

TI_GERICHTE 33.2020.18 vom 1. März 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-03-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2020.18

FR: TI_GERICHTE 33.2020.18 du 1 mars 2021

IT: TI_GERICHTE 33.2020.18 del 1 marzo 2021

Regeste

Cure dentarie. La Commissione medico dentistica deve decidere se accogliere/respingere un preventivo non in base a una percentuale dei costi, ma indicando per ogni singola voce terapeutica se e perché non è rimborsabile e fornire un'alternativa terapeutica i cui costi sono poi riconosciuti dalla Cassa

Erwägungen

E. 15

e 27 indicati dalla Commissione medico dentistica come sani. Sono dunque le cure conservative la vera causa dell'attuale situazione dentale e non la mancata igiene orale dell'assicurato. Riguardo alla presenza di placca menzionata soltanto nell'ultimo verbale della Commissione, il ricorrente ha evidenziato che essa non è ravvisabile dalle radiografie e con le fotografie non si prova che vi sia stabilmente placca, perché se ci fosse sempre stata nel corso degli anni avrebbe portato alla parodontosi o al tartaro, che invece non sono stati riscontrati dai dentisti. Le radiografie e le fotografie allegate non dimostrano dunque un'inadeguata igiene orale dal 2018 al 2019, tutt'al più che la stessa Commissione medico dentistica ha affermato che non basta una visita per capire se l'igiene orale è adeguata. Pertanto, la decisione della Cassa che ha approvato la cura, ma per la quale partecipa solo al 50%, gli impedisce di accedere ai trattamenti qualora non avesse i mezzi per pagarle. 1.16. La Cassa non ha formulato ulteriori osservazioni (doc. XVI). considerato in diritto 2.1. La controversia verte a sapere se la Cassa di compensazione deve rimborsare integralmente il costo del trattamento dentario preventivato l'8 gennaio 2020 dal dr. med. dent. _____ in Fr. 2'537,30 per 13 otturazioni in composito e una seduta di igiene, avendo essa riconosciuto un rimborso unicamente del 50% dei costi effettivi, per un massimo di Fr. 1'270.-. 2.2. In virtù dell'art. 4 cpv. 1 lett. c LPC, le persone domiciliate e dimoranti abitualmente in Svizzera hanno diritto alle prestazioni complementari se hanno diritto a una rendita di invalidità. Le prestazioni complementari comprendono la prestazione complementare annua (art. 3 cpv. 1 lett. a LPC), che è una prestazione pecuniaria (art. 3 cpv. 2 LPC) e il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità (art. 3 cpv. 1 lett. b LPC), che è una prestazione in natura (art. 3 cpv. 2 LPC). Per quanto concerne il rimborso delle spese di malattia e di invalidità, l'art. 14 cpv. 1 LPC dispone che i Cantoni rimborsano ai beneficiari di una prestazione complementare annua delle spese comprovate dell'anno civile in corso, fra cui, per ciò che è qui di interesse, le spese di dentista (lett. a). Secondo l'art. 14 cpv. 2 LPC, i Cantoni designano le spese che possono essere rimborsate secondo il capoverso 1. Possono limitare il rimborso alle spese necessarie nell'ambito di una fornitura di prestazioni economica e appropriata. L'art. 15 LPC fissa il termine per esercitare il diritto al rimborso e prevede che le spese di malattia e d'invalidità sono rimborsate se il rimborso è fatto valere entro 15 mesi dalla fatturazione (lett. a) e le spese sono insorte in un periodo in

cui il richiedente adempiva le condizioni di cui agli artt. 4-6 LPC (lett. b). La disposizione transitoria dell'art. 34 LPC dispone che finché i Cantoni non hanno designato le spese che possono essere rimborsate secondo l'art. 14 cpv.1, gli artt. 3-18 dell'Ordinanza sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari (OMPC) nella versione in vigore il 31 dicembre dell'anno precedente l'entrata in vigore della Legge federale del 6 ottobre 2006 che emana e modifica atti legislativi per la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni si applicano per analogia, ma per una durata massima di tre anni dall'entrata in vigore della legge. Riguardo al rimborso delle spese, il Cantone Ticino ha emanato la Legge di applicazione della LPC del 23 ottobre 2007 (LaLPC), che è entrata in vigore il 1° gennaio 2008, contemporaneamente quindi alla nuova LPC e rendendo così non applicabile l'OMPC. A differenza di quanto regolato fino al 31 dicembre 2007, con la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC), dal 1° gennaio 2008 sono i Cantoni - e non più la Confederazione - a finanziare le prestazioni di cui all'art. 14 LPC (art. 16 LPC). Così, gli artt. 5-24 LaLPC definiscono il rimborso delle spese su rinvio del citato art. 14 cpv. 2 LPC. L'art. 7 LaLPC riprende l'art. 15 LPC e prevede che le spese sono rimborsate se la domanda di rimborso è presentata entro quindici mesi dalla fatturazione (lett. a), le spese sono insorte in un periodo in cui il richiedente adempiva una delle condizioni menzionate nell'art. 4 LPC (lett. b) e il termine di carenza previsto nell'art. 5 LPC è adempiuto (lett. c). Per quanto attiene al caso in esame, l'art. 13 LaLPC relativo ai trattamenti dentari dispone quanto segue: " 1 Le spese per trattamenti dentari semplici, economici e adeguati sono rimborsate. 2 Per il rimborso è determinante la tariffa dell'assicurazione infortuni, dell'assicurazione militare e dell'assicurazione invalidità (tariffa AINF/AM/AI) per gli onorari delle prestazioni dentarie e la tariffa AINF/AM/AI per i lavori di tecnica dentaria. 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 al 31 dicembre 2007), 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 l'allora N. 5038 vDPC, 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 vDPC, 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 vDPC). 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 vDPC). 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 vDPC). Giusta il N. 5038.5 vDPC, 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 vDPC, 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 vDPC). Giusta il N. 5038.10 vDPC, 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. A tale scopo, non essendo l'amministrazione in grado di valutare autonomamente gli aspetti medico tecnici, il N.

