

TI_GERICHTE 33.2019.17 vom 6. Februar 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-02-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2019.17

FR: TI_GERICHTE 33.2019.17 du 6 février 2020

IT: TI_GERICHTE 33.2019.17 del 6 febbraio 2020

Regeste

Rimborso spese dentarie ad assicurato epilettico. Esame dell'adeguatezza, semplicità ed economicità del trattamento proposto dal curante. In specie, solo la protesizzazione mobile risponde a tutti i requisiti, purché sia confezionata con accorgimenti tecnici x stabilità e robustezza. No a impianti fissi

Erwägungen

E. 3

I preventivi e le fatture devono rispettare le posizioni tariffali della tariffa AINF/AM/AI.". Sempre in merito ai trattamenti dentari, l'art. 4 RLaLPC (Regolamento della LaLPC del 19 dicembre 2007, in vigore dal 1° gennaio 2008) prevede: " 1 Sono rimborsate solo le spese fatturate da dentisti in possesso di un diploma federale o da dentisti che sono in possesso di un'autorizzazione cantonale per esercitare la professione. 2 Le spese fatturate da dentisti in possesso di un diploma conseguito all'estero sono rimborsate solo se essi sono in possesso di un'autorizzazione cantonale ad esercitare la professione.". 2.3. La nuova LPC (art. 14 LPC) ha dunque delegato ai Cantoni la competenza (anche) in ambito di spese di dentista. Su questa tematica il Cantone Ticino, nel suo art. 13 LaLPC, ha essenzialmente ripreso il tenore dell'art. 8 OMPC che, come visto, così come l'intera OMPC è stato abrogato dal 1° gennaio 2008 con l'entrata in vigore della nuova LPC, adottata con la riforma della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra la Confederazione ed i Cantoni. A questa stregua, visto l'uguale tenore della nuova norma cantonale al citato art. 8 OMPC, d'avviso di questo Tribunale l'allora prassi amministrativa, fondata sulle Direttive sulle prestazioni complementari (DPC) edite dall'UFAS in ambito di spese per trattamenti dentari (valide dal 1° gennaio 2002, stato 1° gennaio 2007, il cui tenore è stato abrogato con la nuova versione in essere dal 1° gennaio 2008), deve essere ritenuta per l'interpretazione della nuova legislazione ticinese. Fa tuttavia eccezione l'art. 8 cpv. 3 OMPC, il cui contenuto non è più stato ripreso a livello ticinese (questa norma prevedeva che se le spese per trattamenti dentari - compreso il laboratorio - sono presumibilmente superiori a Fr. 3'000.-, prima del trattamento si deve sottoporre un preventivo alla Cassa di compensazione. Se un trattamento il cui costo supera i Fr. 3'000.- è effettuato senza l'approvazione del preventivo, sono rimborsati al massimo Fr. 3'000.-) (STCA 33.2014.31 del 16 gennaio 2015 consid. 4). Secondo il N. 5038 DPC, per principio, le spese per trattamenti dentari (spese per il dentista, per lavori odontotecnici, per materiale e medicinali) sono prese in considerazione nell'ambito delle PC solo se corrispondono a trattamenti ed esecuzioni semplici, economici ed adeguati. Si può tenere conto delle spese di sostituzioni dentarie (corone, ponti, protesi) a condizione che siano state inserite da un dentista o da un odontotecnico autorizzato all'esercizio indipendente della professione (da quest'ultimo tuttavia solamente protesi complete o parziali e non corone e ponti). Giusta il

N. 5038.1 DPC, per valutare se si è in presenza di un trattamento e di un'esecuzione semplici, economici e adeguati sono determinanti le direttive dell'UFAS concernenti il rimborso di spese per trattamenti dentari nell'ambito delle PC (cfr. Allegato IV DPC). Per il rimborso di spese per trattamenti dentari è determinante la tariffa dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione militare e dell'assicurazione per l'invalidità (tariffa AINF/AM/AI) relativa agli onorari per prestazioni dentarie e la tariffa AINF/AM/AI per lavori odontotecnici (N. 5038.2 DPC). La fattura del dentista e quella del laboratorio odontotecnico vanno inoltrate conformemente alle posizioni tariffarie della tariffa AINF/AM/AI. Devono figurarvi il numero del dente, il numero tariffario, la quantità, il genere di trattamento, la quantità di punti e il valore del punto. In caso di divergenze da un preventivo dei costi approvato, le modifiche al piano di trattamento devono essere desumibili nel dettaglio dalla fattura (N. 5038.3 DPC). Giusta il N. 5038.5 DPC, i documenti inoltrati devono essere conformi alla LAINF. Devono essere desumibili la situazione prima del trattamento (prospetto e condizioni dei denti) e il trattamento previsto. I documenti devono descrivere il trattamento previsto in modo tale che il dentista consulente possa valutarlo dettagliatamente. Il preventivo dei costi deve ragguagliare circa il numero dei denti, il numero tariffario, la quantità, il genere di trattamento (testo esplicito relativo al numero tariffario), la quantità di punti e il valore del punto. Il preventivo dei costi deve essere corredato delle radiografie necessarie alla sua valutazione. In caso di sostituzione mediante protesi, i modelli di studio e, se disponibile, lo stato parodontale vanno inoltrati su richiesta del dentista consulente. Secondo il N. 5038.7 DPC, un preventivo dei costi approvato dall'ufficio PC non è da considerare come una garanzia dei costi. La persona assicurata può tuttavia partire dal presupposto che non vi saranno obiezioni di natura tecnica a qualsiasi trattamento corrispondente al preventivo dei costi approvato. Un rimborso integrale è possibile unicamente se l'importo disponibile per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità lo permette, se non vi sono eccedenze negli introiti e se per principio esiste un diritto alle PC. Riguardo alla decisione in merito al preventivo dei costi va indicato che l'approvazione non significa una garanzia dei costi. Le spese per il preventivo dei costi vanno addebitate all'importo per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità (N. 5038.8 DPC). Giusta il N. 5038.10 DPC, l'ufficio PC rammenta regolarmente ai beneficiari di PC che prima di un trattamento dentario di una certa importanza devono informare il loro dentista in merito alle PC e che occorre inoltrare un preventivo dei costi.

2.4. Dal profilo formale, quindi, la fattura del dentista e quella del laboratorio odontotecnico vanno inoltrate conformemente alle posizioni tariffarie della tariffa AINF/AM/AI. Inoltre, dai documenti trasmessi devono essere desumibili sia la situazione prima del trattamento sia il trattamento previsto, che deve essere descritto cosicché il dentista consulente possa valutarlo dettagliatamente. Dal lato sostanziale, i trattamenti dentari devono essere semplici, economici ed adeguati affinché la Cassa di compensazione possa procedere al rimborso delle relative spese. Per un coscienzioso esame dei casi problematici relativi a richieste di rimborso quali quella in discussione, anni fa la Cassa cantonale di compensazione ha infatti istituito una Commissione medico dentistica, composta attualmente dai dr. med. dent. _____ e _____, affinché, mediante l'avviso di medici dentisti esperti, essa possa giudicare le fattispecie concernenti i trattamenti dentari necessari agli assicurati beneficiari di prestazioni complementari (STCA 33.2014.31 del 16 gennaio 2015 consid. 5).

2.5. Giusta l'art. 43 cpv. 1 LPGA, l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per

scritto. Per l'art. 43 cpv. 2 LPGA, se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi. Secondo l'art. 43 cpv. 3 LPGA, se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia. Inoltre, secondo l'art. 44 LPGA se per chiarire i fatti l'assicuratore deve far ricorso ai servizi di un perito indipendente, ne comunica il nome alla parte. Essa può ricusare il perito per motivi fondati e presentare controproposte. Sull'indipendenza degli esperti nella procedura amministrativa si è pronunciato il Tribunale federale nella DTF 137 V 210, confermando che all'assicurato non deve derivare nessuno svantaggio, nella procedura amministrativa, dal fatto che la controparte processuale è lo Stato. Dal momento che le perizie, vista la loro funzione di supporto, sono spesso un elemento caratteristico della conoscenza giuridica, i periti medici devono principalmente essere allo stesso modo indipendenti ed imparziali come lo sono i giudici. Questo elementare requisito costituzionale si applica anche alle perizie amministrative di carattere medico, non appena formano la base per una decisione su un diritto fatto valere e più che mai quando nel successivo procedimento di ricorso saranno utilizzate come base per la valutazione giudiziaria. La natura formale della violazione del diritto ad avere un esperto indipendente ha per conseguenza che la perizia, che non presenta le necessarie caratteristiche, è da escludere come mezzo di prova, indipendentemente dall'esito della fondatezza delle eccezioni materiali (cfr. consid. 2.1.3). Nella citata sentenza il Tribunale federale ha anche analizzato la natura dell'art. 44 LPGA e le conseguenze (giuridiche e pratiche) da essa derivanti, imponendo un rafforzamento dei diritti di partecipazione (cfr. consid. 3.4).

