

TI_GERICHTE 36.2023.13 vom 9. Oktober 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-10-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2023.13

FR: TI_GERICHTE 36.2023.13 du 9 octobre 2023

IT: TI_GERICHTE 36.2023.13 del 9 ottobre 2023

Regeste

Estrazione di denti e cisti in anestesia generale in regime stazionario non rientra fra le malattie dell'apparato masticatorio (art.17 OPre) né sistemiche (art.19 OPre): i costi non vanno assunti dalla Cassa malati. Neppure l'anestesia, non essendo la ric. affetta da gravi disabilità mentali o fisiche

Erwägungen

E. 19

OPre non si limita a regolamentare solo gli interventi antecedenti il trattamento della malattia, bensì garantisce in generale un'assistenza completa (quindi anche ricostruttiva) nella misura in cui la cura dentaria era necessaria per il trattamento di una delle gravi malattie sistemiche contemplate nella norma (DTF 124 V 199 consid. 2d). L'Alta Corte ha pure affermato che, secondo giurisprudenza, anche il trattamento medicamentoso di una malattia grave sistemica menzionata all'art. 18 cpv. 1 OPre configura una conseguenza della medesima e può quindi giustificare l'assunzione di una cura dentaria (DTF 118 V 69 consid. 5b), purché l'affezione dentaria non sia oggettivamente evitabile (DTF 130 V 472; DTF 128 V 59). Va inoltre rilevato che mentre, a seconda del significato patologico, le spese di un trattamento medico devono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in funzione dell'art. 25 LAMal, la copertura assicurativa di un trattamento dentario si determina secondo i criteri di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal in relazione con gli artt. 17 segg. OPre (DTF 128 V 146 consid. 5). Infine, 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). 2.3. Il chirurgo maxillo-facciale, nel suo preventivo del 23 maggio 2022 (doc. 6) indirizzato alla Cassa malati dell'assicurata, ha indicato che la base legale per riconoscere i costi dell'estrazione dei denti 11, 13, 21, 22 e della formazione cistica in zona 22 era insita negli artt. 17 lett. c cifra 4 OPre e 18 lett. a cifra 5 OPre. Rispondendo alla richiesta del medico di assumersi i costi dell'intervento proposto in regime stazionario, l'8 giugno 2022 la Cassa malati ha affermato che dalla radiografia panoramica del 21 aprile 2022 risultava una cisti sotto l'elemento

E. 22

e che questa formazione era probabilmente di origine radicolare e le sue dimensioni non superavano il processo alveolare. Pertanto, non erano adempiuti i presupposti legali dell'art. 17 lett. c cifra 4 OPre per potere prendere a carico i costi relativi all'anestesia generale e alla degenza stazionaria presso l'Ospedale _____ di _____. Inoltre, per la Cassa malati neppure era applicabile l'art. 18 lett. a cifra 5 OPre, visto che dal certificato del 13

maggio 2022 (doc. 5) del PD dr. med. _____ non emergeva diagnosi correlabile a diatesi emorragiche. Nel successivo scritto del 16 dicembre 2022 (doc. 14) la Cassa malati ha rinviato alle motivazioni addotte in precedenza per rifiutare la presa a carico dei costi del trattamento dentario e, analizzando se le condizioni mediche dell'assicurata necessitavano una degenza stazionaria e la narcosi, si è fondata sull'art. 19b lett. b OPre per negare un suo obbligo prestativo. A suo dire, non era data una grave disabilità mentale o fisica per dovere procedere con anestesia totale. Nella decisione formale del 26 gennaio 2023 (doc. 16) la Cassa malati ha ribadito integralmente il contenuto del suo precedente scritto e ha quindi rifiutato di assumersi i costi del trattamento dentario, non ritenendo adempiuti né i criteri dell'art. 17 lett. c cifra 4 OPre né dell'art. 18 lett. a cifra 5 OPre e neppure dell'art. 19b lett. b OPre. Con la decisione su opposizione del 13 marzo 2023, oggetto del presente litigio, CO 1 ha concluso per l'assenza di una necessità assoluta di una degenza stazionaria volta a garantire il buon esito dell'intervento e che quindi il trattamento dentario in oggetto poteva essere realizzato in regime ambulatoriale non essendo in presenza di gravi disabilità fisiche o mentali (art. 19b lett. b OPre).