5038.5 vDPC ha espressamente previsto la figura del dentista consulente a cui la Cassa di compensazione si può rivolgere per giudicare i trattamenti previsti dal medico dentista curante. Per un coscienzioso esame dei casi problematici relativi a richieste di rimborso quali quella in discussione, anni fa la Cassa cantonale di compensazione ha quindi 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

E. 16

gennaio 2015 al considerando 7, e ribadito nella recente STCA 33.2019.17 del 6 febbraio 2020 al considerando 2.6, 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 vDPC) - 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 specialistiche 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 spese dentarie preventivate e/o fatturate. 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 medica di questo tipo 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, che fa capo al Servizio Medico Regionale. La giurisprudenza promulgata dal Tribunale federale al riguardo (DTF 137 V 210) non è perciò applicabile. La Cassa ha quindi correttamente e validamente affidato a degli specialisti propri, della cui neutralità, indipendenza e capacità professionale non v'è comunque motivo di dubitare, il compito di valutare lo stato dei denti degli assicurati beneficiari di PC. 2.7. Stante quanto precede, la critica sollevata dall'insorgente secondo cui vi sarebbe un conflitto di interessi in caso di lite poiché un medico consulente della Cassa è pure membro della Commissione deontologica della Società Svizzera di Odontostomatologia Sezione Ticino, non può essere accolta. Infatti, la Commissione medico dentistica non entra nel merito della (corretta) esecuzione di un trattamento dentario effettuato dal medico dentista curante degli assicurati e nemmeno dell'opportunità, dal profilo medico tecnico, di procedere con una determinata cura invece che con un'altra. Infatti, la Cassa di compensazione chiede ai suoi consulenti unicamente di valutare se una proposta di cura è semplice, adeguata ed economica. Non si tratta quindi di valutare dal profilo medico tecnico l'operato dei curanti degli assicurati, perciò non si vede in quale modo " in caso di disputa vi è un conflitto d'interessi con i consulenti della cassa, la commissione deontologica SSO da una parte ed i medici curanti che per ovvi motivi non si pronunceranno mai contro l'opinione e le decisioni del presidente della commissione deontologica. " (doc. I punto 6.6). Compito della Cassa cantonale di compensazione, quindi, è unicamente di valutare se rimborsare o no il costo di una prestazione medica secondo i criteri legali dell'art. 13 LaLPC e non di giudicare il piano terapeutico previsto/adottato dai medici curanti per i loro assicurati. Ne discende che dal profilo delle prestazioni complementari non v'è motivo di adire la Commissione deontologica della SSO. L'esistenza di opinioni contrastanti tra professionisti del settore non è ragione valida per interpellare la Commissione deontologica della SSO, non trattandosi di una disputa fra un paziente e il suo medico dentista curante. 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 33.2019.17 del 6 febbraio 2020 consid. 2.6; STCA 33.2014.31 del 16 gennaio 2015 consid. 7). 2.8. Per quanto concerne infine la contestazione ricorsuale secondo cui detti pareri non avrebbero alcuna forza probante siccome redatti a mano, e come tali incomprensibili, e solo successivamente trascritti a macchina a richiesta dell'assicurato, trascrizione che non sarebbe stata effettuata fedelmente, rispettivamente che i consulenti avrebbero firmato le decisioni della Commissione postdatandole, va osservato quanto segue. Nell'esame degli atti, il Tribunale non ha avuto alcuna difficoltà a leggere e capire le valutazioni della Commissione medico dentistica che sono state verbalizzate e firmate da un funzionario

della Cassa di compensazione. Se è vero che talvolta alcune parole sono abbreviate e le frasi sono stringate con magari l'assenza di verbi, articoli e preposizioni, i testi e i relativi contenuti risultano ad ogni buon conto perfettamente comprensibili e intelligibili. Il fatto che, a domanda dell'assicurato, questi fogli manoscritti siano stati redatti in un secondo momento con il computer durante la procedura amministrativa e firmati sia dai due medici dentisti consulenti sia dal funzionario della Cassa che ha funto da verbalista, non ne inficia certo la loro validità. Al riguardo va osservato che la data in cui la Commissione medico dentistica si è riunita effettivamente è stata riportata nei nuovi documenti senza essere modificata ma, per forza di cose, l'apposizione della firma è avvenuta in un momento successivo a quando sono stati allestiti originariamente a mano. Detti pareri sono stati soltanto trascritti e i relativi testi, seppure non ripresi letteralmente proprio per rendere grammaticalmente più corrette le frasi, non sono stati assolutamente modificati nel loro contenuto, perciò non hanno perso la loro validità probatoria. Quanto alla denominazione di "decisione" figurante su ciascun documento della Commissione, è evidente che non si tratta di una decisione dell'amministrazione incaricata della procedura, ma piuttosto di una valutazione avente, come visto, valore di parere interno e non di perizia medica esterna. L'intestazione non è quindi corretta. La Commissione medico dentistica non decide infatti sulle cure dentarie che le sono sottoposte dalla Cassa di compensazione, ma si limita a valutare i trattamenti dentari proposti dai medici dentisti curanti degli assicurati e a consigliare la Cassa in merito al rimborso dei relativi costi. Quest'ultima, e solo essa, può e deve emanare una decisione formale, impugnabile, sulla presa a carico delle prestazioni.

