

TI_GERICHTE 33.2023.2 vom 30. Mai 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-05-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2023.2

FR: TI_GERICHTE 33.2023.2 du 30 mai 2023

IT: TI_GERICHTE 33.2023.2 del 30 maggio 2023

Regeste

Rimborso dei costi dei trattamenti dentari effettuati in urgenza. I trattamenti d'urgenza hanno per scopo di liberare il paziente dal dolore, scopo raggiunto con prestazioni semplici, a volte provvisorie, adeguate ed economiche: pulpotomia, pulpectomia, drenaggio dell'ascesso, estrazione. Qui OK pulpectomia

Erwägungen

E. 1

Le spese per trattamenti dentari semplici, economici e adeguati sono rimborsate.

E. 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.

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 e l'art. 13 LaLPC ha essenzialmente ripreso il tenore dell'art. 8 OMPC (Ordinanza sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari, abrogata dal 1° gennaio 2008 con l'entrata in vigore della nLPC). A questa stregua, visto l'uguale tenore del nuovo art. 13 LaLPC all'art.

E. 8

OMPC, come già deciso da questa Corte in precedenti giudizi (cfr., da ultimo, la STCA 33.2020.18 del 1° marzo 2021), 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 cantonale. Fa tuttavia eccezione l'art. 8 cpv. 3 OMPC, il cui contenuto non è più stato ripreso a livello ticinese (secondo questa norma, se le spese per trattamenti dentari - compreso il laboratorio - erano presumibilmente superiori a Fr. 3'000.-, prima del trattamento si doveva sottoporre un preventivo alla Cassa di compensazione. Se un

trattamento il cui costo superava i Fr. 3'000.- era effettuato senza l'approvazione del preventivo, erano rimborsati 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 inviate 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. Come ricordato al ricorrente nella STCA 33.2020.18 del 1° marzo 2021 al consid. 2.4, per un coscienzioso esame dei casi complessi relativi a richieste di rimborso di cure quali quella in esame, anni fa la Cassa cantonale di compensazione ha istituito una Commissione medico dentistica, composta attualmente dei dr. med. dent. _____ e _____, affinché, mediante l'avviso di medici dentisti esperti, essa possa giudicare le fattispecie concernenti i trattamenti dentari necessari anche agli assicurati beneficiari di prestazioni complementari (STCA 33.2014.31 del 16 gennaio 2015 consid. 5). 2.5. In concreto, per determinare il diritto al rimborso delle cure dentarie, la Cassa di compensazione ha proceduto a degli accertamenti presso l'odontoiatra curante e ha poi sottoposto la documentazione medica raccolta al giudizio dei predetti medici dentisti consulenti a cui essa, all'occorrenza, si appoggia. A tal riguardo, il ricorrente ha riproposto in questa sede, peraltro con i medesimi termini, la contestazione relativa alla legittimità e alla natura di questa Commissione medico dentistica. Senza che occorra qui riproporre interamente le considerazioni esposte nella citata STCA 33.2020.18 consid. 2.6, è sufficiente ribadire che l'istituzione di questa Commissione non può che portare competenza, chiarezza ed elementi di valutazione alla Cassa di compensazione. Infatti, 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. Va ricordato che i medici dentisti che lavorano in seno a questa particolare Commissione medica tecnica 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 (art. 69 LAI e art. 69 OAI). 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. Ciò stante, si rinvia pure alle argomentazioni presentate al considerando 2.7 della STCA 33.2020.18 per quanto riguarda 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. Questa lamentela non può nuovamente essere accolta. Infatti, compito della Cassa cantonale di compensazione 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 dentisti curanti per i loro assicurati. Dal profilo delle prestazioni complementari non v'è quindi motivo di adire la Commissione deontologica della SSO. 2.6. Va dunque ora esaminato se la decisione con cui la Cassa di compensazione ha riconosciuto all'assicurato l'importo di Fr. 420,30 per la fattura del 15 marzo 2022 di Fr. 1'450,80 del dottor _____ è corretta alla luce dei principi legali di semplicità, economicità ed adeguatezza sanciti dagli artt. 14 cpv. 2 LPC e 13 cpv. 1 LaLPC, a cui devono sottostare i trattamenti dentari per potere essere rimborsati dalle prestazioni complementari. Il TCA osserva in primo luogo che in specie non v'è stato alcun preventivo da parte del dr. med. dent. _____ che è stato sottoposto all'approvazione della Cassa