2.6. In concreto, per determinare il diritto al rimborso delle cure dentarie, la Cassa di compensazione ha proceduto a degli accertamenti sottoponendo l'intera documentazione medica in suo possesso, aggiornata di volta in volta, al giudizio dei medici dentisti fiduciari a cui essa si appoggia. Come ritenuto da questo Tribunale nella citata STCA 33.2014.31 del 16 gennaio 2015 considerando 7, seppure l'istituzione di una Commissione medico dentistica non sia stata specificatamente prevista né dal Legislatore federale (LPC) né tanto meno dal legislatore e/o esecutivo cantonale (R/LaLPC) - come è invece per esempio il caso in ambito di assicurazione invalidità con la creazione del Servizio Medico Regionale (art. 69 LAI e art. 69 OAI), mentre in specie v'è solo un accenno nelle vecchie DPC, laddove per valutare la situazione prima del trattamento ed il trattamento stesso previsto, l'amministrazione può avvalersi di un consulente (N. 5038.5 DPC) - essa non può che portare competenza, chiarezza ed elementi di valutazione alla Cassa cantonale di compensazione. Non va infatti dimenticato che, quale organo amministrativo, forzatamente la Cassa cantonale di compensazione non dispone delle necessarie conoscenze per valutare, dal profilo medico tecnico, se siano dati i presupposti medici per ammettere le cure previste dai medici dentisti curanti e quindi per concedere ai beneficiari di prestazioni complementari il rimborso delle relative spese. Il ricorso a questa specifica Commissione è quindi opportuno. In merito alla natura della Commissione medico dentistica, va qui evidenziato che i medici dentisti che lavorano in seno all'unica Commissione medico dentistica esistente in Ticino creata ad hoc dall'amministrazione cantonale non sono dei periti esterni ai sensi dell'art. 44 LPGA, ma si accomunano piuttosto a dei medici interni come per l'assicurazione invalidità. La giurisprudenza promulgata dal Tribunale federale al riguardo (DTF 137 V 210) non è perciò qui applicabile. La Cassa ha

quindi correttamente e validamente affidato a dei periti propri, della cui neutralità, indipendenza e capacità professionale non v'è comunque motivo di dubitare, il compito di valutare lo stato dei denti del ricorrente. Di conseguenza, dal profilo formale la Commissione medico dentistica può essere considerata come legittimata ad esprimere il proprio parere sul trattamento proposto dal medico dentista del ricorrente (STCA 33.2014.31 del 16 gennaio 2015 consid. 7). 2.7. Resta ora da verificare se i pareri della predetta Commissione, posti a fondamento della decisione della Cassa cantonale di compensazione, debbano essere confermati alla luce dei principi legali di semplicità, economicità ed adeguatezza di una cura dentaria giusta gli artt. 14 cpv. 2 LPC e 13 cpv. 1 LaLPC. Il preventivo del 9 novembre 2017 (doc. 1) di Fr. 15'396,40 del dr. med. dent. _____ prevedeva l'estrazione dei denti 16, 14, 12, 22, 25, la posa di impianti 15, 12, 22, 25, di un ponte provvisorio in resina x13x11 21x23x, l'estrazione degli elementi 13, 11, 21, 23 e la posa del ponte in resina con titanio a lungo termine sui denti 15xx12xx22xx25. Allegato alla predetta proposta terapeutica c'era il certificato del 19 giugno 2017 (doc. 1) della dr.ssa med. _____, capoclinica di neurologia presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale _____ di _____, avente il seguente tenore: " Si certifica che il sopramenzionato paziente è affetto da epilessia con crisi focali a generalizzazione secondaria di origine strutturale su esiti di ictus ischemico nel territorio dell'arteria cerebrale media destra di possibile origine cardioembolica e da vasospasmo il 29.09.2013. Questo problema di salute deve essere tenuto in considerazione per le cure dentarie.". Qualche giorno dopo, la neurologa ha certificato che l'assicurato era affetto da epilessia e che per questa ragione non era indicata la presenza di un corpo mobile in bocca (doc. 1). Questa documentazione è stata sottoposta alla Commissione medico dentistica a cui fa capo la Cassa per valutare la semplicità, l'economicità e l'adeguatezza delle cure dentarie proposte dai curanti. Nella prima valutazione del 20 novembre 2017 (doc. 2b) la Commissione, basandosi sulla copia dell'ortopantomografia a disposizione allegata al preventivo (doc. 1), ha concluso che il trattamento previsto non era semplice né economico. In calce al verbale c'è inoltre un'annotazione secondo cui " si potrebbe pagare una prot. totale (una totale non c'è il rischio che la ingoia) ". Il 30 novembre 2017 (doc. 3) è pervenuto alla Cassa lo scritto del 23 marzo 2017, con cui il dr. _____ si è così pronunciato: " capisco che si tratta di una terapia chirurgica ed implantologica, ho però previsto delle ricostruzioni protesiche in resina, purtroppo il paziente ha subito negli ultimi anni delle terapie di splintaggio igiene e conservative che lo hanno portato a 38 anni ad avere dei denti totalmente mobili e dolenti. Il paziente è inoltre epilettico, ed ha subito anche un infortunio che a dire del neurologo non gli permettono di essere portatore di protesi mobile. Data la situazione dentale e parodontale del paziente, in questo momento non vedo altre terapie possibili o alternative adeguate oltre a quella proposta. Sono però disponibile senza alcun problema a valutare una terapia alternativa che la vostra commissione possa ritenere utile, ed a eseguirla con il benessere del paziente e del neurologo che lo sta curando.". La Commissione si è riunita il 6 dicembre 2017 (doc. 4b) per pronunciarsi sul contenuto di questa lettera e in quell'occasione ha affermato di essere disposta a sussidiare una protesi totale superiore dopo estrazione di tutti i denti - non essendoci il rischio che la ingoi - nel rispetto dei criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità, con un contributo unico di Fr. 3'000.-. Se invece veniva eseguita la proposta terapeutica del medico dentista curante, la differenza di costi rimaneva a carico dell'assicurato. Il 18 ottobre 2018 (doc. 7d) la neurologa ha ribadito che la protesi mobile non era indicata in pazienti con epilessia. Il medico dentista curante il 7 novembre 2018 (doc. 7c) si è così rivolto alla Cassa di compensazione: " (...) Trattasi di paziente

epilettico conosciuto (...) La terapia antiepilettica è frequentemente causa di un aumento del volume gengivale, dell'aumento della profondità del solco, della difficoltà della gestione domiciliare dell'igiene e cronicizzazione dell'infiammazione gengivale. Su richiesta del medico dell'ospedale stiamo cercando di prolungare il più possibile la vita dei denti del paziente, dare stabilità e diminuire la mobilità. I pazienti epilettici hanno necessità di una buona e controllata alimentazione, per migliorare e tenere sotto controllo i sintomi e le crisi. Inoltre i denti fissi aiutano durante le crisi ad evitare rischi di lesioni, tagli in bocca. Infine anche se estremamente rari, ci sono casi in cui durante l'ipotonia che segue le crisi i corpi mobili presenti in bocca sono scivolati in gola o stati ingeriti. Per tutti questi motivi provvedo a frequenti controlli degli splintaggi e dell'igiene orale. In questo momento non ho ancora effettuato la terapia da voi richiesta, poiché in controindicazione con la richiesta del paziente e dell'ospedale. Sono in attesa di ricevere da parte del paziente indicazioni sul prosieguo della terapia." A seguito di questi referti, per avere dei chiarimenti in materia la Commissione medico dentistica ha effettuato un accertamento. Il dr. med. dent.

_____ ha contattato telefonicamente il dr. med. _____, neurologo in pensione, il quale l'8 marzo 2019 (doc. 8) ha così riassunto il contenuto della conversazione avuta: "(...) attesto che in data 26.11.2018 sono stato contattato telefonicamente dal med. dent. _____ (perito dello IAS) per avere un mio parere in merito ad eventuali serie problematiche causate da protesi dentali mobili in pazienti affetti da epilessia e in particolare al rischio di ostruzione di faringe o trachea da parte loro durante una crisi epilettica. Certifico che in tale occasione ho detto al dott. _____ che in tutto il mio periodo di lavoro come neurologo ospedaliero (ospedali universitari di _____ e _____, poi per _____ anni primario all'Ospedale _____ di _____) non sono mai stato confrontato con casi del genere. Gli ho anche riferito di aver parlato con il dr. _____, neurologo ed epilettologo formatosi al _____ di _____ poi per molti anni direttore della clinica per epilettici _____ de _____. Anche il dr. _____ non ha vissuto situazioni di questo tipo. Ho comunicato al dr. _____ che il dr. _____ sarebbe eventualmente restato a disposizione per una perizia sulla base dei dati clinici della persona che aveva sollevato il problema e di uno studio approfondito della letteratura, che pure ritengo assolutamente indispensabile per la valutazione dei rischi. (...)" Confrontatisi con i tre referti dei curanti, i medici dentisti di fiducia della Cassa di compensazione hanno affermato il 6 dicembre 2018 (doc. 9b) di avere consultato alcuni neurologi con lunga esperienza nel campo dell'epilessia, i quali non erano a conoscenza di problematiche causate da protesi mobili in persone affette da epilessia. Pertanto, in mancanza di una letteratura scientifica che potesse dimostrare quanto asserito dal medico dentista curante e dalla neurologa curante, la richiesta di copertura dei costi preventivati non poteva essere accolta. È stato perciò confermato il contributo unico di Fr. 3'000.-. Nell'ambito dell'opposizione alla decisione formale di rifiuto della Cassa di assumersi i costi di protesi fissa, il 16 gennaio 2019 (doc. 10/C) il dr. _____ si è così espresso: "(...) avvengono piuttosto raramente però ci sono casi di ingestione di protesi o parti di essa, vengono poste tra gli oggetti associati a maggiori complicazioni ... "Gli oggetti associati a maggiori complicazioni sono... clips, aghi e pezzetti di apparecchi odontoiatrici o di protesi dentarie". Citazione da protocollo di pronto soccorso. Bisogna inoltre considerare l'età del paziente, non ancora quarant'enne, sfavorevole al posizionamento di protesi mobili. Infatti dopo la perdita dei denti l'osso alveolare inizia a riassorbirsi progressivamente, perdendo altezza e spessore in media con 40-60% nei primi 2-3 anni, continuando poi con un tasso di 1% all'anno. In futuro potrebbe rendersi molto più complicata oltre che dispendiosa la posa