2.9. Resta ora da verificare se la decisione della Cassa cantonale di compensazione di riconoscere al ricorrente, sulla base dei pareri della Commissione medico dentistica, soltanto il 50% dei costi effettivi delle cure preventivate dal dr. med. dent. _____ l'8 gennaio 2020 in Fr. 2'537,30, debba essere confermata alla luce degli artt. 14 cpv. 2 LPC e 13 cpv. 1 LaLPC, che contemplano i principi legali di semplicità, economicità ed adeguatezza di una cura dentaria. Il primo preventivo del 6 giugno 2018 (doc. 25c) del dr. _____ prevedeva l'esecuzione di un'otturazione in composito d'urgenza sul dente 13, ulteriori otturazioni in composito sui denti 11, 12, 13, 15, 17, 23, 25, 35, 36, 37, 44 e 47, una cura endodontica dell'elemento 37 e una seduta di igiene orale, per un costo di Fr. 3'588,80. Questa documentazione è stata sottoposta alla Commissione medico dentistica cui fa capo la Cassa cantonale per valutare la semplicità, l'economicità e l'adeguatezza delle cure dentarie proposte dai curanti degli assicurati. Nella prima valutazione del 22 giugno 2018 (doc. 25b) la Commissione, basandosi su un CD di fotografie e di radiografie, ha ritenuto che, visti i precedenti contributi per cure anche sugli stessi denti, a quel momento riconosceva solo le cure d'urgenza atte a lenire il dolore. I consulenti della Cassa erano però disposti dopo 12 mesi, nel caso in cui fosse dimostrata la collaborazione a un'igiene orale mediante un'attestazione vincolante del dentista curante, a valutare il risanamento. La Cassa di compensazione ha riportato il parere degli esperti nello scritto del 25 giugno 2018 (doc. 25a) che ha inviato all'assicurato e al suo medico dentista curante, il quale il 25 luglio 2018 (doc. 26b) ha emesso una fattura di Fr. 704,60 per la cura d'urgenza del dente 13, che l'amministrazione ha subito rimborsato con decisione del 2 agosto 2018 (doc. 26a). Il secondo preventivo del medico dentista curante del 26 giugno 2019 (doc. 27i) di Fr. 4'999,10 proponeva il trattamento dei denti 11, 12, 13, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 44 e 47 con otturazioni in composito, la cura endodontica del dente 37 e una seduta di igiene. Su invito dei suoi consulenti (doc. 27i), la Cassa ha chiesto al curante un'attestazione relativa allo stato di igiene dell'assicurato e di indicare il numero dei denti

