere l'audizione testimoniale dei suoi medici dentisti curanti, senza tuttavia pretendere l'indizione di un pubblico dibattito per permettere a questi testimoni di esprimere il proprio punto di vista sulla situazione buccale. La sua richiesta è dunque volta all'insuccesso. Neppure la domanda di erigere una perizia può essere sorretta. Da un lato la situazione buccale del ricorrente è sufficientemente stata chiarita grazie agli atti. D'altro canto, come ha rilevato il dr. med. \_\_\_\_\_, il dente 38 era "regolarmente orientato sull'asse verticale" ed era uscito dall'osso ("erotto"), non era ritenuto o incluso pur potendo essere coperto dalla gengiva (circostanza non obiettivabile). Il fatto che la diagnosi riportata nella fatturazione del dr. dr. med. \_\_\_\_\_, cui il paziente è stato inviato dalla dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_ con tale diagnosi, ritenga l'inclusione del dente e la sua dislocazione, non impone una verifica di natura peritale. Gli esiti della OTP e della TAC mandibolare (con le precisazioni del dr. med. \_\_\_\_\_) sono agli atti e sono adeguati e sufficienti agli accertamenti necessari a questa Corte. In conclusione, vista la situazione patologica e le necessarie, ma nel loro complesso ordinarie misure di cura adottate, d'avviso della scrivente Corte, non si è in presenza di un danno alla

salute qualificato, la cui esistenza è necessaria affinché l'assicurazione obbligatoria contro le malattie si assuma i costi della cura dentaria in questione. Pertanto, nell'evenienza concreta, anche se si volesse ammettere una dislocazione del dente 38 così come di un ascesso, elementi che non sono qui ritenuti alla luce delle emergenze istruttorie e dagli atti, alla luce della giurisprudenza esposta, le particolarità del caso di specie non configurano i presupposti per ammettere l'esistenza di una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio ai sensi dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre. Di conseguenza, non sono realizzate le condizioni affinché la Cassa malati resistente debba assumersi i costi di cura relativi all'estrazione del dente del giudizio inferiore operata dal \_\_\_\_\_ e fatturati in Fr. 1'218,30 il 25 settembre 2017.

### **E. 2.11**

Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto.

### **E. 6**

Wie das kantonale Gericht zutreffend dargelegt hat, kann die Frage der Verlagerung der vier Weisheitszähne offen bleiben, weil die Pathologie einerseits und die notwendigen Massnahmen zu deren Beseitigung oder Verringerung andererseits für das Vorliegen des erforderlichen qualifizierten Krankheitswertes nicht ausreichen. Die Behandlung bestand im wesentlichen in der Extraktion der beiden oberen Weisheitszähne sowie in der operativen Entfernung der beiden unteren Weisheitszähne mit Zystenoperation. Zudem fanden eine Konsultation vor und zwei Konsultationen nach dem Eingriff statt. Es bestehen keine Anhaltspunkte für besondere Komplikationen. Die Pathologie konnte durch die Entfernung der Weisheitszähne sowie durch die Zystenoperation behoben werden, ohne dass ein Ersatz der entfernten Zähne oder andere aufwändige Massnahmen dazu notwendig geworden wären. Die Behandlung aller vier Weisheitszähne wurde vorliegend in einem Akt durchgeführt. Ein Zusammenhang in dem Sinne, dass ein Weisheitszahn mit oder ohne Zyste nur behandelt werden konnte, wenn zugleich auch die andern Weisheitszähne behandelt werden, bestand nicht. Der Krankheitswert, d.h. die Pathologie und die notwendige Behandlung ist für jeden einzelnen Weisheitszahn - mit oder ohne Zyste - gesondert zu betrachten. Gemäss Rechnung des Dr. med. Dr. med. dent. S. vom 21. August 1998 waren zwei Zysten zu operieren. Die aufwändigste Behandlung entfiel gemäss erwähnter Rechnung auf die operative Entfernung eines Weisheitszahnes im Unterkiefer mit Zyste, wobei auch dieser Eingriff nicht als kompliziert und aufwändig zu qualifizieren ist und demzufolge in Anbetracht der Rechtsprechung der erforderliche qualifizierte Krankheitswert nicht gegeben ist. Damit kann die Frage, ob für die Behandlung die Dienste eines Spitals in Anspruch genommen werden mussten, offen bleiben." ( sottolineatura della redattrice ) Il medesimo concetto è stato ribadito nella sentenza K 98/02 del 10 novembre 2004, nella quale l'Alta Corte ha rilevato quanto segue: " (...)