di impianti a volte addirittura impossibile. In taluni casi addirittura la tolleranza della protesi mobile stessa risulta difficile o inaccettabile. Nondimeno dopo alcuni mesi la protesi mobile, richiederà minimo un ribasaggio e che la sua mancanza di precisione potrebbe dare le difficoltà igieniche del paziente ed i medicinali che gli vengono somministrati generare punti di pressione, infiammazione alle gengive o anche decubiti. Per finire anche se non meno importante, spesso si nota un progressivo deterioramento delle articolazioni temporo mandibolari nei portatori di protesi mobili. Di conseguenza un paziente che ha davanti a se 30 anni di protesi totale mobile, avrà grande probabilità di disturbi dell'ATM. Solitamente nella normale gestione di un paziente con tutte queste caratteristiche si cerca di passare da denti fissi ad una protetica fissa in modo tale da non deteriorare troppo il sullo stato psico - fisico e la sua qualità di vita. Sono cosciente che il paziente pesa su una struttura sociale e che la cassa cantonale di compensazione deve pensare ad "aiutare" più persone possibili con una terapia semplice ed adeguata, piuttosto che un numero ristretto di assistiti con terapie di "lusso", so però che non sarebbe la prima volta che viene accettato un caso di ricostruzione per mezzo di impianti, e credo che questo sia un caso da valutare molto attentamente perché non si tratta di un caso estetico bensì di assoluta necessità.". Prima di emettere la decisione su opposizione del 15 marzo 2019 (doc. 12a), l'amministrazione ha interpellato nuovamente i dr. med. dent. _____ e _____, i quali il 21 febbraio 2019 (doc. 12b) si sono pronunciati come segue: "- anzitutto, se un paziente appena quarantenne ha una situazione dentale così compromessa con denti " totalmente mobili e dolenti " (citazione del medico dentista curante), significa che durante la sua vita non ha avuto grande cura della sua dentatura e/o è stato un accanito fumatore e/o ha una predisposizione ereditaria alla malattia parodontale. Spesso le 3 problematiche si sovrappongono o si sommano. Secondo recenti studi, anche la prognosi di una cura implantologica in chi perde precocemente i propri denti per le cause sopraelencate non è per nulla favorevole; - per meglio conoscere le problematiche relative ai possibili problemi causati da protesi amovibili in pazienti affetti da epilessia è stato interpellato un primario di neurologia ora in pensione ed un altro neurologo, direttore da _____ anni di una clinica per pazienti epilettici nella Svizzera romanda. Ebbene, nessuno dei due noti specialisti ha mai dovuto affrontare i problemi denunciati dal Dr. med. dent. _____; - come asserito dal dr. _____, in caso di crisi epilettiche la possibilità che corpi mobili presenti in bocca scivolino in gola o vengano ingeriti è estremamente rara. Va comunque precisato che durante un attacco epilettico la possibilità che protesi fisse o i propri denti naturali hanno la stessa probabilità di subire fratture e venire pure ingoiate; - le ulteriori problematiche segnalate dal medico dentista curante in relazione con l'inserimento di protesi totali (perdita di supporto osseo dopo le estrazioni, possibilità di decubiti, disagio psichico, ecc.) non sono specifiche di pazienti affetti da epilessia ma sono problematiche conosciute anche in pazienti che non soffrono di questa malattia; - contrariamente al mascellare inferiore, in caso di marcata atrofia ossea nel mascellare superiore la posa di impianti non è sussidiata in quanto, se una protesi totale è confezionata a regola d'arte, la sua tenuta e la sua corretta funzionalità può sempre essere garantita anche senza il loro ausilio; - forti dubbi sorgono invece sulla accennata possibile relazione tra i disturbi all'articolazione temporomandibolare (ATM) e le protesi amovibili. Premesso che anche in questo caso non si tratta di un problema specifico di pazienti affetti da epilessia, i presunti disturbi all'ATM sono molto più probabili con ricostruzioni fisse che con quelle mobili e, se dovessero insorgere a seguito di una riabilitazione protesica (fissa o mobile che sia), una terapia sarebbe molto più semplice ed efficace in presenza di una riabilitazione mobile. In conclusione, visto che l'unico argomento specifico per pazienti

affetti da epilessia sarebbe la remota possibilità di ingoiare frammenti di protesi, cosa peraltro possibile anche con ponti fissi ancorati su impianti o addirittura per la dentatura propria e che inoltre la prognosi di una soluzione implantologica non è per nulla favorevole, i periti riconfermano che nel caso concreto la soluzione rispettosa dei criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità sia l'estrazione di tutti i denti nel mascellare superiore e la loro sostituzione mediante una protesi totale di tipo mobile. A titolo informativo i periti tengono tuttavia ad aggiungere che, nel caso in cui si intendesse procedere con l'estrazione di tutti i denti nel mascellare superiore e la loro sostituzione mediante la protesi totale, la Cassa sarebbe poi disposta anche a sussidiare le spese per un suo successivo ribasaggio, da effettuare trascorso il periodo di importante riassorbimento osseo causato dalle estrazioni multiple che avviene indicativamente nel corso dei successivi 6 mesi.". La Cassa di compensazione, basandosi sul parere specialistico appena esposto, con la decisione su opposizione del 15 marzo 2019 (doc. 12a) ha confermato la sua precedente decisione. Tuttavia, nell'ambito della sua opposizione, un paio di giorni prima l'assicurato ha trasmesso il referto del 28 febbraio 2019 (doc. I) della dr.ssa med. _____, capoclinica presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale _____ di _____, che si è incrociato con l'emanazione della decisione su opposizione e che ha il seguente tenore: " Si certifica su richiesta dell'interessato che esiste una letteratura specifica in ambito di protesi dentarie in pazienti con epilessia. È noto un maggiore rischio di rotture traumatiche dei denti in contesto di crisi motorie (come già successo al paziente in oggetto, che oltre a rompere i denti si è anche procurato delle fratture in passato) (vedi Karolyhazy K et al 2005, J Prost Dent). È inoltre noto che statisticamente i pazienti con epilessia non ricevono cure dentarie adeguate, equiparati ad una popolazione di controllo (vedi Karolyhazy K et al 2003, Epilepsia). Infine è sempre raccomandato di impiantare delle protesi fisse nei pazienti con epilessia per il rischio di incidenti legati alle crisi ed aspirazione (vedi Sanders BJ et al J Am Dent Association). In ogni caso è sempre raccomandabile individualizzare la scelta del trattamento. In questo caso si tratta di un paziente giovane (43 anni!) in cui si propone una protesi totale mobile. In accordo a quanto già raccomandato dal dentista Dr _____ (dentista curante), a questa età un impianto fisso permette di conservare l'osso che potrà permettere in futuro eventualmente di passare ad una protesi mobile secondo quanto potrà accadere nella vita di un paziente con una aspettativa di vita stimata di circa altri 40 anni (dati ufficio federale di statistica 2017). Inoltre la protesi fissa non presenta il rischio di osteonecrosi e previene dal rischio di morsus gengivale presente nei pazienti edentuli con epilessia (vedi Frielanden and Cummings 1989, Oral surg). Infine le conseguenze sociali di impiantare una dentiera mobile in un paziente di questa età non sono per nulla trascurabili. Pertanto la raccomandazione dal punto di vista neurologico, come già certificato precedentemente dalla Dr.ssa _____, rimane quella di un impianto protesico fisso di cui per i dettagli rimando allo specialista dentista interessato.".

L'amministrazione ha quindi annullato la sua presa di posizione e, dopo avere chiesto all'interessato di produrre gli studi scientifici citati dalla neurologa, ha sottoposto alla Commissione medico dentista l'intera documentazione, la quale il 5 giugno 2019 (doc. 19b) si è così pronunciata: "- anzitutto, se un paziente appena quarantenne ha una situazione dentale così compromessa con denti " totalmente mobili e dolenti " (citazione del medico dentista curante), significa che durante la sua vita non ha avuto grande cura della propria dentatura e/o è stato un accanito fumatore e/o ha una predisposizione ereditaria alla malattia parodontale. Spesso le 3 problematiche si sovrappongono o si sommano. Secondo lo studio " Friendlander e Cummings 1989 - -Temporal lobe epilepsy: Its association with psychiatric

impairment and appropriate dental management " prodotto con l'opposizione, nei pazienti epilettici che soffrono anche di schizofrenia o depressione, è stata riscontrata una peggiore salute dentale e, durante l'esacerbazione acuta di entrambi i disturbi, l'igiene orale viene ignorata. Ora, anche non volendo escludere che nel caso concreto un'eventuale carenza nell'igiene orale non sia imputabile ad una trascuratezza del paziente, bensì ad un effetto conseguente dell'epilessia, la prognosi di una cura implantologica in chi perde precocemente i propri denti, per le cause sopraelencate, non è per nulla favorevole; vi sono inoltre degli studi che attestano che una cura implantologica in chi perde precocemente i propri denti, in seguito a parodontite, è infausta. A tal proposito va rilevato che al punto 3 del formulario il dr. _____ indica che tutti i denti risultano colpiti da parodontosi. - secondo altri studi citati nell'opposizione, anche se per pazienti epilettici con crisi tonico-clonico generalizzate frequenti o che in ogni caso coinvolgono l'apparato masticatorio, è preferibile optare per l'inserimento di ponti fissi in metallo-ceramica, le protesi totali di tipo mobile non sono controindicate, a condizione che esse siano progettate con una base metallica o un rinforzo metallico, al fine di ridurre il rischio di fratture e conseguente aspirazione; - come asserito dal dr. _____, in caso di crisi epilettiche la possibilità che corpi mobili presenti in bocca scivolino in gola o vengano ingeriti è estremamente rara. Va comunque precisato che durante un attacco epilettico anche protesi fisse (ponti) oppure propri denti naturali hanno una probabilità di subire fratture e venire pure ingerite; - diversamente dalle protesi parziali, nel caso concreto si tratterebbe di inserire una protesi totale superiore, le cui dimensioni sono ben maggiori e riducono notevolmente il rischio di aspirazione, rendendola altamente improbabile da ingerire; - le ulteriori problematiche segnalate dal medico dentista curante in relazione con l'inserimento di protesi totali (perdita di supporto osseo dopo le estrazioni, possibilità di decubiti, disagio psichico, ecc.) non sono specifiche di pazienti affetti da epilessia ma sono problematiche conosciute anche in pazienti che non soffrono di questa malattia; - contrariamente al mascellare inferiore, in caso di marcata atrofia ossea nel mascellare superiore la posa di impianti non è sussidiata in quanto, se una protesi totale è confezionata a regola d'arte, la sua tenuta e la sua corretta funzionalità può sempre essere garantita anche senza il loro supporto; - forti dubbi sorgono invece sulla accennata possibile relazione tra i disturbi all'articolazione temporomandibolare (ATM) e le protesi amovibili. Premesso che anche in questo caso non si tratta di un problema specifico di pazienti affetti da epilessia, i presunti disturbi all'ATM sono molto più probabili con ricostruzioni fisse che con quelle mobili e, se dovessero insorgere a seguito di una riabilitazione protesica (fissa o mobile che sia), una conseguente terapia sarebbe molto più semplice ed efficace in presenza di una riabilitazione mobile. In conclusione, visto che l'unico argomento specifico per pazienti affetti da epilessia sarebbe la remota possibilità di ingoiare frammenti di protesi, cosa peraltro possibile anche con ponti fissi ancorati su impianti o con la propria dentatura naturale, che inoltre la prognosi di una soluzione implantologica non è per nulla favorevole e che una protesi totale con rinforzo non è controindicata, i periti della Cassa riconfermano che nel caso di fattispecie la soluzione rispettosa dei criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità sia l'estrazione di tutti i denti nel mascellare superiore e la loro sostituzione mediante una protesi totale di tipo mobile, con rinforzo metallico integrato in tutta la base della protesi, per un valore stimato di CHF 3'000.- (onorario medico + laboratorio). A titolo informativo i periti tengono tuttavia ad aggiungere che, nel caso in cui si intendesse procedere con l'estrazione di tutti i denti nel mascellare superiore e la loro sostituzione mediante una protesi totale mobile, la Cassa sarebbe poi disposta a sussidiare anche le spese