sul preventivo (doc. 27h). Sul preventivo corretto di Fr. 4'765,50 del 17 luglio 2019 (doc. 27e) la Commissione medico dentistica si è pronunciata il 29 luglio 2019 (doc. 27c) proponendo un contributo unico del 50% sulle spese effettive, massimo Fr. 2'200.-, stanti i numerosi precedenti contributi per cure conservative già elargiti. Pertanto, la nota d'onorario del 22 novembre 2019 (doc. 28b) per cure dentarie dall'11 giugno all'11 dicembre 2019 di Fr. 3'158,10 per il trattamento con otturazioni degli elementi 12, 14, 17, 21, 23, 25, 36, e 37, oltre alla cura di un ascesso del dente 37, è stata riconosciuta e rimborsata il 13 gennaio 2020 (doc. 28a) dall'amministrazione nella misura di Fr. 1'579,05. Un terzo preventivo di Fr. 2'537,30 è stato allestito l'8 gennaio 2020 (doc. 30d) dal dottor _____ per l'otturazione in composito di 13 elementi (11, 12, 15, 24, 25, 27, 33, 34, 35, 36, 42, 44 e 47) e per una seduta di igiene orale, igiene dell'assicurato che il medico dentista curante ha affermato essere migliorata. Sentita la Commissione medico dentistica il 9 gennaio 2020 (doc. 30b), il 22 gennaio 2020 (doc. 30a) la Cassa cantonale di compensazione ha informato l'interessato che la cura proposta non poteva essere riconosciuta avendo già corrisposto circa Fr. 6'500.- negli ultimi 5-6 anni per cure dentarie anche per otturazioni su denti che si intendeva curare nuovamente (12, 24, 25), che l'ultimo risanamento rimborsato era terminato soltanto il mese prima e che la presenza di nuova carie denotava un'assenza di profilassi malgrado l'avviso del 25 giugno 2018. Alle rimostranze del dr. med. dent. _____ che il 21 febbraio 2020 (doc. 31d) ha chiesto di potere completare la terapia inizialmente pianificata - che non era stata accettata dalla Cassa, perciò egli si era limitato alle cure urgenti e ora ha quindi chiesto di completare le cure di carie già preventivate nel 2018 e la cura dei denti 12 e 25 che erano stati otturati soltanto su una superficie -, i medici dentisti consulenti si sono confermati nello scritto della Cassa del 30 luglio 2019 di riconoscere un contributo totale di Fr. 2'200.- che, dedotta la partecipazione già versata di Fr. 1'579,05, dava luogo a un rimborso di Fr. 620,95. L'ulteriore contestazione dell'assicurato del 28 febbraio 2020 (doc. 32c) ha portato la Commissione medico dentistica a ritenere il 23 marzo 2020 (doc. 32b) di accordare in via del tutto eccezionale un contributo del 50% dei costi delle cure che saranno effettivamente eseguite, per un massimo di Fr. 1'270.-. Il contenuto dello scritto di pari data (doc. 32a) che la Cassa ha inviato all'assicurato informandolo della valutazione dei suoi consulenti, che hanno eccezionalmente modificato la loro posizione essendo venuti a conoscenza che egli assume determinati farmaci che possono avere una maggiore incidenza sulla carie soprattutto se l'igiene orale non è ottimale, è stato ribadito nella decisione formale del 2 aprile 2020 (doc. 33a) e nella successiva decisione su opposizione del 1° ottobre 2020 (doc. C), dopo che la Commissione medico dentistica ha preso ulteriormente posizione il 28 settembre 2020 (doc. 40a). In quest'ultima occasione essa si è infatti così pronunciata sulla opposizione dell'assicurato: " a. in base alle fatture ricevute dalla Cassa dall'anno 2007 al 2020, emergono ripetuti interventi eseguiti in tutti gli anni, per una spesa complessiva, per le sole cure conservative, di ben approssimativi Fr. 16'000.-. Il continuo recidivare delle carie non può essere inflitto solamente ai medicinali che assume l'assicurato (che come asserito dall'opponente " diminuiscono la salivazione ed un effetto protettivo ai denti ") in quanto, in presenza di una buona collaborazione alla profilassi, non si sarebbero sicuramente resi necessari tutti questi ripetuti interventi di una simile complessiva entità. Con ogni probabilità, il ripetuto susseguirsi delle cure conservative eseguite è quindi riconducibile principalmente alla mancanza di un'adeguata collaborazione alla profilassi e solo subordinatamente agli effetti collaterali dei medicinali. Come anche osservato dal suo rappresentante, nel caso concreto le condizioni di salute dell'assicurato (in particolare

quelle psichiche) non favoriscono il corretto vivere quotidiano, che di riflesso inficiano anche la collaborazione nell'igiene dentale. Anche questa affermazione lascia presupporre che la collaborazione all'igiene non sia tale da poter ridurre significativamente l'attività della carie. La formazione di nuove carie dopo soli alcuni mesi di distanza da quelle inizialmente diagnosticate, confermano con ogni probabilità che l'igiene non è ancora tale da ridurre significativamente l'attività della carie. D'altra parte, eccetto l'attestazione del medico dentista curante, agli atti non vi sono documenti probatori che possano definirla tale; l'aumento delle otturazioni previste e le radiografie inviate dimostrano piuttosto il contrario. I periti, anche nell'ipotesi di volere visitare l'assicurato per fugare i propri dubbi che nutrono sull'effettiva collaborazione all'igiene, osservano che non è certo con una sola visita (specie se ordinata preventivamente) che possono desumere se il paziente possa garantire una buona profilassi durevole nel tempo. L'osservazione sull'arco di un periodo determinato, attraverso il confronto di una documentazione radiografica e fotografica iniziale e finale, sarebbe invece un metodo di accertamento sicuramente più adatto e che darebbe riscontri più attendibili. Per questa ragione, si ricorda che già con lettera del 25.06.2018 inerente un risanamento conservativo esteso (preventivo di Fr. 3'588.80) la Cassa aveva stabilito di accordare momentaneamente solo le cure d'urgenza (atte a lenire il dolore) e di essere disposta a considerare un eventuale sussidio per un risanamento conservativo, trascorso un periodo di 12 mesi in cui l'assicurato avrebbe dovuto dimostrare un'adeguata collaborazione alla profilassi. A carattere generale, l'igiene dentale è infatti fondamentale per il buon mantenimento della dentatura e per garantire nel tempo il successo di un trattamento conservativo. Nei casi in cui l'igiene dentale non fosse sufficiente per prevenire la formazione di carie, occorre chiedersi se il continuo ripetersi di interventi conservativi sia la soluzione più adeguata. Secondo il punto n. 5 del citato regolamento, " per i pazienti non collaborativi che non dimostrano attenzione alla loro dentatura di fronte al continuo recidivare di carie a distanza ravvicinata, la Cassa può decidere di accordare unicamente delle cure più radicali (estrazioni dei denti che causano dolore) ". Ciò indipendentemente dal fatto che la mancanza di un'adeguata collaborazione alla profilassi sia imputabile ad una negligenza del paziente piuttosto che ad una carenza riconducibile al suo stato di salute. Anche secondo le linee guida della medicina dentaria (citare Kantonszahnärzte - collaborazione igiene), di fronte a pazienti non sufficientemente collaborativi (indipendentemente dalla causa), il medico dentista curante dovrebbe prevedere degli interventi più radicali. Ciò, pur comprendendo che per un paziente ancora relativamente giovane, questo possa risultare difficile da accettare. Per questa ragione non è stato e non si ritiene tutt'ora necessario accertare il motivo per il quale nel caso concreto una buona igiene dentale non è attualmente garantita, in particolare senza dover approfondire " se dal punto di vista psichiatrico sia esigibile una perfetta collaborazione " come asserito dall'opponente. La documentazione messa a disposizione dal dr. _____ è ritenuta sufficiente per poter prendere una decisione in merito, senza dover visitare l'assicurato come il rappresentante ricusa di aver ommesso. b. L'ennesimo risanamento conservativo - alla luce dei numerosi interventi eseguiti in precedenza - seppur possa essere considerato semplice, non può essere definito adeguato in quanto, in assenza di un'adeguata collaborazione alla profilassi, andrebbe a risolvere solo provvisoriamente una situazione che verosimilmente si ripresenterà nuovamente tra non molto. Conseguentemente, tale intervento non può neppure essere ritenuto economico nella sua prospettiva, in quanto non eviterebbe presumibilmente il susseguirsi di ulteriori costi, di cui la Cassa sarebbe nuovamente chiamata ad entrare nel merito. c. Nonostante ciò, la decisione presa mediante

