

TI_GERICHTE 36.2021.35 vom 28. Dezember 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-12-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.35

FR: TI_GERICHTE 36.2021.35 du 28 décembre 2021

IT: TI_GERICHTE 36.2021.35 del 28 dicembre 2021

Regeste

Infortunio ai denti. La soluzione di riparazione riconosciuta dalla Cassa malati è stata eseguita dal curante per ben 2 volte, ma non ha funzionato. Non era dunque efficace. Rinvio atti a Cassa per verificare se il piano terapeutico del curante adempie i criteri art. 32 LAMal. Proposta di rimborso Cassa

Erwägungen

E. 3

LPGA), infortunio (definito dall'art. 4 LPGA) - per quanto l'evento non sia a carico di alcuna assicurazione infortuni sia essa obbligatoria o privata - e maternità (art. 5 LPGA). La copertura del rischio d'infortunio prevista dalla LAMal risulta rivestire simultaneamente un ruolo sussidiario e complementare: sussidiario quando ha per compito di completare le lacune assicurative in ragione della sua funzione suppletiva e complementare quando può portare a prendersi carico delle spese non coperte o coperte solo parzialmente da un'assicurazione infortuni (cfr. Messaggio del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991, pag. 123; Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SVBR], Soziale Sicherheit, 3a ed. 2016, N. 323 pag. 505). Nel caso di specie trova applicazione la LAMal, giacché l'evento capitato all'insorgente, su cui essa ha fondato il riconoscimento del costo del trattamento proposto dal dr. med. dent. _____, non risulta essere a carico di un altro assicuratore contro gli infortuni. 4. Per l'art. 28 LAMal, in caso d'infortunio l'assicuratore copre le medesime prestazioni che in caso di malattia. L'art. 31 cpv. 2 LAMal pone a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i costi per le cure di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio. L'art. 4 LPGA definisce l'infortunio come segue: "È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte". La definizione di infortunio voluta con l'adozione della LAMal è sostanzialmente uguale a quella ripresa nella LPGA. In virtù della LAMal in vigore sino alla fine del 2002, l'infortunio era definito, come rammentava l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) nella sentenza K 202/00 del 18 settembre 2001 al considerando 2a, nel seguente modo: "Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal)". Come evoca Ueli Kieser (ATSG-Kommentar, 3a ed., Zurigo-Basilea-Ginevra 2015, nn. 9-13 ad art. 4, pag. 78), con l'entrata in vigore della LPGA la giurisprudenza vigente relativa alla definizione d'infortunio (art. 9 cpv. 1 OAINF, abrogato con l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003 e ripreso dal citato art. 4 LPGA) e alle singole caratteristiche specifiche della definizione mantiene la propria validità (RAMI 2004 pag. 576). I principi applicati

all'assicurazione contro gli infortuni possono essere parimenti adottati nell'ambito degli infortuni coperti dall'assicurazione contro le malattie. Gli elementi costitutivi dell'infortunio, che devono essere realizzati cumulativamente come rammenta la giurisprudenza (fra le ultime, DTF 142 V 219 = SVR 2016 UV Nr. 23). Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia. Sul tema si vedano inoltre le puntualizzazioni di Aldo Borella, *La giurisprudenza del Tribunale Federale delle Assicurazioni sulla nozione di infortunio*, Temi scelti di diritto delle Assicurazioni sociali, pubblicato dalla CFPG edito da Helbing & Lichtenhahn, 2006 e Ghélew/Ramelet/Ritter, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents*, Lausanne 1992, pagg. 44-51. 5.