per il suo successivo ribasaggio, da effettuare trascorso il periodo di importante riassorbimento osseo causato dalle estrazioni multiple, che avviene indicativamente nel corso dei successivi 6 mesi.". La nuova decisione su opposizione emessa il 7 giugno 2019 (doc. B) ha ripreso integralmente il suesposto parere medico specialistico e ha respinto la domanda dell'assicurato di assunzione dei costi di cura preventivati dal suo dentista. Viste le motivazioni ricorsuali del 14 agosto 2019 (doc. I), i dr. med. dent. _____ e _____ si sono espressi ulteriormente sulla tematica in oggetto: " I periti, dopo aver preso atto delle contestazioni sollevate in sede di ricorso (che non apportano nuovi argomenti oltre a quelli già noti alla Cassa in precedenza) riconfermano interamente quanto già espresso con la decisione su opposizione del 7 giugno 2019, ribadendo in particolare quanto segue: - meritatamente al criterio di adeguatezza: la protesi totale mobile, se progettata con una base/rinforzo metallico (più resistente rispetto ad una protesi con semplice base in resina) non è controindicata come lo attesta pure lo studio prodotto dal ricorrente in sede di opposizione "Prosthodontic status and recommended care of patients with epilepsy, 2005 - K. Karolyhazy et Al". Conseguentemente, essa non può essere ritenuta non adeguata come asserito dal ricorrente alla lettera D. del ricorso, il quale ha addotto che "nel caso in esame presenta un concreto pericolo (in caso di crisi epilettica dell'assicurato si sono già verificate fratture dentarie e ferite)". Di fatto, la remota possibilità di ingoiare frammenti di una protesi mobile con base/rinforzo metallico esiste anche per i ponti fissi ancorati su impianti o con la propria dentatura naturale. Sempre meritatamente a quanto asserito alla lettera D. del ricorso, va quindi anche assolutamente sconfessato che l'inserimento di un impianto fisso sia adeguato per il fatto che - secondo il ricorrente - eviterebbe il rischio rotture traumatiche in caso di crisi motorie ed il rischio di incidenti legati alle crisi ed aspirazione. Per quanto attiene poi la tesi secondo la quale il ricorrente sostiene che la soluzione fissa proposta permetterebbe una miglior conservazione dell'osso, nel caso concreto essa si scontra con una prognosi per nulla favorevole del trattamento previsto. Infatti, come già citato nella decisione impugnata, secondo gli studi "Periodontitis and dental implant loss - Sgolastra F. et Al" e "Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis... - Sousa V. et Al" la prognosi di una cura implantologica in chi perde precocemente i propri denti, in seguito a parodontite, è infausta. La cura proposta non può quindi essere ritenuta efficace per il suo rischio d'insuccesso, rischio per il quale né il rappresentante legale del ricorrente, né il dr. _____, hanno espresso un parere al riguardo. Inoltre, considerato il rischio d'insuccesso, si fa presente che qualora gli impianti dovessero venir rimossi, si verificherebbe un'ulteriore perdita del supporto osseo che renderebbe più difficoltoso l'inserimento di una protesi mobile o l'eventuale posa di nuovi impianti. Non da ultimo, per quanto concerne l'affermazione secondo cui il ricorrente sostiene che l'inserimento degli impianti eviterebbe il rischio di osteonecrosi non è sostenibile. Infatti, occorre precisare questa patologia può verificarsi a seguito di estrazioni multiple, traumi, radioterapia o terapie con bifosfonati. In questi casi, la presenza di eventuali impianti potrebbe addirittura creare delle gravi complicazioni. In conclusione, se entrambe le soluzioni permettono di raggiungere lo scopo ricercato - il ristabilimento della funzione masticatoria (limitando i rischi di lesioni/ingerimento legati alle crisi epilettiche) - non si ritiene che il lavoro fisso proposto dal dr. _____ presenti migliori vantaggi rispetto alla protesi mobile con rinforzo metallico integrato in tutta la base della stessa. - Meritatamente al criterio dell'economicità: va smentita l'affermazione del ricorrente secondo il quale "la protesi mobile richiederebbe negli anni ripetuti adattamenti, con un costo, in definitiva, non inferiore all'impianto". Infatti, se è pur vero che una protesi

mobile richiede degli interventi periodici di adattamento (di regola un ribasaggio trascorsi i primi 6 mesi dopo le estrazioni multiple ed in seguito ogni 4-5 anni a causa del lento riassorbimento osseo, per un costo approssimativo di CHF 500.- l'uno, come pure per eventuali sostituzioni di denti consumati/ danneggiati per costi contenuti), ma pure l'eventuale rifacimento dopo la stimata durata di vita media di 10 anni, i costi complessivi sono di gran lunga inferiori rispetto a quelli della soluzione fissa proposta dal dr.

_____ che, va precisato, anch'essa non è priva di spese di manutenzione (pulizia periodica degli impianti, cura di eventuali perimplantiti) ma che soprattutto, in caso di rottura (le cui probabilità nel caso concreto, per i noti motivi, sono più alte rispetto a un paziente non affetto da epilessia) potrebbe provocare dei costi notevolmente più alti; infatti, se una protesi mobile risulta più facilmente riparabile con dei costi relativamente contenuti, le fratture di un ponte fisso su impianti richiedono delle riparazioni più onerose, che potrebbero perfino implicare il suo rifacimento a nuovo, per un costo simile a quello preventivato. Conseguentemente, tenuto conto che il criterio di economicità presuppone l'adeguatezza e l'efficacia, fra vantaggi medici comparabili la variante meno cara corrispondente al criterio di economicità è quella della protesi totale mobile. -

Meritatamente al criterio di semplicità: appare pacifico che l'esecuzione della protesi totale mobile è più semplice della soluzione fissa proposta: in particolare la stessa non presuppone interventi chirurgici con i rischi ad essi connessi.". Questo parere è stato ripreso integralmente nella risposta del 28 agosto 2019 (doc. III), con cui l'amministrazione ha proposto di respingere il ricorso. Quali nuovi mezzi di prova, il ricorrente ha prodotto il referto del 18 settembre 2019 (doc. M) del dr. _____, secondo cui: "(...) 1) Niente di quanto affermato dai periti dell'assicurazione tiene conto dell'età del paziente, che ha quest'anno compiuto 40 anni. Tutte le patologie indicate dai periti, degenerano con l'avanzamento dell'età e il sopraggiungere di malattie secondarie come ad esempio il diabete o disturbi cardiaci o osteoporosi, su pazienti giovani, è maggiormente indicata una terapia fissa. Inoltre gli impianti riducono il riassorbimento dell'osso, in quanto la ricostruzione non carica lo stesso. Se si dovesse col tempo perdere uno degli impianti, è possibile posare un nuovo impianto in un'altra regione in quanto non vi è stata la perdita orizzontale dell'osso. Altrimenti se così non fosse oggi la medicina dentale non sarebbe progredita, non ci sarebbe la posa di impianti ma si continuerebbe con le protesi totali. Tengo inoltre a sottolineare che secondo "IMPLANTOLOGIA CONTEMPORANEA, linee guida in diagnosi, chirurgia e protesi" dell'ISTITUTO STUDI ODONTOIATRICI, a cura dei dottori S. Belcastro e M. Guerra, Editore LEONE del 2012, è obsoleto considerare un paziente parodontopatico non indicato per impianti. Soprattutto un paziente giovane, se seguito e curato per problemi parodontali, e se presente una buona quantità di gengiva aderente perimplantare, anche il Prof. Dr. Daniel Buser Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie Zahnmedizinische Klinikender Universität Bern nel suo studio "Zahnimplantate: Heutige Möglichkeiten und Heutige Möglichkeiten und Grenzen" sostiene che oggi i pazienti parodontopatici se curati e con una buona collaborazione e igiene orale hanno un basso tasso di rischio e sono idonei per subire un intervento di posa di impianti. 2) Per quanto riguarda i costi, senza dubbio la protesi totale ha un costo inferiore, anche se non è corretto dire che i costi di manutenzione di una ricostruzione fissa sono uguali ai costi iniziali, infatti nei costi iniziali è prevista la posa di

E. 4

impianti. Inoltre non si tiene conto di nuovo dell'età del paziente, dei problemi psico-somatici che si provocheranno e dalle difficoltà che un paziente di 40 anni oggi possa