2.4. L'art. 17 OPre prevede che l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio se e solo se l'affezione ha carattere di malattia. Fra le malattie gravi e non evitabili vi sono: "c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli: 1. tumori benigni dei mascellari, della mucosa e lesioni pseudo-tumorali, 2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo, 3. osteopatie dei mascellari, 4. cisti (senza legami con elementi dentari), 5. osteomieliti dei mascellari;". Non è in discussione che, come emerge dalla ortopantomografia agli atti eseguita il 21 aprile 2022 (doc. 3) dal dr. med. dr. med. dent. Martin Beyer, sotto il ponte 13x12-21-22 risulta una cisti in zona 22. Anche la Cassa malati ne ha pacificamente confermato la presenza. Tuttavia, a dire di quest'ultima, probabilmente la formazione di questa cisti era di origine radicolare e visto che le sue dimensioni non superavano il processo alveolare, non era possibile ritenere di essere in presenza di un'affezione che ha carattere di malattia ai sensi dell'art. 17 lett. c cifra 4 OPre. Per potere stabilire con certezza l'origine di questa cisti, e verificare quindi se aveva legami con elementi dentari, occorreva effettuare un esame istologico, che però non è dato sapere se sia stato eseguito. Si prescinde perciò dal ritenere adempiuti i presupposti dell'art. 17 lett. c cifra 4 OPre, tenuto altresì conto che la ricorrente nemmeno si fonda più su questa norma per sostenere la propria pretesa e reclamare un obbligo prestativo della Cassa malati per i trattamenti dentari di cui ha beneficiato.

2.5. L'art. 18 cpv. 1 OPre dispone che l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi sistemiche indicate o ai loro postumi e necessarie al trattamento dell'affezione (art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal) e fra le malattie gravi sistemiche la lettera a cifra 5 menziona le diatesi emorragiche. Per l'art. 18 cpv. 2 OPre, le spese delle prestazioni di cui al capoverso 1 vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In specie, non basta che vi siano stati alcuni episodi di perdite di sangue per sostenere che vi sia una malattia del sistema sanguigno, nel senso che v'è una predisposizione costituzionale ai disturbi della coagulazione con una tendenza ad emorragie. Infatti, agli atti non v'è alcun referto medico che attesti che la ricorrente è affetta da diatesi emorragiche. Nell'ambito di un controllo cardiologico, in cui l'assicurata ha riferito, in modo invariato da anni, un certo affanno respiratorio senza angor, il PD dr. med. _____, FMH cardiologia, il 13 maggio 2022 (doc. 5) ha posto le diagnosi cardiologiche di malattia coronarica trivasale e di fibrillazione atriale permanente in anticoagulazione. Non v'è dunque nessuna indicazione di diatesi emorragiche. Nemmeno il