Nell'evenienza concreta, gli atti conducono per il sussistere pacifico di un infortunio riconosciuto senza discussione dalla Cassa. La controversia tra le parti ha sostanzialmente per oggetto le prestazioni assicurative. L'assicuratore, non avendo riscontrato danni alla base metallica della protesi fissa superiore, ha comunicato all'assicurata che avrebbe preso a carico i costi relativi alla riparazione dell'apparecchio (smontaggio della protesi in resina e riparazione delle incrostazioni danneggiate doc. 8 e 10), ed ha chiesto al dr. _____ di procedere in tal senso e di quantificare il costo di tale intervento, cifrato in CHF 3'898,90 (doc. 12). Il curante ha eseguito la riparazione riconosciuta dall'assicuratore per ben due volte. La prima riparazione è stata una semplice riparazione diretta in resina eseguita a titolo di urgenza, mentre la seconda è stata una riparazione indiretta in laboratorio e quindi con smontaggio e rimontaggio della protesi (doc. X). Questa seconda riparazione, ha spiegato l'odontoiatra curante al TCA che l'ha espressamente interpellato al riguardo (doc. IX), corrispondeva esattamente alla soluzione proposta dal medico dentista fiduciario della Cassa malati (doc. X). La soluzione riconosciuta dalla Cassa malati, realizzata tramite resina, non ha tuttavia funzionato, i denti dell'assicurata non sono stati in grado di reggere a una normale masticazione e si sono di nuovo rotti (doc. 9). A dire del dr. med. _____, ciò è capitato per la mancanza di ancoraggio della resina al telaio metallico, siccome le ritenzioni micromeccaniche, a seguito dell'incidente, erano rimaste aderenti allo strato di opaco, che a sua volta era rimasto solidale ai denti protesici che si erano staccati dal telaio (doc. X). Lo specialista ha quindi proceduto dapprima a un semplice incollaggio provvisorio con cianoacrilato (doc. 9), che però non era una soluzione definitiva, ma un semplice palliativo non funzionale per permettere all'assicurata di mascherare temporaneamente la rottura. La paziente poteva così sorridere, ma doveva evitare di addentare sulla zona incollata. Questo adattamento della protesi ha dovuto essere ripetuto più volte (doc. X). In attesa di una decisione da parte della sua Cassa malati, l'assicurata ha usato la protesi così riparata a titolo provvisorio. Il dr. _____ ha quindi provveduto a risanare la situazione come alla sua iniziale proposta ma eseguita in metallo-ceramica. Le cure sono terminate il 25 febbraio 2021 e il costo del trattamento realizzato è stato fatturato il 1° marzo 2021 (doc. X/1) dal dr. med. dent. _____ in CHF 29'503,40. 6.

L'assicuratore ha rifiutato d'assumere i costi di prestazioni diverse da quelle basilari ammesse (riparazione della protesi per un costo di CHF 3'898.90). Secondo CO 1, la soluzione proposta dagli specialisti che ha consultato rispecchiava le condizioni di un trattamento efficace, adeguato ed economico come prescrive l'art. 32 LAMal, mentre la terapia inizialmente prevista dal dentista curante (8 corone in metallo-resina) non era economica. 7. 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. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite all'art. 31 cpv. 2 LAMal (cure di lesioni del sistema masticatorio causate da un

infortunio) sono specificati all'art. 32 LAMal. 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. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni mediche eseguite in Svizzera sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275, RAMI 2000 KV 132 pag. 283 seg. consid. 3; STFA K 39/01 del 14 ottobre 2002). 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. Tale principio non concerne unicamente i rapporti tra assicuratori e fornitori di cure, bensì è ugualmente opponibile all'assicurato che non ha così alcun diritto all'assunzione e al rimborso di un trattamento non economico (DTF 127 V 46 consid. 2b; v. anche la STFA K 35/04 del 29 giugno 2004, consid. 3). Per costante giurisprudenza sviluppatasi in ambito LAMI e ripresa nella LAMal (SVR 1999 KV Nr.

E. 6

p. 12; RAMI 1998 n. KV 988 pag. 4 consid. 3a; RAMI 1999 n. KV 64 pag. 68 consid. 3b) sono considerate non economiche le misure mediche che non sono applicate nell'interesse del paziente oppure quelle che vanno oltre ciò che è richiesto dallo scopo concreto del trattamento. In tali circostanze le casse hanno il diritto di rifiutare l'assunzione dei costi di misure terapeutiche non necessarie o di misure che potrebbero venire adeguatamente sostituite da altre meno costose (DTF 108 V 32 consid. 3a; 101 V 72 consid. 2; RJAM 1983 n. 557 pag. 287). L'assicurato non ha alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 125 V 98 consid. 2b). Quindi se due misure risultano efficaci e appropriate si deve procedere a ponderare i costi e i benefici del trattamento (RAMI 1998 K 988 p. 4 consid. 3b e c). In tale ambito la LAMal attribuisce un ruolo importante al medico fiduciario (art. 57 LAMal) - rafforzato rispetto alla vecchia LAMI -, che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento. Il suo ruolo persegue lo scopo di evitare agli assicuratori la presa a carico di misure inutili. Egli può inoltre offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (STFA K 87/00 del 21 marzo 2001 consid. 2d). In presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia (in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal [Eugster , Krankenversicherung in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SVBR], Soziale Sicherheit , N. 291, pag. 494]), acquista importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni (Eugster , op. cit., NN. 293-296, pag. 494-495). Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (DTF 127 V 147 consid. 5; 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 KV 988 pag. 1).

Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, pag. 52). 8. Una misura è efficace quando è dimostrata secondo metodi scientifici e permette oggettivamente di ottenere il risultato diagnostico o terapeutico ricercato (STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.1, pubblicata in DTF 139 V 135; DTF 128 V 159 consid. 5c/aa pag. 165; cfr. anche sentenza K 151/99 del 7 luglio 2000 consid. 2b, pubblicata in RAMI 2000 n. KV 132 pag. 279). L'adeguatezza della misura si esamina sulla base di criteri medici. L'esame consiste nel valutare, fondandosi su un'analisi prospettiva della situazione, la somma degli effetti positivi della misura ritenuta, comparandola con gli effetti positivi delle misure alternative o in rapporto alla soluzione consistente a rinunciare a qualsiasi misura; è appropriata la misura che presenta, tenuto conto dei rischi esistenti, il miglior bilancio diagnostico o terapeutico (DTF 127 V 138 consid. 5; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.2, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). La risposta alla domanda si intreccia generalmente con quella dell'indicazione medica; quando l'indicazione medica è chiaramente stabilita, occorre ammettere che la condizione del carattere appropriato della misura è realizzato (DTF 125 V 95 consid. 4a; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.2, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). Il criterio dell'economicità interviene quando nel caso di specie esistono delle alternative diagnostiche o terapeutiche appropriate. In tal caso occorre procedere ad una ponderazione degli interessi tra i costi ed i benefici di ogni misura. Se una delle misure permette di raggiungere lo scopo essendo sensibilmente meno cara rispetto all'altra, l'assicurato non ha il diritto al rimborso dei costi della misura più onerosa (DTF 124 V 196 consid. 4; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.3, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). Il criterio dell'economicità non concerne unicamente il tipo e l'estensione delle misure diagnostiche o terapeutiche, ma riguarda anche la forma del trattamento, segnatamente la questione di sapere se una misura deve essere effettuata in ambito ambulatoriale o ospedaliero (DTF 126 V 334 consid. 2b; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.3, pubblicata in DTF 139 V 135). 9. In concreto la soluzione oggetto della decisione non si è dimostrata assolutamente efficace e adeguata. Riparata la protesi come suggerito dal dr. _____ (che non ha visitato la paziente e non ha preso visione della protesi) la stessa si è rotta per ben due volte. Interpellato dal TCA al riguardo, il curante ha indicato di avere effettuato una prima riparazione diretta in resina in via d'urgenza e una seconda riparazione indiretta in laboratorio come suggerito dal dentista fiduciario della Cassa malati. Ciò nonostante, anche questa seconda riparazione non è stata risolutiva. Egli ha addebitato l'insuccesso del trattamento alla mancanza di ancoraggio della resina al telaio metallico in quanto le ritenzioni micromeccaniche a seguito dell'incidente erano rimaste aderenti allo strato di opaco che a sua volta era rimasto solidale ai denti protesici che si erano staccati dal telaio. Chiamato a prendere posizione su queste affermazioni, l'11 ottobre 2021 (doc. XIV/1) il med. dent. _____ ha sostenuto che " al punto 3: la riparazione del manufatto come da preventivo del dott. _____ del 01.02.2021 semplicemente non è stata eseguita, in quanto immagino di concerto, odontoiatra e paziente hanno optato per la confezione di un nuovo manufatto protesico superiore. ". Questa conclusione è del tutto errata. Il dr. med. _____ ha chiaramente precisato il 24 settembre 2021 (doc. X) che " questa riparazione corrisponde esattamente