### **E. 6.3**

Gestützt auf das bereits mehrfach zitierte Urteil A. vom 19. August 2004, K 86/02, welches nach der teilweisen Anerkennung einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ergangen ist, reichen die Pathologie und die notwendigen Massnahmen zu deren Beseitigung oder Verringerung für das Vorliegen des erforderlichen qualifizierten Krankheitswertes nicht aus. Die Behandlung bestand gemäss Rechnung des Dr. med. Dr. med. dent. S. vom 12. September 1996 im Wesentlichen in der Extraktion der beiden oberen Weisheitszähne

sowie in der operativen Entfernung der beiden unteren Weisheitszähne mit Zystenoperation. Zudem fanden eine Konsultation vor und drei Konsultationen nach dem Eingriff statt. Es bestehen keine Anhaltspunkte für besondere Komplikationen. Die Pathologie konnte durch die Entfernung der Weisheitszähne sowie durch die Zystenoperation behoben werden, ohne dass ein Ersatz der entfernten Zähne oder andere aufwändige Massnahmen notwendig geworden wären. Die Behandlung aller vier Weisheitszähne wurde vorliegend in einem Akt durchgeführt. Ein Zusammenhang in dem Sinne, dass ein Weisheitszahn mit oder ohne Zyste nur behandelt werden konnte, wenn zugleich auch die andern Weisheitszähne behandelt werden, bestand nicht. Der Krankheitswert, d.h. die Pathologie und die notwendige Behandlung ist für jeden einzelnen Weisheitszahn - mit oder ohne Zyste - gesondert zu beurteilen. Der Eingriff ist, selbst wenn vom Vorliegen von Zysten ausgegangen wird, nicht als kompliziert und aufwändig zu qualifizieren, weshalb in Anbetracht der Rechtsprechung der erforderliche qualifizierte Krankheitswert nicht gegeben ist. Damit kann die Frage, ob für die Behandlung die Dienste eines Spitals, gar unter Beizug eines Assistenten, in Anspruch genommen werden mussten, offen bleiben." ( *le sottolineature sono della redattrice* ) Il 1° febbraio 2005, nella causa K 33/03, l'Alta Corte ha ribadito: " (...)