avere nel rapportarsi con una società che ci vuole sempre più competitivi e dinamici. 3) È naturalmente più semplice la protesi totale, rispetto a degli impianti, ma la semplicità e l'adeguatezza vanno adattati ai singoli casi e ritengo sia semplice ed adeguato aiutare un paziente di 40 anni, epilettico, con una vita davanti a se e la possibilità di essere reintegrato nella società, e sia adeguato ridargli amor proprio e sicurezza in se stesso.". Il 30 settembre 2019 (doc. N) la dr.ssa med. _____ si è di nuovo espressa come segue sulla fattispecie in esame: " Per quanto riguarda l'adeguatezza, non posso esprimermi rispetto agli aspetti odontoiatrici messi in luce nella puntuale risposta della IAS, ma come neurologo curante del sig RI 1 da diversi anni, nutro ancora molti dubbi nei riguardi del trattamento proposto, trattandosi di un giovane paziente 44enne, già provato da diverse condizioni morbose. A questo proposito vorrei ribadire alcuni aspetti, già sollevati nel precedente mio scritto del 25.6.2019, che non sono stati presi in considerazione nella risposta. Infatti considerando la fascia d'età del paziente la soluzione protesi mobile totale non è quella a cui si ricorre abitualmente nei paesi occidentali (vedi studio francese Fillion M et al 2013, tabella 1, allegato) dove invece, per pazienti di età inferiore ai 50 anni, prevale la soluzione impianto dentale fisso. Tale scelta è molto probabilmente motivata dalle importanti ricadute sociali dello stato dentario, per quanto riguarda soprattutto l'aspetto di autostima e relazionale (come già sollevato nella mia lettera di giugno 2019). A questo proposito ho trovato interessante uno studio canadese/svedese dove viene paragonata la ricaduta in termini sociali (leisure and sexual activity) di una dentatura mobile rispetto ad una fissa nella fascia d'età inferiore ai 50 anni. Risulta che una dentatura potenzialmente instabile nel parlare, mangiare, sbadigliare e nella vita sessuale è fonte di disagio e di handicap in questa popolazione (Heydecke G et al 2004, allegato). In particolare c'è da considerare come questi aspetti possano essere amplificati nel mio paziente dove coesiste una diagnosi di epilessia. È noto infatti come i pazienti con epilessia siano più vulnerabili dal punto di vista socio-economico ed abbiano difficoltà nelle relazioni sociali, familiari ed interpersonali, come recentemente ribadito in una review del prof Beghi, che allego (vedi Beghi E, 2019, paragrafi 5 ed 8, allegato). Auspico pertanto che, nel prendere questa decisione, non siano tralasciati questi fondamentali aspetti psico-sociali, tenendo conto delle peculiarità del caso e delle ricadute sulla qualità della vita e su possibili ricadute depressive del paziente in oggetto. In considerazione di questo riterrei adeguata anche una valutazione psichiatrica mirata.". La Commissione medico dentistica è stata chiamata in causa un'ultima volta per pronunciarsi sulle osservazioni del ricorrente e sui pareri dei suoi due curanti e il 19 ottobre 2019 (doc. XIII/1) ha reso la seguente valutazione: " I periti, dopo aver preso atto delle nuove argomentazioni della controparte, riconfermano integralmente quanto già espresso con la decisione impugnata e con la risposta di causa, precisando ulteriormente quanto segue. Anzitutto, come è risaputo, le crisi epilettiche possono anche coinvolgere l'apparato masticatorio con forti contrazioni ritmiche dei muscoli masticatori. Quelle dell'assicurato non rappresentano dunque un'eccezione. L'eccezione è semmai rappresentata dalla situazione dentale molto compromessa, causata da una grave incuria della salute orale che nessuno può garantire che non continui anche dopo l'eventuale inserimento degli impianti, fondamentale per il successo della terapia proposta. Meritatamente al criterio di economicità : occorre assolutamente smentire quanto asserito dal ricorrente al riguardo della differenza di costo tra la soluzione fissa proposta e quella mobile accordata che, a suo dire, sarebbe globalmente irrisoria nel lungo periodo. Per poter stimare il costo di un manufatto, in primis è da considerare la sua durata media di vita. Quella della protesi totale è stimabile in 10 anni, mentre quella di un ponte definitivo (oro/ceramica) è di 10-12 anni.

Mentre va precisato che quello proposto è un ponte provvisorio a lunga durata (minimo di un anno secondo il tariffario AINF/AM/AI), la cui durata effettiva non è facilmente prevedibile. Secondo le linee guida della medicina dentaria, questo tipo di ponte presuppone una sua sostituzione definitiva di gran lunga più costosa a medio termine. Non va inoltre dimenticato che nei costi di mantenimento del ponte su impianti occorre considerare anche i costi per la pulizia periodica degli impianti ogni 6 mesi, la cura di eventuali perimplantiti. Alla luce di ciò, si riconferma che nel lungo periodo i costi per la realizzazione ed il mantenimento del ponte su impianti sono nettamente superiori rispetto a quelli della protesi, la quale è peraltro più facilmente riparabile limitando il rischio di rifacimento. Infatti, le riparazioni di un ponte sono di regola più complesse (presuppongono la rimozione del ponte dagli impianti) queste non sempre sono fattibili e possono implicare il rifacimento del ponte. Inoltre, in caso di eventuale perimplantite, oltre ai costi per una sua cura, occorre considerare il rischio di dover sostituire l'impianto. In caso di crisi epiletiche non solo il ponte può venire danneggiato ma pure gli impianti possono subire delle fratture che comportano chirurgicamente la loro rimozione e l'eventuale sostituzione. Non va anche dimenticato che in caso di perimplantite con perdita/rimozione dell'impianto/i può verificarsi una perdita di supporto osseo, difficilmente recuperabile e con costi molto elevati e prognosi poco sicura. Tutto quanto sopra esposto trova conferma anche nella relazione del dr. D. Buser " Zahnimplantate: Heutige Möglichkeiten und Grenzen " citata dallo stesso dr. _____, in cui è chiaramente indicato che una soluzione fissa ancorata su impianti, rispetto alla protesi, causa " viel höhere Kosten ". Da ultimo, meritatamente agli aspetti psico-sociali enunciati negli scritti del dr. _____ del 18.09.2019, rispettivamente dalla neurologa dr.ssa _____ del 30.09.2019, occorre ricordare che nell'ambito del rimborso delle spese di cure dentarie per persone al beneficio delle Prestazioni complementari (PC), lo scopo è quello di garantire ai rispettivi beneficiari l'accesso ad una medicina di carattere sociale (ovvero rispettosa dei criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità), che ha per obiettivo essenziale quello di garantire la facoltà masticatoria (poter masticare). In questa medicina di tipo sociale, non possono gioco forza rientrare tutti i trattamenti a cui si ricorre abitualmente nei paesi occidentali come si vorrebbe lasciare intendere, in particolare quelli che solamente una determinata categoria di persone (con una certa disponibilità finanziaria) può permettersi a causa degli elevati costi che ne comportano, tra cui ad esempio la soluzione fissa proposta. Altrimenti, nell'ipotesi di un tale scenario, vi sarebbe una chiara disuguaglianza non giustificabile tra le persone disagiate che grazie all'intervento della PC - il cui fine ricordiamo, è quello di garantire il fabbisogno minimo vitale - si vedrebbero così garantito l'accesso a trattamenti più lussuosi, rispetto invece alle persone appartenenti al ceto medio-basso che per determinate ragioni non hanno accesso alla PC, ma neppure dispongono di una disponibilità finanziaria tale da permettersi una soluzione fissa come quella proposta dal dr. _____, dovendo perciò ricorrere a delle soluzioni più economiche. I periti ritengono inoltre che, nell'ambito delle PC, neppure si possa distinguere i beneficiari per fasce di età come la dr.ssa _____ suggerirebbe, ove i soggetti di una determinata fascia (più giovani) sarebbero così ingiustamente avvantaggiati rispetto a quelli di una fascia meno giovane, vedendosi garantito l'accesso a trattamenti più cari con un'evidente disparità di trattamento. In conclusione, per i motivi sopra indicati si riconferma che la soluzione fissa proposta non aderisce al criterio di economicità. Per quanto attiene al criterio di semplicità : va smentita l'affermazione del ricorrente secondo cui l'impianto dentario rispetterebbe questo requisito poiché oggi giorno è una misura ampiamente diffusa. Questo principio non viene infatti misurato in base alla

diffusione di un determinato trattamento, bensì dalle rispettive difficoltà e implicazioni che ne derivano. Si riconferma pertanto che la soluzione fissa proposta non può essere giudicata semplice. Per quanto riguarda il criterio di adeguatezza : Senza dubitare dei vantaggi in termini di comfort che una soluzione fissa può presentare rispetto ad una soluzione mobile, va rammentato che una protesi mobile effettuata a regola d'arte non risulta instabile né nel parlare, né nel mangiare e né nel sbadigliare. Inoltre, una medicina di carattere sociale non deve forzatamente tener conto degli aspetti legati alla vita sessuale dell'individuo, peraltro molto soggettiva. Ciò precisato, non corrisponde al vero l'asserzione del dr. _____ " Niente di quanto affermato dai periti dell'assicurazione tiene conto dell'età del paziente, che ha quest'anno compiuto 40 anni ". Infatti, proprio la relativamente giovane età dell'assicurato (che quest'anno non ha compiuto 40 anni, bensì 44) unita alla situazione largamente compromessa della sua dentatura, rappresentano la maggiore controindicazione alla soluzione fissa proposta ed è uno dei motivi che hanno portato i periti a concludere che la stessa non potesse essere sussidiata. Oltre a ciò, va sconfessata anche l'affermazione del medesimo secondo cui sarebbe " obsoleto considerare un paziente parodontopatico non indicato per gli impianti ", basandosi sulle linee guida " Implantologia contemporanea: linee guida in diagnosi, chirurgia e protesi, 2012 - S. Belcastro e M. Guerra ". Di fatto, tale documentazione (non suffragata da studi scientifici) si concentra principalmente sugli aspetti tecnici relativi alle varie fasi di realizzazione di un trattamento implanto-protetico, indicandone solo brevemente nella raccolta anamnestica (capitolo 1-3) e nel esame obiettivo intra-orale (capitolo 1-5) i fattori di rischio e le controindicazioni. Vi sono invece studi scientifici più recenti - già citati nella risposta di causa - che approfondiscono i fattori di rischio e le controindicazioni nell'inserimento di impianti. Inoltre, il dr. _____ asserisce che secondo la relazione del dr. D. Buser " Zahnimplantate: Heutige Möglichkeiten und Grenzen ", " oggi i pazienti parodontopatici se curati e con una buona collaborazione e igiene orale hanno un basso tasso di rischio e sono idonei all'inserimento di impianti ". Precisato che anche tale relazione non è uno studio scientifico, non risulta che in essa vi sia contenuta una tale affermazione. Va invece specificato che nel suo rapporto il dr. D. Buser annovera la bassa resistenza parodontale (come nel caso concreto) oltre la mancanza di collaborazione alla profilassi (come nel caso concreto), tra gli altri rischi d'insuccesso della terapia con impianti che, in questi casi, afferma essere più di 10 volte superiore rispetto ai pazienti a basso rischio. A proposito di collaborazione all'igiene orale, va peraltro anche rilevato che il preventivo per la soluzione fissa è stato redatto in data 9.11.2017, mentre in una successiva lettera del 7.11.2018 (a distanza di un anno) il medesimo dr. _____ attestava che, a causa della terapia antiepilettica, il paziente ha " difficoltà della gestione domiciliare dell'igiene " oltre " all'aumento di volume gengivale, della profondità del solco e cronicizzazione dell'infiammazione gengivale ". Si ritiene che il sig. RI 1 avrebbe già dovuto garantire un'adeguata collaborazione alla profilassi sin da prima che il dr. _____ gli proponesse l'inserimento degli impianti (o perlomeno che prima di proporglieli, quest'ultimo avrebbe dovuto accertarla previo un adeguato periodo di osservazione), mancanza di collaborazione che è stata confermata anche in seguito. Conseguentemente, a tutt'oggi nessuno può garantire che la grave incuria della salute orale non continui anche dopo l'eventuale inserimento degli impianti, che pregiudicherebbe il successo della terapia . Non da ultimo, l'affermazione del dr. _____ secondo cui " gli impianti riducono il riassorbimento osseo " trova sì veridicità ma nella misura in cui non sopraggiungessero infezioni (perimplantiti) che, nel caso concreto, non sono così improbabili vista la situazione dentale iniziale ma soprattutto vista la mancanza di