la quale veniva accordato un contributo alle spese pari al 50% dei costi, è volta a dare ancora una possibilità all'assicurato di poter effettuare un risanamento conservativo nonostante le recidive, evitando di dover optare per una soluzione più drastica. Il fatto di "imporre" all'assicurato una partecipazione alle spese per l'altra metà dei costi, è dovuta principalmente ai numerosi contributi elargiti in precedenza e talvolta può fungere da incentivo all'assicurato per avere un maggiore riguardo della propria dentatura. d. Si ricorda che all'assicurato in passato sono già stati estratti alcuni denti e nel 2010 gli è stata pure confezionata una protesi parziale inferiore sussidiata dalla Cassa; di conseguenza l'opzione più drastica di dover se del caso procedere con ulteriori estrazioni (con l'eventuale modifica della protesi esistente o se necessario la confezione di una nuova protesi), per egli non dovrebbe rappresentare una novità e non può certo essere definita " inumana " come asserito dal suo rappresentante. e. Non è compito della Cassa chiarire se le cure eseguite dal precedente medico dentista (dr. _____) siano state eseguite a regola d'arte. La LaLPC non prevede infatti la qualità del lavoro quale ulteriore condizione per il rimborso. Nel caso in cui il paziente fosse insoddisfatto rispetto alla qualità dei trattamenti ricevuti, la prassi richiede che lo stesso si rivolga dapprima presso il medico dentista che ha eseguito gli interventi per esigere un miglioramento sperato e, in caso d'insuccesso, può in seguito rivolgersi alla Commissione arbitrale della Società svizzera odontoiatri (istanza di reclamo che giudica eventuali controversie), oppure avviare una procedura civile. f. In risposta al punto 3.4 dell'opposizione, si ricorda che con lettera del 30.07.2019, la Cassa aveva chiaramente indicato che avrebbe partecipato con un contributo pari al 50% delle spese effettive (per un massimo di Fr. 2'200.-). Ciò, indipendentemente se la cura fosse stata eseguita interamente o solo in parte e/o se si trattasse di cure d'urgenza o meno. Per questa ragione, una volta ricevuta la fattura di Fr. 3'158.10, la Cassa ha rimborsato un importo di Fr. 1'579.05, corrispondente al 50% dei costi. g. Per tutte le ragioni sopra esposte, si riconferma che per le ulteriori cure previste secondo preventivo di Fr. 2'537.20, la Cassa può partecipare alle spese mediante un contributo pari al 50% dei costi effettivi (per un massimo di Fr. 1'270.-), in via del tutto eccezionale. Si riconferma altresì che in futuro un'eventuale ulteriore partecipazione alle spese non può essere garantita nel caso in cui non vi sia un'adeguata collaborazione alla profilassi da parte dell'assicurato. Per tale motivo è consigliabile inviare un preventivo alla Cassa per qualsiasi eventuale ulteriore intervento. Per la fattura di fr. 421.90: Si tratta delle cure conservative sui denti n. 12 e 44 che erano inclusi nel preventivo di fr. 2'537.20. Come da decisione del 2.04.2020, rimborsare la fattura mediante un contributo pari al 50% dei costi, ossia fr. 210.50.". Infine, pendente causa i medici dentisti _____ e _____ si sono espressi, il 19 gennaio 2021 (doc. 47), sulla replica del ricorrente del 28 dicembre 2020, segnalando in particolare tutte le fatture che sono loro pervenute per valutazione dal 2007 e indicando per ciascuna di esse in quale misura concernevano delle cure conservative, per giungere a un totale di richiesta di rimborso di Fr. 22'011,55, di cui Fr. 15'006,60 per cure conservative. 2.10. Per decidere sulla questione della rimborsabilità, e in quale misura, del preventivo di cura di Fr. 2'537,30 dell'8 gennaio 2020, è opportuno evocare che sono rimborsate (soltanto) le spese per trattamenti dentari semplici, economici ed adeguati (art. 13 cpv. 1 LaLPC), criteri che vanno qui esplicitati alla luce della giurisprudenza. 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 evocato 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 poggierebbe 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. 8 cpv. 1 OMPC, corrisponderebbe quindi alle intenzioni del legislatore cantonale di riallacciarsi dopo l'entrata in vigore dell'art. 14 cpv. 2 LPC alla precedente regolamentazione federale, compresa la giurisprudenza emanata sull'art. 8 OMPC (DTF 130 V 185). La medesima conclusione varrebbe per l'art. 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://kantonszahnaerzte.