#### **E. 6.4**

Was die Verlagerung der Zähne 18, 28 und 48 anbelangt, ergibt sich aus den Akten kein einheitliches Bild. Dr. med. Dr. med. dent. S. zunächst geht von einer deutlichen Verlagerung der Zähne 18 und 28 sowie von einer sehr stark ausgeprägten Verlagerung des Zahnes 48 aus. Dr. med. dent. C. verneint eine Verlagerung von Zahn 28, hält Zahn 18 für dem Alter entsprechend normal und sieht bei Zahn 48 noch die Möglichkeit, spontan durchzubrechen. Dr. med. Dr. med. dent. L. schliesslich bezeichnet die Zähne 18-48 als retiniert, jedoch lediglich mit einer unwesentlichen Verlagerung. Die Frage der Verlagerung der Weisheitszähne 18, 28 und 48 kann indessen offen bleiben, weil die Pathologie und die notwendigen Massnahmen zu deren Beseitigung oder Verringerung für das Vorliegen des erforderlichen qualifizierten Krankheitswertes nicht ausreichen. Die Behandlung bestand auf der rechten Seite in der Entfernung der Weisheitszähne 18 und 48 sowie in einer Konsultation vor und 4 Konsultationen nach dem Eingriff. Auf der linken Seite wurden die Zähne 28 und 38 entfernt und es fanden nach dem Eingriff drei Konsultationen statt. Weder kann eine Engstandbildung der Frontzähne oder eine drohende Verschlimmerung derselben durch die Weisheitszähne noch eine Verdrängung des Mandibularkanals als erstellt gelten. Selbst wenn die vom behandelnden Arzt geltend gemachte Pathologie vorhanden gewesen wäre, konnte sie durch die Entfernung der Weisheitszähne behoben werden, ohne dass ein Ersatz der entfernten Zähne oder andere aufwändige Massnahmen notwendig geworden wären. Schliesslich fehlen jegliche Anhaltspunkte für irgendwelche Schwierigkeiten oder besondere Komplikationen bei der Entfernung der Weisheitszähne, sodass in Anbetracht der Rechtsprechung die Voraussetzungen für eine diesbezügliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht erfüllt sind." ( *le evidenzature sono della redattrice* ) Il 18 marzo 2005 (K 164/03) l'allora TFA ha affermato: " (...) 3.4 Aufgrund der geschilderten Unterschiede kann demzufolge, wie das Eidgenössische Versicherungsgericht im zitierten BGE 130 V 464 dargelegt hat, bei verlagerten Weisheitszähnen und anderen verlagerten Zähnen bei identischer Pathologie der qualifizierte Krankheitswert im oben umschriebenen Sinn nicht gleich beurteilt werden. Um an die Übernahme der Kosten für die Behandlung verlagelter Weisheitszähne nicht geringere Anforderungen an die Schwere des Leidens zu stellen als für die Behandlung anderer verlagelter Zähne, kann bei