referto del 21 giugno 2022 (doc. 7) del dr. _____, nell'ambito del consulto anestesiologicalo che l'assicurata ha effettuato presso l'Ospedale _____ di _____ in vista dell'intervento odontoiatrico, menziona nell'elenco delle diagnosi, e delle diagnosi secondarie, una tendenza a emorragie. Anche il certificato medico dell'11 ottobre 2022 (doc. 11) del dr. med. _____, FMH medicina interna, non riferisce di una tale problematica. In assenza, quindi, di una diagnosi certa che comprovi questa patologia, come sostenuto dalla Cassa malati, nemmeno sulla base dell'art. 18 lett. a cifra 5 OPre è possibile riconoscere i costi del trattamento dentario di cui la ricorrente ha beneficiato dal 4 al 7 luglio 2022 (Fr. 11'095.-), che perciò rimangono a suo carico. 2.6. L'art. 19b OPre, intitolato "Anestesia generale in caso di cure dentarie", è in vigore dal 1° luglio 2020 e prevede che: " L'assicurazione assume i costi dell'anestesia generale per l'esecuzione di: a. cure dentarie di cui agli articoli 17-19 a , nel caso in cui non siano possibili senza anestesia generale; b. trattamenti di medicina dentaria non contemplati dagli articoli 17-19 a , nel caso in cui non siano possibili senza anestesia generale a causa di gravi disabilità mentali o fisiche dell'assicurato." . Occorre in primo luogo osservare che l'intervento che il chirurgo maxillo-facciale, specialista altresì in chirurgia orale, ha eseguito il 5 luglio 2022 sulla ricorrente, è consistito nella rimozione del dente 22 e in una cistectomia nella zona 22. Inoltre, poiché gli elementi 11, 13 e 21 presentavano un danno parodontale, il dr. med. dr. med. dent. _____ ha proceduto pure alla loro estrazione (doc. 4), per un totale di quattro denti e di una cisti estratti (doc. 9). L'indicazione per procedere in tal senso si fondava dunque sulla presenza di una cisti in zona 22, che era sfociata in un ascesso con secrezione purulenta, ovvero in un'infezione acuta provocata da un'invasione batterica. L'insorgente ha sostenuto che questo intervento era necessario " a causa dell'infezione apicale cronica che ha comportato la ripetuta assunzione di antibiotici. Tale condizione determinava un importante rischio di complicazioni sistemiche. L'intervento prospettato non si prefiggeva di migliorare la funzionalità dell'apparato masticatorio, bensì di evitare l'insorgere di ulteriori infezioni in una paziente affetta da una grave disabilità fisica, il cui stato di comorbidità implicava un elevato rischio di complicanze e di emorragie. Senza l'intervento, l'infezione avrebbe potuto comportare complicazioni sistemiche soprattutto a livello cardiaco in una paziente già affetta da una severa patologia cardiaca. Le prestazioni eseguite non costituivano delle cure dentarie ai sensi dell'art. 31 LAMal bensì delle prestazioni mediche ai sensi dell'art. 25 LAMal, i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se la misura è efficace, opportuna ed economica, criteri in concreto adempiuti (art. 32 LAMal) " (doc. I punto 5 pag. 7). Per sapere se una prestazione effettuata da un medico dentista rientri nell'art. 25 LAMal o nell'art. 31 LAMal, la giurisprudenza ha stabilito che mentre, a seconda del significato patologico, le spese di un trattamento medico devono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in funzione dell'art. 25 LAMal, la copertura assicurativa di un trattamento dentario si determina secondo i criteri di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal in relazione con gli artt. 17 segg. OPre (DTF 128 V 146 consid. 5; STFA K 6/05 del 27 settembre 2005, consid. 2.3). Inoltre, la nostra Massima istanza ha avuto modo di stabilire che i criteri atti in primo luogo a delimitare la cura medica da quella dentaria sono la sede d'applicazione e lo scopo terapeutico della medesima. Con riferimento alla sede d'applicazione, configurano cure dentarie sostanzialmente i provvedimenti terapeutici applicati all'apparato masticatorio, mentre per quanto concerne lo scopo terapeutico - criterio, questo, ritenuto decisivo -, esso va determinato avuto riguardo alla parte del corpo o alla funzione che direttamente deve essere curata o ripristinata (DTF 128 V 143; cfr. pure