un'adeguata collaborazione alla profilassi. Conseguentemente, anche la sua affermazione " se si dovesse col tempo perdere uno degli impianti, è possibile posare un nuovo impianto in un'altra regione in quanto non vi è stata perdita orizzontale dell'osso ", trova corrispondenza solamente nel caso in cui si riscontrasse effettivamente un sufficiente supporto osseo (tutt'altro che scontato per la ragione pocanzi citata); ciò che, riallacciandosi al criterio di economicità, comporterebbe oltre al costo dei nuovi impianti, anche quelli inerenti il rifacimento della sovrastruttura (ponte), con una spesa molto onerosa. Infine, considerato che la struttura di rivestimento del ponte proposto è in resina come quello della protesi (materiale meno resistente della ceramica utilizzata per i ponti definitivi ma non per questo soggetto per forza a più fratture grazie alla sua elasticità), si può desumere che entrambi i manufatti (protesi / ponte previsto) hanno una pressoché simile probabilità di frattura . Conseguentemente non si ritiene che, rispetto alla protesi, il ponte previsto apporti dei significativi vantaggi atti a ridurre i rischi legati alle crisi epilettiche enunciati dal ricorrente, tanto più considerata l'elevata differenza di prezzo già indicata nel criterio di economicità. In conclusione, anche per tutte le ragioni suesposte, i periti ribadiscono che la soluzione fissa proposta non è da ritenersi adeguata. (...)" . 2.8. Le opinioni degli odontoiatri intervenuti a valutare la situazione orale del ricorrente sono discordanti. Il medico dentista curante, supportato dalle due neurologhe che hanno in cura l'assicurato, ha spiegato di avere proposto una soluzione protesica fissa stante la presenza dell'epilessia. A loro dire, infatti, il rischio di fratture dei denti o dei manufatti fissi derivanti da cadute conseguenti a crisi epilettiche sarebbe inferiore rispetto alla presenza di una protesi mobile in bocca e quindi anche il rischio di ingestione e/o di aspirazione dei frammenti di denti sarebbe minore. Non va poi dimenticata la giovane età dell'assicurato che, stanti le ricadute sociali dello stato dentario, già da sola fa preferire la soluzione dell'impianto dentale fisso a una protesi mobile. Infine, la protesi fissa sarebbe preferibile anche perché ridurrebbe il riassorbimento dell'osso. I medici fiduciari della Cassa di compensazione hanno indicato che la partecipazione dell'amministrazione doveva essere limitata alla confezione di una protesi mobile totale con un contributo unico di Fr. 3'000.-. Infatti, gli esperti hanno ricordato che scopo delle prestazioni complementari è di garantire agli assicurati l'accesso a una medicina di carattere sociale, la quale a sua volta deve garantire la funzione masticatoria e questo risultato lo si ottiene con una protesi mobile totale, escludendo la soluzione implantologica che ha dei costi elevati e che dunque non rientra nei criteri di cura semplice, adeguata ed economica. Inoltre, se progettata con una base/rinforzo metallico, come tale la protesi mobile totale non è controindicata in pazienti affetti da epilessia, anche perché la probabilità di ingoiare frammenti di una protesi mobile rinforzata è remota così come con i ponti fissi ancorati su impianti o con la propria dentatura naturale. Infine, la compromessa situazione parodontale, peraltro in un paziente relativamente giovane, non favorisce una soluzione protesica fissa, ma aumenta il rischio di insuccesso della cura proposta. In concreto occorre dunque determinare quale fra le due cure proposte dai medici dentisti intervenuti debba essere rimborsata dalla Cassa cantonale di compensazione. 2.9. Per decidere sulla questione della rimborsabilità, ed in quale misura, di uno o dell'altro intervento proposto dagli specialisti, è opportuno ricordare innanzitutto il principio legale in materia, ossia che sono rimborsate (solo) le spese per trattamenti dentari semplici, economici ed adeguati (art. 13 cpv. 1 LaLPC). Nella STF 9C_648/2009 del 26 marzo 2010, il Tribunale federale si è pronunciato sul caso di una giovane donna, nata nel 1979 con diverse patologie agli occhi, che necessitava di numerose ore di intervento per prestazioni di cure fornite da Spitex, che la Cassa di compensazione non si è assunta interamente non

ritenendo che alcune prestazioni fossero a carico delle PC. Secondo l'assicurata, il rimborso delle spese ai sensi dell'art. 13 cpv. 1 OMPC non doveva essere collegato ai requisiti dell'art. 32 LAMal, altrimenti il legislatore avrebbe fatto riferimento alla LAMal. Per il Tribunale federale, invece, questa obiezione non era da tutelare. Il fatto che un'ordinanza dipartimentale descriva senza lacune i termini che utilizza può essere previsto quasi come per un'emanazione di una norma a livello legislativo, quindi l'assenza di un riferimento nell'art. 13 cpv. 1 OMPC all'art. 32 LAMal non è significativa. Come deciso dall'allora Tribunale federale delle assicurazioni nel contesto dell'art. 8 OMPC, il rimborso dei necessari costi per cure dentistiche attraverso le prestazioni complementari è legato ai requisiti di semplicità, economicità ed adeguatezza (DTF 131 V 263). Questo approccio, che si basa sulle corrispondenti condizioni richieste in ambito LAMal, si applica anche nel contesto dell'art. 13 cpv. 1 OMPC (cfr. consid. 3.1). Come esposto nella citata STCA 33.2014.31 del 16 gennaio 2015, i 15 aprile 2014 (STF 9C_576/2013) il Tribunale federale si è pronunciato su una presunta violazione del diritto federale che avrebbe commesso il Tribunale delle assicurazioni sociali del Cantone di Basilea Città esaminando il diritto del ricorrente al rimborso del costo di una prestazione dentaria alla luce, soltanto, delle Raccomandazioni dell'associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera (VKZS-Empfehlungen pubblicate in <https://kantonszahnaerzte.ch/behandlungsempfehlungen/>). A dire del ricorrente, dette Raccomandazioni, espressamente indicate all'art. 8 dell'Ordinanza cantonale sul rimborso delle spese di malattia e di invalidità nelle prestazioni complementari emessa dal Consiglio di Stato del Cantone di Basilea Città (KBV; SG 832.720), non sarebbero incluse nella delega dell'art. 14 cpv. 2 LPC, laddove esse limitano il rimborso dei costi all'esigenza dell'economicità e dell'appropriatezza delle prestazioni. Secondo il TCA, la normativa criticata poggerebbe su una base legale formale (art. 14 cpv. 2 LPC e art. 6 cpv. 2 1a frase LaLPC) e con l'art. 6 cpv. 2 LaLPC il legislatore cantonale avrebbe voluto di principio la continuazione della precedente norma (art. 8 cpv. 1 1a frase OMPC). L'art. 8 cpv. 1 KBV (" Zahnbehandlungskosten (Zahnartzkosten, Kosten der zahntechnischen Arbeiten, Material, Medikamente) sind nur soweit zu berücksichtigen, als sie einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Behandlung und Ausführung entsprechen. "), che riprende la formulazione dell'art.

E. 8

cpv. 2 KBV (" Ob eine einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Behandlung und Ausführung vorliegt, bestimmt sich nach den Behandlungsempfehlungen der Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz im Bereich Ergänzungsleistungen. "). Contrariamente all'opinione del ricorrente l'obbligo prestativo non sarebbe quindi limitato ulteriormente, ma le Raccomandazioni dell'associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera (AMDCS) servirebbero piuttosto nel senso di linea guida per interpretare e concretizzare i concetti giuridici indefiniti di "semplice", "economico" e "appropriato" nell'ambito dei trattamenti dentari. In questo senso, anche l'UFAS ha elaborato, unitamente alla Società Svizzera di Odontostomatologia, specifiche direttive (N. 5308 e Allegato IV delle DPC in essere fino al 31 dicembre 2007). Pertanto, il rinvio dell'art. 8 cpv. 2 KBV alle citate Raccomandazioni non sarebbe censurabile (cfr. consid. 3.3.2). L'Alta Corte è d'accordo con l'esposta opinione dell'autorità giudiziaria cantonale. La regolamentazione emanata dal Cantone di Basilea Città segue la precedente regolamentazione federale e si fonda sulla delega dell'art. 14 cpv. 2 LPC. Anche il principio di fondarsi sulle raccomandazioni dell'AMDCS non è criticabile (Carigiet/Koch ,

Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2a ed. Zurigo 2009, pag. 210). È conforme al diritto federale se le autorità amministrative che si occupano delle prestazioni complementari si attengono a queste Raccomandazioni d'uso alla stregua di linee direttive. Il TF ha quindi concluso che nel caso esaminato la decisione della Cassa di compensazione di non considerare come trattamento semplice, economico ed adeguato la cura proposta per la mancanza del dente 26 procedendo con un impianto con corona non era criticabile (cfr. consid. 3.3). La citata sentenza prevede dunque la possibilità di rifarsi alle Raccomandazioni dell'Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera per interpretare le nozioni di una cura dentaria semplice, economica ed adeguata. Queste Raccomandazioni (Behandlungsempfehlungen, cfr. il sito <https://kantonzahnaerzte.ch/behandlungsempfehlungen/>) prevedono, in lingua tedesca e francese, una serie di linee guida e consigli ai dentisti esercitanti in Svizzera su come procedere in ambito di pianificazione e di trattamenti dentari con pazienti richiedenti l'asilo, rifugiati, beneficiari di assistenza sociale, di prestazioni complementari e di aiuto urgente. Nelle Raccomandazioni dell'AMDCS per le pianificazioni ed i trattamenti, raccomandazioni per gli standard per i trattamenti dentari nel campo delle prestazioni complementari, dell'aiuto sociale e dell'asilo, nel capitolo introduttivo redatto nel gennaio 2018 (https://kantonzahnaerzte.ch/wp-content/uploads/2018/03/VKZS_Einleitung.pdf), a pagina 7 in tedesco e 9 nel testo in francese, vengono spiegati i criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità, non senza prima rilevare che gli esami ed i trattamenti devono rispondere ad un bisogno e spesso essi non coprono i bisogni soggettivi del trattamento. Il dentista ed il paziente sono quindi, per ciò che concerne la pianificazione e l'esecuzione del trattamento, legati ai criteri di pianificazione specifici fissati dalla Conferenza Svizzera delle istituzioni di Azione Sociale (COSAS). Per analogia con l'art. 32 LAMal, questi criteri sono concretamente l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità o ancora i criteri di "economico ed adeguato" dell'art. 14 LPC. Secondo queste direttive, una prestazione medica è efficace quando essa contribuisce oggettivamente all'ottenimento del risultato desiderato sul piano diagnostico, terapeutico e delle cure paramedicali. L'efficacia designa il nesso di causalità tra il provvedimento medico e il successo medico del trattamento. L'adeguatezza ha per condizione l'efficacia e si valuta principalmente secondo criteri medici; un'applicazione è adeguata quando presenta i migliori vantaggi diagnostici e terapeutici. L'economicità nell'ambito della LAMal presuppone sia l'efficacia sia l'adeguatezza di un trattamento. È il criterio determinante per scegliere tra i differenti trattamenti appropriati: fra vantaggi medici comparabili, la variante meno cara corrisponde al criterio d'economicità. Adeguatezza ed economicità presuppongono inoltre la necessità di un provvedimento medico. Inoltre, le Raccomandazioni G dell'AMDCS relative alle corone, ai ponti e alle protesi su impianti, disponibili solo in lingua tedesca, prevedono che le protesi fisse di denti e le corone su impianti sono molto confortevoli, costano molto e non rispondono ai criteri di semplicità, di economia e di adeguatezza. I metodi di trattamento con le protesi fisse possono in principio essere autorizzati unicamente in casi eccezionali, solo in presenza di un'igiene buccale e di una collaborazione molto buona del paziente e unicamente se c'è una prospettiva sul lungo termine superiore normalmente a 10 anni. Le Raccomandazioni H dell'AMDCS concernenti le protesi su impianti, anch'esse disponibili in tedesco, indicano che le protesi convenzionali sulle radici sono molto sollecitate e possono presentare una prognosi ridotta a lungo termine nelle persone per le quali le limitazioni dell'igiene orale sono legate all'età o alla disabilità. Al contrario, gli ancoraggi osteointegrati e supportati da impianti, come documentato nella letteratura scientifica,