Weisheitszähnen nicht jede Pathologie genügen, die bei andern verlagerten Zähnen die Übernahme rechtfertigt. Eine Pathologie wie beispielsweise eine Zyste oder ein Abszess, sofern ohne grossen Aufwand behandelbar, macht die Entfernung eines Weisheitszahnes nicht zur Behandlung einer schweren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV. Anders ist es zu halten, wenn entweder die Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes wegen besonderer Verhältnisse oder die Behandlung der Pathologie schwierig und aufwändig ist (vgl. BGE 127 V 328; RKUV 2002 Nr. KV 202 S. 91, K 12/01). (...) 4.5 Was zunächst die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Behandlung der oberen Weisheitszähne 18 und 28 anbelangt, ergibt sich aus den Akten bezüglich der ersten Voraussetzung der Verlagerung dieser Zähne kein einheitliches Bild. Während Dr. med. Dr. med. dent. S. - wie in Erwägung 4.2 wiedergegeben - von einer eindeutigen Verlagerung der Zähne 18 und 28 ausgeht, bezeichnet Dr. med. dent. Z. diese Zähne als nicht verlagert, sondern als bei noch nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum altersentsprechend normal angelegt, wobei mit einem normalen Durchbruch gerechnet werden könne. Die Frage der Verlagerung der oberen Weisheitszähne kann indessen offen bleiben, weil die Pathologie und die notwendigen Massnahmen zu deren Beseitigung oder Verringerung für das Vorliegen des erforderlichen qualifizierten Krankheitswertes nicht ausreichen. Die Behandlung bestand im Wesentlichen in der Entfernung der Weisheitszähne sowie in einer Konsultation vor und fünf Konsultationen nach dem Eingriff. Eine Störung der Gebissentwicklung in Form einer Verdrängung der Zähne mit drohender Engstandbildung im Frontzahnbereich kann nicht als erstellt gelten. Selbst wenn die vom behandelnden Arzt geltend gemachte Pathologie vorhanden gewesen wäre, konnte sie durch die Entfernung der Weisheitszähne behoben werden, ohne dass ein Ersatz der entfernten Zähne oder andere aufwändige Massnahmen notwendig geworden wären. Auch fehlen Anhaltspunkte für besondere Komplikationen bei der Entfernung der oberen Weisheitszähne, sodass in Anbetracht der Rechtsprechung die Voraussetzungen für eine diesbezügliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht erfüllt sind." ( sottolineature della redattrice ) Nel caso di denti del giudizio, quindi, non è sufficiente una qualsiasi patologia che invece per gli altri denti giustifica la presa a carico dei costi di cura da parte dell'assicurazione malattia obbligatoria. Una patologia, come per esempio una cisti o un ascesso, finché è curabile senza grande impegno fa sì che l'estrazione di un dente del giudizio non sia qualificabile come trattamento di una grave malattia del sistema masticatorio ai sensi dell'art. 17 OPre. Piuttosto, ha ribadito l'Alta Corte al considerando 2.2.2 della STF 9C\_655/2010 del 23 dicembre 2010, o l'asportazione del dente del giudizio dislocato a causa di particolari circostanze o il trattamento della patologia devono essere difficili e impegnativi. Ciò vale anche nel caso di una dislocazione connessa a complicazioni sotto forma di ascesso o di cisti. Nella fattispecie, il dente del giudizio 18, che era dislocato ed è stato la (con)causa dell'ascesso, ha potuto essere estratto dopo diversi giorni che l'ascesso era stato inciso, drenato e trattato con gli antibiotici. Il Tribunale federale ha evidenziato che malgrado l'estrazione sia stata difficile, non si poteva parlare di particolari circostanze rispettivamente di un trattamento della patologia difficile e dispendioso costituita da un ascesso e da un'infezione pericoronale; non c'erano indizi di complicazioni: " (...) 3.3 Es ist davon auszugehen, dass der Weisheitszahn Nr. 18, welcher auch nach Auffassung des Vertrauenskieferchirurgen des Krankenversicherers (Stellungnahme vom 18. September 2009) verlagert war, (mit-)ursächlich für den Abszess gewesen war (vgl. BGE 130 V 464 E. 4.2 in fine S. 469). Das Tatbestandsmerkmal der Verlagerung mit Krankheitswert im Sinne

von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV ist somit gegeben. Andererseits fällt eine Qualifikation der Abszessbehandlung als ärztliche Massnahme nach Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 Ziff. 1 KVG ausser Betracht.

3.3.1 Die Behandlung des Abszesses erforderte vier Konsultationen, wobei laut dem Bericht des behandelnden Zahnarztes vom 23. Oktober 2009 nach einer ersten Inzision mit Drainage am 12. Februar 2009 und Antibiotikaverabreichung wegen des schwierigen Verlaufs vier Tage später noch ein weiteres Mal inzidiert werden musste. Ebenfalls sei die Entfernung des Weisheitszahnes Nr. 18 schwierig gewesen. Der Zahn sei transversal gelegen und habe mit den Wurzeln bis in die Kieferhöhle gereicht, sodass diese eröffnet war. Im "Arztzeugnis" vom 3. August 2010 führt er weiter aus, wegen der vorgängig notwendigen Inzision sei zudem die Schleimhaut über der Zahnverlagerung und damit über dem Loch zur Kieferhöhle nicht intakt gewesen, sodass die angrenzende vestibuläre Schleimhaut mobilisiert und eine plastische Deckung durchgeführt werden musste. Die Behandlung durch eine Osteotomie ohne Separation habe dem zweithöchsten von sechs Schwierigkeitsgraden gemäss dem anwendbaren SSO-Tarif (Position 4206 "Entfernung retinierter Zahn einfach") entsprochen.