Claudia Kopp Käch , Zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen [Überblick über die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts], in: ZBJV 2002, pag. 422). In quest'ordine di idee, l'Alta Corte ha precisato che l'applicazione di una ferula avente lo scopo di alleviare la muscolatura e l'articolazione della mascella nell'ambito di una terapia dell'artrosi mascellare costituisce un trattamento medico ; al contrario, l'inserimento di un simile accorgimento configura un trattamento dentario se interessa i denti in quanto tali oppure la loro funzione prioritaria di sminuzzamento degli alimenti (facilitazione della masticazione; DTF 128 V 143 consid. 4b/cc; STFA K 6/05 del 27 settembre 2005, consid. 2.4; STCA 36.2016.85 del 14 settembre 2017). L'Alta Corte ha stabilito che se nell'ambito di un trattamento medico si rende necessaria una cura dentaria, le spese di quest'ultima possono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie unicamente se sono date le condizioni per un obbligo di prestazione ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 LAMal in relazione con gli artt. 17-19a OPre (STFA K 62/99 del 9 aprile 2002, consid. 6). Un'assunzione a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è quindi segnatamente esclusa se un assicurato, nel quadro di un trattamento medico di un mal di testa, viene sottoposto a una cura dentaria (ad es.: estrazione di denti del giudizio per il trattamento del mal di testa) nella misura in cui l'elemento patologico non risiede nell'apparato masticatorio (STFA K 6/05 del 27 settembre 2005, consid. 2.5; STFA K 134/02 del 26 agosto 2003). Nel caso in esame, è innegabile che lo specialista è intervenuto per curare un problema nel cavo orale dell'assicurata (sede d'applicazione) al fine di eliminare la cisti che si era creata in zona 22 sotto il ponte 13x12-21-22 (doc. 4). La rimozione chirurgica di questa cisti dentale aveva infatti per scopo di curare il mascellare superiore dell'assicurata ripristinando la funzione masticatoria ad esso connessa che era/sarebbe stata compromessa se la cisti non fosse stata asportata (scopo terapeutico). Di principio, una cisti dentale può causare mal di denti, gonfiore delle gengive, delle guance, delle labbra, alitosi e mobilità dentale. Non va però dimenticato che questa formazione cistica aveva già causato un ascesso e quindi un'inflammazione acuta e che se lasciata crescere avrebbe poi potuto indebolire l'osso mascellare fino al punto di rendere probabile una frattura. Ne consegue che l'intervento effettuato dal dr. med. dr. med. dent. Martin Beyer costituisce un trattamento dentario , perciò la tesi della ricorrente non può essere tutelata. Pertanto, per stabilire se i relativi costi devono essere assunti dalla Cassa malati nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, occorre che siano date le condizioni per un obbligo di prestazione ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 LAMal in relazione con gli artt. 17-19a OPre applicando i criteri dell'art. 31 LAMal e non dell'art. 32 LAMal. 2.7. Già si è detto che l'estrazione degli elementi dentari 11, 13, 21 e 22 e la cistectomia non rientrano fra le malattie dell'apparato masticatorio (art. 17 OPre) e fra le malattie sistemiche (art. 18 OPre), perciò i relativi costi (Fr. 11'095.-) non sono riconosciuti dall'assicurazione malattia né presi a carico dalla Cassa malati. Quest'ultima ha poi ulteriormente analizzato l'ipotesi a sapere se debba assumersi i costi della narcosi (Fr. 2'114,40). Dal 1° luglio 2020, la presa a carico delle anestesie generali in caso di cure dentarie è regolata dall'art. 19b OPre (prima di allora, questa prestazione figurava nell'Allegato 1 OPre). Da una parte, le anestesie generali sono prese a carico per le cure dentarie che sono rimborsate dall'assicurazione obbligatoria conformemente agli artt. 17-19a OPre (art. 19b lett. a OPre). Dall'altra, v'è un obbligo di assunzione dei costi delle narcosi per tutte le altre cure dentarie, non contemplate dagli artt. 17-19a, che in ragione di un grave handicap mentale o fisico non possono essere fornite senza anestesia generale (art. 19b lett. b OPre). I costi generati da queste cure dentarie non