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://kantonszahnaerzte.ch/wp-content/uploads/2018/03/VKZS_Einleitung.pdf), a pagina 3 del testo in francese viene spiegato che queste Raccomandazioni sono state concepite come strumento di lavoro per gli studi dentistici così come per le istanze e le autorità competenti. Come per il tariffario dentale e altri manuali o liste di controllo a uso interno delle autorità, si tratta di riferimenti il cui scopo è di facilitare il lavoro quotidiano. Inoltre, esse prevedono che uno stato che necessita un trattamento o un'indicazione di trattamento menzionata nelle Raccomandazioni non dà diritto senza esame a un trattamento dentario a carico degli enti pubblici. Questa decisione spetta all'autorità competente. Solo fanno eccezione i trattamenti d'urgenza e i trattamenti del dolore (misure primarie) che sono semplici (efficaci), adeguati e il cui carattere è economico, perciò che possono essere effettuati senza garanzia di una presa a carico. Questi trattamenti non devono tuttavia condizionare il trattamento definitivo. Un trattamento d'urgenza deve assolutamente essere indicato come tale sulla nota d'onorario. Per tutti i successivi trattamenti (misure secondarie), occorre in ogni caso stabilire un piano terapeutico accompagnato da un preventivo dei costi e attendere la garanzia della presa a carico prima di intervenire. Bisogna quindi distinguere due fasi di trattamento: Le misure primarie , che non possono essere posticipate: si tratta di trattamenti d'urgenza/del dolore il cui scopo è di liberare il paziente dal dolore. Questo scopo può essere ottenuto con misure semplici, talvolta provvisorie. Le misure secondarie , ossia i risanamenti semplici che seguono le misure primarie. Un risanamento efficace e adeguato consiste in: - estrazione di denti irrecuperabili e di residui di radici; - conservazione dei denti strategicamente importanti; - otturazioni; - conservazione durevole della capacità masticatoria. Capacità masticatoria: adattamento funzionale; normalmente bisogna disporre di almeno 10 paia di antagonisti funzionali. Misure di cura: colmare gli spazi con delle protesi amovibili; le protesi fisse non rientrano generalmente nella definizione di un risanamento semplice. A pagina 7 in tedesco e 9 nel testo in francese, sono 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 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. Per quanto concerne il piano terapeutico, le Raccomandazioni dell'AMDCS chiariscono a pagina 12 che il medico dentista curante dispone di un certo margine d'apprezzamento per la pianificazione del trattamento, tenuto conto dell'anamnesi, della collaborazione e dell'integrazione sociale del paziente, ritenuto che è assicurato soltanto il risanamento della capacità masticatoria, senza prestazioni di comfort e di cosmetica. Gli elementi determinanti per la pianificazione del trattamento dentario sono: 1) lo stato precedente, 2) la collaborazione del paziente e 3) la prognosi dentaria. Quando la prognosi non è favorevole e la collaborazione del paziente è ridotta, bisogna applicare i criteri di trattamento delle Raccomandazioni A per le misure primarie. Le Raccomandazioni A dell'AMDCS relative alla collaborazione del paziente, la prova della collaborazione del paziente, stato gennaio 2018, prevedono che il risultato della cura deve sempre raggiungere un alto livello di qualità tanto per i pazienti al beneficio di aiuti statali quanto per i pazienti privati. Quale contropartita ci si aspetta dal paziente che contribuisca al buon funzionamento del trattamento e che rispetti le indicazioni che ha accettato come parte integrante della cura. Non tutti i pazienti sono tuttavia in grado di farlo completamente. Più di altre condizioni di vita difficili, tossicodipendenza, malattie, handicap mentali o fisici, fragilità o origine migratoria possono rendere alcuni pazienti, il cui trattamento è finanziato dall'assistenza sociale o dalle prestazioni complementari, meno in grado di rispettare le istruzioni, ciò che ha un impatto negativo sulla loro collaborazione. Ogni paziente deve beneficiare delle cure dentarie di base adatte che tengano conto della prognosi generale dei risultati e delle possibilità di ciascuno di collaborare. La costanza, nell'igiene bucco-dentale o nel rispetto degli appuntamenti, per esempio, non è, secondo il modo di vivere della persona, sempre garantito sul lungo periodo. Bisogna tenere conto di queste circostanze quando si pianifica il trattamento. In caso di prognosi incerta o sfavorevole, non è ragionevole procedere a un risanamento sistematico. Nella maggior parte dei casi, un tale risanamento comporta dei costi elevati e, eccetto piccoli trattamenti quali ribasatura o riparazioni, il beneficio della cura dovrebbe estendersi su un periodo da cinque a quindici anni, fatte salve complicazioni impreviste. Ecco perché, in caso di dubbio sull'evoluzione del trattamento, i medici dentisti consulenti preferiscono una terapia palliativa e basata sull'attesa: trattare il dolore con l'estrazione dei denti irrecuperabili e curare gli altri denti semplicemente con otturazioni provvisorie di lunga durata (cfr. Raccomandazioni D) e protesi provvisorie in resina. Questi trattamenti devono essere accompagnati da un invito alla responsabilizzazione individuale e da una documentazione sul lungo periodo (18 mesi) relativa allo stato di igiene orale e alla motivazione del paziente con i formulari ufficiali. Se il paziente collabora attivamente e l'autorità competente è pure dell'avviso che il trattamento ha delle buone possibilità di riuscita, un risanamento dentario