di compensazione. In effetti, il dentista del ricorrente ha emesso direttamente il 15 marzo 2022 (doc. 53b) la " Nota d'onorario per cure dentarie dal 23.12.21 al 15.03.22, Valore del punto: CHF 1.00, Cure d'urgenza ai denti 12, 13, 17 ", che l'indomani (doc. 53a) l'assicurato ha inoltrato alla Cassa cantonale di compensazione per il rimborso. Il 30 marzo 2022 (doc. 54) l'amministrazione ha chiesto al medico dentista curante dell'assicurato di trasmetterle le radiografie e le fotografie eseguite. Questa documentazione (doc. 55c) è stata sottoposta alla Commissione medico dentistica cui fa capo la Cassa, come visto, per valutare la semplicità, l'economicità e l'adeguatezza delle cure dentarie proposte dai curanti degli assicurati. Dal verbale allestito il 14 aprile 2022 (doc. 55b) risulta in primo luogo che dalle fotografie del 23 dicembre 2021 la Commissione ha notato che, contrariamente a quanto sostenuto dai dentisti curanti il 21 febbraio 2020 (dr. _____) e il 15 dicembre 2020 (dr.ssa _____), la collaborazione dell'assicurato nell'igiene/ profilassi non era adeguata. Inoltre, in merito alle cure fatturate, i due consulenti tecnici della Cassa si sono così espressi: " Per quanto riguarda il dente n. 17 , ricordando che la Cassa aveva già rimborsato le spese una sua otturazione del 2014 ed ulteriore nel 2016 con un oneroso trattamento radicolare, l'estrazione eseguita può essere riconosciuta. Per quanto attiene il dente n.

E. 12

(fratturato e con carie secondaria), si constata che anche lo stesso è già stato soggetto a diverse otturazioni nel passato (nel 2014, 2017, 2019 e 2020), che ne hanno inevitabilmente causato un suo indebolimento, dovuto alla perdita di tessuto dentale. L'ulteriore trattamento conservativo eseguito in data 23.12.2021 non dà quindi sufficiente garanzia di durata e di conseguenza non rispetta il principio di adeguatezza e di economicità. La soluzione ritenuta semplice, adeguata ed economica, sarebbe stata la sua estrazione e successiva sostituzione mediante una protesi parziale amovibile. Anche per quanto riguarda il dente n.

E. 13

, anch'esso già curato nel 2017 e nel 2018 e che ora è stato nuovamente otturato con un oneroso trattamento endodontico, che ne limita ulteriormente la sua prospettiva di durata (come per il dente n. 12 e come già avvenuto per il dente n. 17), si ritiene che la soluzione semplice, adeguata ed economica sarebbe stata la sua estrazione e relativa sostituzione con l'ipotetica protesi che sarebbe già servita a rimpiazzare i denti n. 12 e 17. In conclusione, per le ragioni sopra esposte, si conclude che per la fattura in questione possono essere rimborsati unicamente i costi per la documentazione diagnostica, per la seduta d'igiene e per l'estrazione del dente n. 17 (totale fr. 420.30). Ribadire che in futuro è consigliabile inviare un preventivo e attendere il relativo benessere, in quanto una partecipazione alle spese non è garantita.". La Cassa di compensazione ha riportato questo parere nella decisione del 25 aprile 2022 (doc. 55a) che ha inviato all'assicurato e al suo medico dentista curante e con cui ha dunque disposto il rimborso dell'importo di Fr. 420,30. Il 23 maggio 2022 (doc. 56) l'assicurato si è opposto a questo rimborso parziale, osservando che la fattura in questione si riferisce a tre interventi di urgenza necessari per lenire il dolore e permettergli di nuovamente nutrirsi e continuare abitualmente la sua vita, motivo per cui l'odontoiatra curante non ha allestito un preventivo. A suo dire, il curante ha seguito le Raccomandazioni dei medici cantonali svizzeri e ha proceduto con un risanamento dentario semplice, prova ne è che il dente non più recuperabile è stato tolto, mentre i denti importanti sono stati mantenuti. Trattandosi di interventi d'urgenza, il dentista ha dovuto agire senza potere sottoporre un preventivo dei costi alla Cassa. Viste queste contestazioni, la Cassa ha nuovamente sentito la Commissione medico dentistica, che nel suo verbale del 27 ottobre