hanno molto successo. Tuttavia, il medico e il paziente devono sapere che nella pratica quotidiana complicazioni biologiche (insufficiente igiene orale, fumo, larghezza insufficiente della gengiva perimplantare cheratinizzata, impianti disallineati e costruzioni progettate in modo errato o sovrastampate) e tecniche (montaggio di parti secondarie errate e materiali e tecniche poco collaudati o scarsamente documentati) possono portare al fallimento del lavoro. Inoltre, ci si può attendere la perimplantite e la perdita dell'impianto se non si segue il follow-up parodontale. Di principio, i costi per il trattamento primario per una soluzione semplice basata su impianto sono superiori di circa Fr. 1000.- rispetto a una soluzione dentale convenzionale; su un periodo superiore a dieci anni i costi di trattamento e revisione sono tuttavia cumulativamente superiori nella soluzione con impianto. Le protesi semplici supportate da impianto su due impianti intraforaminali nel mascellare inferiore soddisfano quindi i criteri dell'odontoiatria sociale "efficace, economico, adeguato" e possono essere approvate nel caso di riassorbimento massiccio della cresta alveolare, iposalivazione, xerostomia, invecchiamento o riduzione del controllo motorio correlato alla malattia (ad es. Malattia di Parkinson, demenza o disfagia). Le protesi nella mascella superiore con supporto per impianti possono essere approvate solo in casi eccezionali. Infine, nelle indicazioni per potere procedere con la posa di impianti, le Raccomandazioni H prevedono che è assicurata l'incapacità di masticare con la protesi totale convenzionale.

2.10. Il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha stabilito che se più trattamenti entrano in considerazione conviene, nell'ambito delle prestazioni complementari, come in quello della malattia, comparare i rispettivi costi e i benefici dei trattamenti previsti. Se uno fra questi permette di raggiungere lo scopo ricercato - il ristabilimento della funzione masticatoria - ed è sensibilmente meno caro degli altri, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi del trattamento più caro (DTF 124 V 196 consid. 3; STFA P 22/02 del 5 agosto 2002 consid. 2). Con sentenza pubblicata in DTF 128 V 54 concernente un caso di malattia, al considerando 2 l'Alta Corte, a proposito del ripristino della funzione masticatoria dopo terapia di una parodontite giovanile progressiva, ha stabilito che l'inserzione di impianti dentari, quand'anche presentante certi vantaggi nei confronti della consegna di protesi amovibili, notevolmente meno costose, non costituisce una terapia economica. Nel caso in cui più trattamenti siano possibili, occorre procedere a una ponderazione tra i costi e i benefici del trattamento. Se uno dei trattamenti previsti permette di raggiungere lo scopo (in concreto il ristabilimento della funzione masticatoria tramite la riparazione della vecchia protesi) in maniera più economica, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi del trattamento più oneroso (DTF 124 V 200 consid. 3, cfr. anche DTF 127 V 336). Il trattamento con impianti non poteva quindi, nel caso giudicato dal Tribunale federale, essere considerato come economico ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal (cfr. consid. 3c). Sempre in ambito di assicurazione malattia, nella recente STF 9C_637/2018 del 28 marzo 2019 il Tribunale federale ha respinto il ricorso di un'assicurata, nata nel 1980, che nel 2014 ha chiesto alla sua Cassa malati di assumersi i costi di oltre Fr. 19'000.- per la ricostruzione, in parte con impianti, della parte anteriore del mascellare superiore danneggiata in un incidente. L'assicuratore malattia era disposto a riconoscere solo i costi in ragione di Fr. 5'210.-, corrispondenti a una protesi scheletrata e il Tribunale cantonale, che si è fondato sui pareri del medico dentista fiduciario siccome comprensibili e conclusivi (cfr. consid. 3.1), ha confermato tale soluzione (cfr. consid. 2.1). Il medico dentista interpellato dalla Cassa malati ha riferito che corrispondeva ai fatti che tanto un ponte su impianti quanto una protesi scheletrata erano efficaci e adeguati per colmare l'assenza dei denti frontali superiori. Ciò poteva essere ottenuto in modo accettabile con

entrambe le soluzioni. Se veniva effettuata una buona igiene orale, la possibilità di comparsa di carie nei denti fissi non aumentava. Il medico dentista fiduciario ha sottolineato che l'espressione facciale cambiava quando non si indossava la protesi scheletrata, che però, a parte quando avveniva la pulizia, la stessa poteva essere indossata tutto il tempo. Una protesi ben fatta non è riconoscibile in quanto tale. Inoltre, la durata delle due possibili soluzioni era pressoché la stessa (cfr. consid. 3.2). Per l'autorità di prima istanza, sia la ricostruzione con impianti sia la protesi amovibile rappresentavano delle varianti efficaci e adeguate, ma il Tribunale cantonale è giunto alla conclusione che una fornitura di impianti circa quattro volte più costosa non è economica ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal (cfr. consid. 3.3). La ricorrente ha segnalato alcuni inconvenienti della protesi parziale e ne ha negato l'adeguatezza. Essa ha sostenuto che l'estetica era gravemente compromessa durante il mancato utilizzo della protesi, poiché la sua espressione facciale cambiava e ciò capitava più volte al giorno quando doveva levarla per pulirla. Il Tribunale federale ha tuttavia affermato che questa circostanza non poteva portare a ritenere non adeguata la protesi scheletrata; era comprensibile che la ricorrente si volesse appartare quando doveva pulire la protesi e non svolgere questa procedura davanti ad amici e familiari, ma questo era anche l'unico momento in cui la protesi doveva essere rimossa, poiché altrimenti poteva essere portata in modo permanente (cfr. consid. 4.1). L'Alta Corte ha poi osservato che il Tribunale cantonale era giunto alla conclusione, basandosi sul parere del medico dentista di fiducia della Cassa malati, che una protesi mobile, come tale, non è visibile dalla distanza che si tiene quando si parla con qualcuno. Inoltre, l'obiezione della ricorrente secondo cui la sua capacità di parlare era parzialmente compromessa da una tale protesi non era stata comprovata (cfr. consid. 4.2). Pertanto, il Tribunale federale ha concluso che l'autorità inferiore non ha violato il diritto federale affermando che entrambi gli approcci terapeutici fossero efficaci e adeguati. Fra varie misure appropriate può essere riconosciuta solo la prestazione obbligatoria significativamente più economica. Di conseguenza, non vi è fondamentalmente nessun diritto al trattamento con impianti, se l'occlusione della parte anteriore mascellare può essere ripristinata in modo adeguato ed economico anche con un restauro protesico convenzionale. Nella fattispecie, il TF ha concluso che il trattamento con impianti avrebbe potuto offrire vantaggi per la ricorrente in termini di estetica e comfort rispetto alla protesi amovibile. Contrariamente però a quanto preteso dall'assicurata, nel suo caso gli inconvenienti tra i due tipi di trattamento non erano così significativi da giustificare la presa a carico dei costi di un impianto (cfr. consid. 4.4). 2.11. Alla luce delle considerazioni espresse sia dal medico dentista curante del ricorrente, sia dai medici dentisti fiduciari della Cassa di compensazione, tenuto conto dell'art. 14 cpv. 2 LPC e dell'art. 13 cpv. 1 LaLPC secondo cui soltanto le spese per trattamenti dentari semplici, economici e appropriati sono rimborsate, come pure della consolidata giurisprudenza in materia - ribadita ancora recentemente anche in ambito di assicurazione malattia con riferimento all'art. 32 LAMal la cui nozione è identica a quella utilizzata nel contesto delle prestazioni complementari (STF 9C_648/2009 del 20 marzo 2010 consid. 3.1) -, d'avviso di questo Tribunale si deve concludere che le cure dentarie preventivate dal dr. med. dent.