sono però rimborsati. Nel caso in esame, considerato che il trattamento dentario che la ricorrente ha subito il 5 luglio 2022 non rientra dunque nella lista esaustiva di cui agli articoli 17-19a OPre, ed è stato eseguito in narcosi, occorre verificare l'applicabilità dell'art. 19b lett. b OPre. Questo disposto contempla infatti la condizione supplementare che per i trattamenti di medicina dentaria non previsti dagli artt. 17-19a OPre, come in concreto, i costi dell'anestesia generale sono assunti dall'assicurazione malattia obbligatoria soltanto se vi sono gravi disabilità mentali o fisiche di cui l'assicurato è affetto che impediscono di dispensarle in altro modo. Contrariamente a quanto sostenuto dall'insorgente, il suo stato di salute non rientra in questa casistica, ovvero non è tale da configurare un grave handicap mentale o fisico nel senso previsto dall'art. 19b lett. b OPre. Questa norma, infatti, si riferisce unicamente alle persone affette da gravi disabilità mentali o fisiche che a causa di questo loro stato non sono assolutamente in grado di sedere sulla poltrona del dentista, di starvi sedute, di stare immobili, magari a lungo, di tenere la bocca aperta per un tempo prolungato, di collaborare, di seguire le istruzioni del medico dentista durante i trattamenti dispensati. Senza alcun dubbio questo status non emerge dai referti medici agli atti e quindi le condizioni di salute della ricorrente non ricadono sotto l'art. 19b lett. b OPre. La cardiopatia, l'artrite delle articolazioni metacarpofalangeali della mano destra, la gonalgia a sinistra, l'ipertensione arteriosa, la modica iperuricemia, la protesi totale del ginocchio destro, le pregresse epatiti A e B e la polineuropatia agli arti inferiori, così come diagnosticate il 21 giugno 2022 (doc. 7) dal dr. med. _____, non sono infatti tali da configurare una grave disabilità mentale o fisica nel senso sopra indicato. Pertanto, l'esistenza di queste patologie non giustifica che i costi della narcosi generale siano addebitati all'assicurazione malattia obbligatoria. La fattura di Fr. 2'114,40 per le prestazioni dell'anestesista non può di conseguenza essere posta a carico della Cassa malati.

2.8. Sulla scorta delle considerazioni esposte, né la fattura per la degenza di 4 giorni presso l'Ospedale _____ di _____ (Fr. 11'095.-) né la fattura per le prestazioni dell'anestesista (Fr. 2'114,40) possono essere rimborsate alla ricorrente dalla sua Cassa malati sulla base degli artt. 17-19b OPre. La circostanza che, a detta - implicitamente - dei medici curanti, per meri motivi di precauzione, di opportunità e di tranquillità dell'esecutore e della paziente, il trattamento dentario previsto sia stato realizzato in regime stazionario, nulla muta al fatto che la situazione orale dell'insorgente non era tale da configurare una malattia dell'apparato masticatorio, una malattia sistemica o ancora essere conseguente ad infermità congenita e che di conseguenza adempiva una o più ipotesi, esaustive, previste dagli artt. 17-19a OPre. Così stando le cose, dopo avere esaminato la documentazione medica agli atti, non è necessario dare seguito alla richiesta della ricorrente di sentire personalmente i suoi medici curanti, di esperire una perizia sul suo stato di salute, sull'obiettivo terapeutico dell'intervento e sulle sue finalità, sulla necessità di eseguirlo in anestesia totale e in ambito stazionario (doc. I). Infatti, si deve ritenere che i referti a disposizione del Tribunale siano già completi, sufficientemente dettagliati e chiari per definire lo stato dell'assicurata, senza che sia quindi utile l'esperimento di ulteriori accertamenti. 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. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.9. Ne discende che la decisione impugnata deve essere confermata e il ricorso respinto. Portando il ricorso sulla richiesta di prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria, il legislatore non ha previsto di prelevare delle spese (art. 61 lett. f bis LPGa); la procedura è così gratuita. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGa du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

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