semplice può essere preso in considerazione dopo un po' di tempo, solitamente da un anno e mezzo a due anni (18 mesi). In caso contrario, dovrebbe essere considerata la transizione graduale a una protesi totale. A pagina 2 le Raccomandazioni A spiegano come procedere con l'indicazione del trattamento d'attesa e con l'indicazione del trattamento di risanamento. Infine, va evidenziato che a pagina 4 anche le Raccomandazioni dell'AMDCS prevedono la figura del medico dentista consulente e spiegano che il suo parere è di principio richiesto per i piani terapeutici e i preventivi di costi di una certa importanza o quando non sono chiari. Ma la sua opinione o la sua valutazione possono anche essere domandate in altre situazioni, per esempio in caso di documentazione insufficiente sul trattamento previsto, quando ci sono differenze fra il preventivo e la nota d'onorario o ancora quando il paziente è spesso curato in urgenza. Il medico dentista consulente deve essere in grado di comprendere e verificare i costi del trattamento pianificato sulla base della documentazione prodotta per potersi assicurare che esso è semplice (efficace), adeguato ed economico. I medici dentisti consulenti sono per la maggior parte del tempo designati dalle autorità sanitarie cantonali con l'accordo della Società svizzera di odontostomatologia SSO. 2.11. Per quanto riguarda il Regolamento concernente il sussidio di cure dentarie per pazienti al beneficio delle prestazioni complementari all'AVS/AI, citato dai medici dentisti consulenti della Cassa cantonale di compensazione, occorre osservare che questo testo (reperibile sul sito del Cantone <https://www4.ti.ch/dss/ias/prestazioni-e-contributi/scheda/p/s/dettaglio/prestazioni-complementari-allavs-e-allai/prestazioni-complementari-allavs-e-allai-1/>) non costituisce una base legale, ma funge unicamente da riferimento ai medici dentisti operanti sul territorio per l'interpretazione dei criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità a dipendenza delle casistiche. Queste linee guida relative alle cure dentarie, allestite d'intesa con l'Ordine dei medici dentisti del Cantone Ticino e vigenti dal 1° gennaio 2018, come le stesse recitano, costituiscono un "ausilio ai medici-dentisti nell'interpretazione dei criteri di sussidio riferiti alle diverse fattispecie". I casi particolari ed eccezionali che non sono inclusi in queste linee guida sono invece oggetto di una valutazione peritale. Suddiviso in 10 capitoli, detto Regolamento fornisce informazioni generali ai medici dentisti (1), spiega la procedura e il formulario da utilizzare (2) suddividendo i diversi iter in cure dentarie di costi uguale o superiore a Fr. 3'000.- o inferiore a Fr. 3'000.-, indica quali sono i criteri di sussidio (3) rinviando espressamente alle Raccomandazioni dell'Associazione dei medici dentisti cantonale della Svizzera (AMDCS) precisando che non sono vincolanti e quali sono le prestazioni riconosciute (la documentazione diagnostica, l'igiene dentale e i trattamenti parodontali, le cure conservative e l'endodonzia, le protesi amovibili, le corone, i ponti fissi e gli impianti, la ferula, l'ortodonzia), spiega come funziona in caso di richiesta di partecipazione parziale alle spese (4), come ci si comporta in caso di pazienti non collaborativi (5), chiarisce che occorre il benestare della Cassa sul preventivo (6), illustra come comportarsi in caso di variazioni al piano di cura (7), spiega le riserve che può imporre la Cassa (8), definisce le informazioni che il medico dentista deve dare al paziente (9) e come deve avvenire la fatturazione delle prestazioni (10). Tutte queste indicazioni ricalcano e riassumono in sostanza le Raccomandazioni dell'AMDCS, comprese le Raccomandazioni A fino alle Raccomandazioni H - che concernono i trattamenti dentari sotto anestesia generale (B), la medicina dentaria pediatrica (C), le otturazioni (D), la profilassi, l'igiene bucco-dentaria, i trattamenti parodontali (E), l'ortodonzia/le correzioni delle malposizioni (F), le corone, i ponti, l'implantologia (G), le protesi parziali e la capacità masticatoria (H) - e sintetizzano la prassi e la giurisprudenza federale in materia. Quindi, allo stesso modo che per le predette Raccomandazioni così come stabilito dal Tribunale