3.3.2 Aufgrund dieser Angaben kann in Bezug auf die Entfernung des Weisheitszahns Nr. 18 nicht von besonderen Verhältnissen resp. einer schwierigen und aufwändigen Behandlung der Pathologie, bestehend aus dem Abszess sowie den üblichen pericoronalen Infekten (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 61/03 vom 8. Februar 2005 E. 4.4), gesprochen werden. Auch aus dem Operationsbericht vom 23. März 2009 ergeben sich keine Besonderheiten, insbesondere keine Hinweise auf Komplikationen. Sodann gehören die verschiedenen Verfahren der Zahnentfernung gemäss den Tarifpositionen 4201-4207 zum zahnärztlichen Standard. Die Anwendung eines bestimmten Verfahrens, vorliegend eine Osteotomie ohne Separation, allein vermag daher noch nichts über die Besonderheit der Verhältnisse auszusagen. Ebenfalls lässt der Umstand der zweimaligen Abszessinzision die Behandlung der Pathologie nicht als besonders schwierig oder aufwändig erscheinen. Es besteht somit kein Anspruch auf Übernahme der Kosten der Entfernung des Weisheitszahns Nr. 18 einschliesslich der Abszessbehandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Das gilt auch, soweit diese Vorkehren im Rahmen der Behandlung von chronischen Kopf- und Nackenschmerzen erfolgte (vgl. undatierter Überweisungsschein Frau Dr. med. B.; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 134/02 vom 26. August 2003 E. 4.2.)" ( l'evidenziatura è della redattrice ) 2.8. A livello cantonale, con sentenza 36.2004.24 del 16 dicembre 2004 questo Tribunale, in applicazione della sopra esposta giurisprudenza, ha respinto il ricorso di un'assicurata a cui il chirurgo aveva diagnosticato i denti 38 e 48 distopi con cisti follicolari, poiché in quel caso non vi erano state complicazioni tali da portare il curante ad intervenire urgentemente, essendo passate quasi tre settimane tra la consultazione iniziale e l'intervento. Per cui, vista la situazione patologica e le necessarie ma semplici misure di cura nel loro complesso, non si era in presenza di un danno alla salute qualificato, la cui esistenza è necessaria affinché l'assicurazione contro le malattie si assuma i costi della cura. Ciò indipendentemente dalla questione a sapere se nel caso concreto vi fosse o no una cisti e se il dente fosse dislocato. In seguito, il 10 luglio 2016 (36.2006.76) il TCA si è pronunciato sull'estrazione del dente del giudizio 38 , essendosi l'assicuratore rifiutato di assumersi i costi dell'intervento (Fr. 1'452,35) , poiché nessuna cisti appariva sulle radiografie e l'estrazione era stata semplice . Il Tribunale ha concluso che, come per il precedente caso giudicato, l'intervento del medico dentista curante non era stato particolarmente complesso, avendo egli eseguito l'estrazione chirurgica del dente 38, stato dopo dentitio difficilis , con cistectomia . Dopo la

consultazione iniziale, un mese dopo il curante è intervenuto con un'anestesia, l'estrazione con sezione e la cistectomia con riempimento. Alcuni giorni dopo, in due distinte occasioni, è stata effettuata la cura della ferita. Questo tipo di intervento, secondo il TCA, era simile a quello analizzato nella STCA 36.2004.24, dove il curante, dopo aver compiuto una consultazione iniziale, dato le informazioni medico-legali necessarie ed eseguito una ortopantomografia, tre settimane dopo ha effettuato l'intervento con anestesia, estrazione con sezione e cistectomia nella cavità orale, accompagnata da un'ulteriore ortopantomografia e la settimana successiva era poi seguita la cura della ferita. Anche nel caso giudicato nel 2006 l'estrazione dei denti del giudizio non ha presentato alcuna difficoltà; non vi sono state dunque delle complicazioni che hanno portato il curante ad agire urgentemente, visto che l'intervento al dente 38 è stato effettuato un mese dopo la consultazione iniziale. Di conseguenza, stante la situazione patologica e le necessarie ma semplici misure di cura nel loro complesso, non si era in presenza di un danno alla salute qualificato, indipendentemente dal sapere se v'era o no una cisti e se v'era un impedimento all'eruzione dei denti vicini.

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