_____ non possono, in specie, essere ritenute altrettanto semplici, economiche ed adeguate rispetto al trattamento riconosciuto dalla Cassa di compensazione. Innanzitutto va ricordato che la Legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS/AI (LPC) – tanto quella del 19 marzo 1965 entrata in vigore il 1° gennaio 1966, quanto quella del 6 ottobre 2006 in vigore dal 1° gennaio 2008 - persegue lo scopo di garantire un "reddito minimo" per far fronte ai "fabbisogni vitali" di cui all'art. 112 cpv. 2 lett. b Cost. fed. e Disp. Trans.

all'art. 112 Cost. fed. (RCC 1992 pag. 346) e al nuovo art. 112 a Cost. fed. In queste circostanze, il diritto alle prestazioni complementari garantisce agli assicurati il rimborso delle necessarie spese di malattia e di invalidità, ma limitatamente a una fornitura di prestazioni economica e appropriata (art. 14 cpv. 2 LPC). Per quanto concerne i trattamenti dentari, le cure devono rispettare i criteri di semplicità, adeguatezza e di economicità (art. 13 cpv. 2 LaLPC). Di conseguenza, non tutte le spese odontoiatriche che i beneficiari di PC richiedono in virtù dell'art. 14 cpv. 1 LPC sono rimborsabili dalla Cassa di compensazione. Infatti, per quanto concerne le cure dentarie, il carattere sociale delle prestazioni complementari ha per scopo principale di ripristinare la funzione masticatoria degli assicurati fornendo un trattamento che sia il più adeguato, il più semplice ed il più economico. Da ciò discende che se più trattamenti possono essere indicati per ogni singolo paziente, occorre paragonarne i costi e i benefici previsti e rimborsare quello che, al minor costo, permette di garantire la corretta funzionalità masticatoria (STF P 22/05 del 5 agosto 2002 consid. 2). Nell'evenienza concreta, è indubbio che sia l'uno sia l'altro piano di cura proposto dagli specialisti intervenuti porta a un soddisfacente risultato terapeutico. Tuttavia, alla luce della documentazione scientifica agli atti, non si può ritenere che entrambi i trattamenti adempiano a tutte e tre le condizioni legali per potere riconoscere il rimborso dei relativi costi da parte della Cassa di compensazione. Nel caso specifico, solo la protesizzazione mobile risponde a tutti e tre i requisiti. I medici curanti dell'assicurato hanno certificato che egli presenta problemi di carattere parodontale indotti anche dall'assunzione di farmaci antiepilettici, i quali portano a un aumento della malattia parodontale e del volume gengivale. Anche per questo motivo, stante la situazione dentale e parodontale del ricorrente (denti splintati, marcata parodontosi, difficoltà di gestione domiciliare dell'igiene, rischio di aumento del volume gengivale dovuto alla terapia antiepilettica), l'uso di una protesizzazione mobile appare più adeguata e più appropriata rispetto a un impianto fisso (doc. 11d: Sousa V, Mardas N, Farias B, Petrie A, Needleman I, Spratt D, Donos N, A systematic review of implant outcomes in treated periodontitis patients, Clin. Oral Impl. Res. 27, 2016, 787-844, hanno concluso che gli impianti posti in pazienti trattati per malattia parodontale sono associati a una più alta incidenza di complicazioni biologiche e a un basso successo e tasso di sopravvivenza piuttosto che quelli posti in pazienti esenti da malattia parodontale. Severe forme di malattia parodontale sono associate a più alti tassi di perdita di impianti.). Di conseguenza, un paziente che ha subito su denti naturali una parodontosi così spiccata come il ricorrente ha una maggiore predisposizione ad avere un'infezione attorno agli impianti (perimplantite) e quindi a ritrovarsi, dopo poco tempo, con un manufatto non più idoneo che deve essere tolto dal cavo orale. Nel caso concreto, riguardante la riabilitazione protesica del cavo orale di un assicurato epilettico, si ritiene quindi idonea una protesi mobile, purché la stessa sia confezionata a regola d'arte e con opportuni accorgimenti tecnici che le conferiscano una buona stabilità e una maggiore robustezza. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, l'inserimento di rinforzi metallici quali una barra o una placca metallica nella struttura in resina, come suggerito dai medici fiduciari della Cassa di compensazione, consente alla protesi mobile di raggiungere una buona sicurezza per prevenire eventuali fratture traumatiche. Si tratta dunque di una soluzione efficace (doc. 18d: Brian J. Sanders, James A. Weddell, Nancy N. Dodge, JADA, Vol 126, dicembre 1995, 1641, Managing patients who have seizure disorders: dental and medical issues, affermano che le decisioni da adottare da parte di un curante relative alle protesi possono essere influenzate dalla probabilità di convulsioni. Come regola generale, essi sostengono che è meglio posizionare

una protesi fissa rispetto a un apparecchio rimovibile, poiché la protesi mobile può staccarsi durante una crisi. Inoltre, dovrebbe essere considerato il posizionamento di unità interamente di metallo in quanto può ridurre al minimo la possibilità di una frattura. Allo stesso modo, l'uso di rivestimenti acrilici sulle corone anteriori può facilitare la riparazione in caso di frattura.). Alla luce di quanto precede, nel caso del ricorrente, epilettico, non si ravvisano dei vantaggi di una protesizzazione fissa rispetto a una protesizzazione mobile, in particolare se quest'ultima è realizzata con gli opportuni accorgimenti tecnici, che consentirebbero all'assicurato una buona stabilità e un minor rischio di frattura rispetto a una protesi fissa su impianti qualora si verificasse un traumatismo indotto da una crisi convulsiva. L'opzione della protesi totale amovibile proposta dai medici fiduciari della Cassa di compensazione è dunque giustificata, non presentando, dal profilo clinico e di sicurezza, differenze di rilievo con le protesi fisse. Infatti, dal profilo terapeutico e considerate le particolarità del caso in esame, la protesi mobile è sufficiente ed adeguata per potere ripristinare una corretta funzionalità masticatoria dell'assicurato e per permettergli la corretta assunzione degli alimenti. Un tale intervento assicura dunque l'ottenimento di un risultato adeguato. In altre parole, una protesi totale è in specie un intervento efficace per lo scopo che si vuole raggiungere. Tenuto conto di questi tre aspetti (carattere sociale delle prestazioni complementari, situazione del cavo orale affetto da parodontosi aggravata dall'assunzione di farmaci antiepilettici (ipertrofia gengivale) e protesi mobile realizzata con gli opportuni accorgimenti tecnici), il TCA deve dunque ritenere che, nella fattispecie, una protesi mobile totale possa essere una soluzione adeguata. Non va poi dimenticato di rilevare che, quanto all'adeguatezza della misura, l'inserzione di impianti, visto che avviene mediante atto chirurgico, comporta per definizione dei rischi maggiori e ciò tanto più in un paziente affetto da crisi convulsive. Infatti, la posa di impianti ha un tasso di complicità tecniche e biologiche che è nettamente più elevato rispetto all'applicazione di una protesi semplice (cfr. citate Raccomandazioni H dell'AMDCS). Inoltre, gli impianti, come tali, richiedono una maggiore manutenzione rispetto ad altri tipi di protesi (STCA 36.2019.35 del 4 dicembre 2019; STCA 36.2016.14 del 17 maggio 2016 consid. 2.8; STCA 36.2015.5 del 1° aprile 2015 consid. 2.8). Un trattamento con protesi mobile, dal profilo medico, è di rilevanza scientifica e si basa sull'evidenza. Determinante è che esso garantisca la funzione masticatoria e l'assunzione di cibo. Peraltro, tra i vari vantaggi dell'applicazione di una protesi mobile, vi è una maggiore facilità nel mantenimento di una corretta detersione del cavo orale rispetto a una soluzione fissa (STCA 36.2016.14 del 17 maggio 2016 consid. 2.8). Se si considera che il medico dentista curante ha più volte segnalato le difficoltà di igiene dentale a domicilio da parte dell'assicurato, tanto che è necessario procedere a più igieni dentali sull'arco dell'anno, la soluzione proposta dalla Commissione medico dentistica risulta dunque più appropriata per il ricorrente (cfr. Raccomandazioni G dell'AMDCS, secondo cui i metodi di trattamento con le protesi fisse possono in principio essere autorizzati unicamente in casi eccezionali, solo in presenza di un'igiene buccale e di una collaborazione molto buona del paziente). Pertanto, tutte le altre condizioni evocate dall'insorgente, quali l'età, il riassorbimento dell'osso, i problemi psico-somatici, le difficoltà di rapportarsi nella società e i disagi sessuali se portatore di una protesi totale mobile piuttosto che di una protesi fissa su impianti, non possono rientrare fra i vantaggi per ammettere l'adeguatezza di una cura piuttosto che di un'altra, non trattandosi di criteri applicabili in ambito di prestazioni complementari nella scelta di un piano terapeutico odontoiatrico adeguato. Infine, anche l'economicità della misura proposta dal medico dentista del ricorrente non è certo data, visto che il trattamento preventivato dal dr.

med. dent. Ivano Ambrosio (Fr. 15'396,40) supera di cinque volte il costo della soluzione proposta dai medici dentisti di fiducia della Cassa di compensazione. 2.12. Sulla scorta delle considerazioni esposte, la scrivente Corte conclude che l'effetto masticatorio prodotto dalla protesi totale mobile è ampiamente sufficiente e soddisfacente per il ripristino di una normale funzione masticatoria. Per l'assicurato, la posa di una protesi amovibile, pur essendo meno confortevole, comporta meno rischi, è più igienica, è più adeguata, costa meno e offre la possibilità di un migliore adattamento in caso di futuri nuovi interventi. Per cui, pur comprendendo la delusione del ricorrente che chiedeva l'assunzione dei costi del trattamento dentario previsti dal suo medico dentista curante, questo Tribunale non può che confermare, sulla base dell'art. 14 cpv. 2 LPC in connessione con l'art. 13 cpv. 1 LaLPC, la decisione della Cassa cantonale di compensazione di assumersi i costi della confezione di una protesi totale amovibile, dopo l'estrazione di tutti i denti nell'arcata superiore, stabiliti in Fr. 3'000.- e del successivo, se necessario, ribasaggio, consistendo in specie nella soluzione più appropriata e più economica. Il ricorso deve pertanto essere respinto e la decisione impugnata confermata. 2.13. Con il ricorso, l'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria (doc. I). Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso non era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. Infatti, anche se la

giurisprudenza in materia di trattamenti dentari in ambito di prestazioni complementari è costante da anni, il tema della sussunzione dei fatti alle norme era complesso per la necessità, dimostrata dai numerosi pareri medici, di accertare l'aspetto della sicurezza dell'impianto scelto e ciò parallelamente alla sua efficacia a fronte di persona affetta da epilessia. In queste circostanze, anche se le numerose prese di posizione della Commissione medico dentistica erano chiare e dettagliate e dovevano far capire all'assicurato che la LPC non rimborsa dei trattamenti costosi come le protesi su impianti, alle stesse si contrappongono ai pareri del curante e dei neurologi interpellati. La condizione dell'indigenza è in concreto da ammettere alla luce degli attestati di carenza beni a carico del ricorrente e dei redditi minimi con cui egli si confronta (doc. L). Va pure riconosciuta la necessità di far capo all'assistenza di un legale per la complessità della materia trattata. L'istanza va quindi ammessa.

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