federale, d'avviso del TCA è possibile fare riferimento anche al Regolamento cantonale sulle cure dentarie alla stregua di linee direttive quale aiuto nella valutazione del riconoscimento dei costi di un trattamento dentario proposto dai medici dentisti curanti.

2.12. 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'inserimento 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 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 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).

2.13. Nel caso qui in esame, alla luce delle considerazioni espresse dai medici dentisti fiduciari della Cassa di compensazione e dal ricorrente, 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 citata giurisprudenza in materia - ribadita ancora 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) -, delle summenzionate Raccomandazioni dell'AMDCS e del Regolamento della Cassa sul rimborso delle cure

dentarie, non è possibile, allo stato degli accertamenti, giungere a una conclusione sull'obbligo della Cassa di compensazione di prendersi a carico le spese per i trattamenti dentari preventivati in Fr. 2'537,30 dal dr. med. dent. _____ l'8 gennaio 2020. In effetti, non essendo stato chiarito quale sia, secondo la Commissione medico dentistica, il piano terapeutico da adottare per ogni singolo dente, piano che rispetti i principi della semplicità, dell'adeguatezza e dell'economicità, è prematuro pronunciarsi sul riconoscimento dei costi di cura secondo i predetti criteri legali. 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 attiene alle 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). 2.14. Nell'evenienza concreta, il medico dentista curante si è limitato ad indicare la necessità di effettuare 13 otturazioni in composito, ma senza specificare per ciascun dente come intendeva intervenire (otturazione interdentale, a 1 superficie, a 2 superfici, a 3 superfici, su un angolo, ecc.). A sua volta, quindi, la Commissione medico dentistica non ha potuto pronunciarsi debitamente e con piena consapevolezza sull'opportunità del piano terapeutico previsto dal dentista dell'assicurato. Va ricordato che il medico dentista curante, prima di procedere a qualsiasi atto terapeutico che non sia di carattere di urgenza, deve sottoporre ai consulenti della Cassa di compensazione un piano terapeutico dettagliato che risponda ai principi di semplicità, adeguatezza ed economicità. La Commissione medico dentistica della Cassa, sulla base del preventivo del dentista curante opportunamente documentato da radiografie e fotografie, deve poi decidere se lo stesso possa essere accolto o respinto, totalmente o parzialmente. Tuttavia, l'accoglimento parziale di un preventivo non va inteso, come indicato dai consulenti dell'amministrazione, nel senso di una percentuale stabilita casualmente del costo totale delle prestazioni (in specie: 50% del preventivo di Fr. 2'537,30). La parzialità dell'accoglimento di un preventivo è data, semmai, dal ritenere rimborsabili soltanto le posizioni e trattamenti che rispettano i criteri di semplicità, economicità e adeguatezza secondo la giurisprudenza, le summenzionate Raccomandazioni e il citato Regolamento sulle cure dentarie. In effetti, per ogni singola voce indicata nel preventivo del medico dentista curante che la Cassa respinge e non ritiene rimborsabile, i suoi medici dentisti consulenti devono indicare una alternativa terapeutica, che il dentista curante deve poi sottoporre all'assicurato per accettazione. È infatti indispensabile, ai fini di una massima chiarezza, che i consulenti della Cassa di compensazione si esprimano su ogni singola voce terapeutica che ritengono incongrua fornendone una motivazione e,

soprattutto, dandone una o più alternative terapeutiche i cui costi siano riconosciuti e rimborsati dalla Cassa trattandosi di cure che soddisfano i requisiti legali. Per quanto concerne la questione dell'igiene orale ampiamente dibattuta dalle parti, ritenuta anche la patologia sistemica concomitante (schizofrenia), una verifica puntuale sarebbe d'ausilio per le valutazioni che la Cassa è chiamata ad operare. 2.15. Sulla scorta delle considerazioni esposte, si impone dunque che gli atti siano rinviati all'amministrazione, affinché, tramite i propri consulenti esperisca i necessari accertamenti, e quindi – laddove necessario – sentito il medico curante e, stante la particolarità del caso concreto, dopo avere visitato l'assicurato per avere un quadro della situazione più esauriente per completare le radiografie e le fotografie già disponibili, si esprima nuovamente considerando le cure previste per ogni singolo dente che il dr. med. _____ intende curare. I consulenti valuteranno se il piano terapeutico del curante rispecchia le condizioni dell'art. 14 cpv. 2 LPC e dell' art. 13 cpv. 2 LaLPC. Se essi riterranno che la cura preventivata non sia semplice, adeguata ed economica per uno o più denti, dovranno spiegarne le ragioni ed, eventualmente, proporre una alternativa terapeutica che la Cassa sia in grado di rimborsare. Alla luce di quanto precede il ricorso deve essere accolto la decisione impugnata annullata e gli atti rinviati all'amministrazione per procedere come indicato. Visto l'esito della procedura, si prescinde dal richiamare l'incarto AI dell'assicurato e un referto da parte del dr. med. _____, suo psichiatra (doc. I punto 4). Vincente in causa, ma non rappresentato da un legale, al ricorrente non vanno attribuite ripetibili (art. 61 lett. g LPGA), osservato in ogni modo il legame di stretta parentela tra l'assicurato e rappresentante e l'assenza di elementi che permettano di ritenere l'espletamento di un mandato oneroso (doc. 27b).

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