alla soluzione proposta dal medico dentista fiduciario della cassa malati. ". Pretestuoso, da parte del dentista fiduciario, è inoltre insistere che " al punto 4: non capisco come il dott. _____ possa affermare che la soluzione terapeutica da noi proposta non sia stata risolutiva e quindi a suo dire insufficiente, quando semplicemente noi abbiamo proposto una riparazione. Riparare un impianto implantosupportato con base metallica integra, sostituendo la parte in resina danneggiata dall'infortunio non può costituire un problema insormontabile. Faccio notare che lo stesso manufatto ha sopportato per anni tutte le sollecitazioni del caso. ". Il dottor _____ ha illustrato al Tribunale come ha proceduto durante il primo e il secondo tentativo di riparazione della protesi dell'assicurata e qual è il motivo per cui la seconda riparazione, avvenuta secondo i dettami imposti dal medico dentista fiduciario, non sia andata a buon fine. In altre parole, il dentista curante ha dato seguito alla soluzione proposta dalla Cassa malati, ma la stessa non ha dato i risultati sperati e la protesi riparata non ha retto a una normale masticazione: i denti si sono di nuovo rotti. In teoria, dunque, la riparazione di un impianto implantosupportato, così come proposta dal med. dent. _____, avrebbe dovuto permettere di ristabilire la funzione masticatoria dell'assicurata. Infatti, come riconosciuto pure dallo stesso dr. _____, " ristabilire ritenzioni micromeccaniche in corso d'opera (...) classicamente realizzato in data 03.12.2020, avrebbe dovuto garantire per il caso specifico la durata della riparazione (...) " (doc. XVI/1). In pratica, però, questa soluzione non ha funzionato nel caso in esame. Il dentista curante ha sostenuto il 24 settembre 2021 (doc. X) che le ritenzioni micromeccaniche erano rimaste aderenti allo strato di opaco e quindi i denti erano indeboliti dalla presenza sul lato palatino dei fori di avvitanamento degli impianti; la base metallica non era dunque integra come invece ritenuto dal medico fiduciario. In seguito, il 22 ottobre 2021 (doc. XVI/1) il dottor _____ si è così espresso: " in pratica, esse si sono rivelate insufficienti allo scopo, infatti, dopo la consegna della riparazione, i denti protesici, sottoposti ad una normale masticazione, si sono nuovamente staccati dopo pochi giorni tanto che, in data 14.12.2020, hanno dovuto essere nuovamente rifissati al telaio, semplicemente incollandoli, a titolo di riparazione provvisoria non funzionale, in attesa di decidere sul da farsi. " (doc. XVI/1). Il trattamento riconosciuto non è, quindi, efficace. 10. La decisione impugnata va, quindi, annullata e gli atti sono da rinviare alla Cassa per un nuovo provvedimento. Il dr. med. _____ aveva individuato l'11 dicembre 2020 una soluzione efficace nel confezionamento e nella posa di 8 corone in metallo-resina del costo, laboratorio compreso, di CHF 12'407,80. Spetta dunque ora alla Cassa malati, a cui gli atti vanno rinviati, verificare se questo piano terapeutico adempia ai criteri dell'art. 32 LAMal. Nell'esaminare questa soluzione CO 1 terrà altresì in considerazione che la ricorrente ha accettato la proposta di un rimborso complessivo di CHF 15'000 suggerita dal giudice durante l'udienza del 15 dicembre 2021. 11. Sulla scorta di quanto esposto, la decisione su opposizione con cui la Cassa malati ha riconosciuto all'assicurata il versamento di CHF 3'898,90 per il trattamento suggerito dal suo dentista di fiducia quale soluzione risolutiva del ripristino della sua funzione masticatoria va annullata e il ricorso accolto ai sensi delle considerazioni espresse. Vincente in causa, ma non rappresentata da un legale, la ricorrente non ha diritto a delle indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGGA). 12. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGGA. L'art. 61 lett. a LPGGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può

imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In concreto il ricorso ha per oggetto delle prestazioni assicurative per le quali la LAMal non prevede che la procedura sia soggetta a spese.

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