2022 (doc. 58b) ha preso la seguente posizione: " Da foto si può notare, oltre alla presenza di placca (che avrebbe potuto essere pulita prima di fare la fotografia), la presenza di infiammazione gengivale (arrossamento e gonfiore della gengiva marginale). Ciò dimostra che l'igiene non solo è stata praticata in modo sommario al momento in cui è stata scattata la fotografia, ma denota un'abitudinaria carenza di igiene giornaliera. Precisare che seppur è vero che le raccomandazioni D indicano che oltre alle estrazioni possono essere prese in considerazione delle otturazioni provvisorie di lunga durata (nell'attesa che paziente dimostri collaborazione e interesse alla propria dentatura), nel caso concreto visto che i periti hanno riscontrato un'igiene inadeguata nonostante le precedenti avvertenze e tenuto anche conto della storia clinica del paziente, la soluzione più indicata per i denti n. 12 e 13 (trattati con otturazioni definitive, il 13 pure con una cura radicolare) sarebbe stata la loro estrazione.". Il contenuto di questo parere, come il precedente sottoscritto da entrambi i medici dentisti consulenti, è stato integrato dalla Cassa nella sua decisione su opposizione del 12 dicembre 2022. Pertanto, la Cassa ha ritenuto che sebbene possano essere prese in considerazione delle otturazioni provvisorie di lunga durata oltre alle estrazioni, stante un'inadeguata igiene dentale la soluzione più adeguata era l'estrazione dei denti n. 12 e n. 13. Riguardo ai trattamenti d'urgenza, l'amministrazione ha riferito che i periti (recte : consulenti) hanno precisato che sono intesi esclusivamente i trattamenti atti a lenire il dolore, quali l'estrazione, l'incisione di un ascesso con copertura antibiotica oppure la pulpotomia e non una cura radicolare completa con successiva otturazione/ricostruzione del dente. Rimane compito del medico dentista curante valutare sul momento quale soluzione terapeutica sia più consona ai criteri di sussidiarietà per poi decidere, in accordo con il paziente, quale eseguire. Il solo fatto che un dente sia strategicamente importante non è sufficiente per giustificare la salvaguardia dello stesso. Deve essere considerato il rapporto costo-beneficio terapeutico sul medio termine. Inoltre, in mancanza di un'adeguata collaborazione alla profilassi e interesse alla propria dentatura, il susseguirsi di urgenze è verosimile e facilmente prevedibile. Allo scopo di consentire alla Cassa di pronunciarsi correttamente sull'eventuale richiesta di rimborso fatta a posteriori, ossia senza avere inoltrato il preventivo e atteso l'eventuale benessere, è fondamentale che il medico dentista curante documenti con radiografie e fotografie l'indicazione del trattamento eseguito. L'8 febbraio 2023 (doc. 61) la Commissione medico dentistica si è pronunciata sul ricorso, affermando che non apportando nuove argomentazioni tali da modificare il suo parere proponeva alla Cassa di confermare integralmente la decisione su opposizione e quindi di respingere il ricorso. Pendente causa il TCA ha interpellato il dr. med. dent. _____ in merito alla sua nota d'onorario del 15 marzo 2022 di Fr. 1'450,80 per cure d'urgenza ai denti 12, 13 e 17, rilevando che dalla stessa risulta che tra il 23 dicembre 2021 e il 15 marzo 2022 ha visto l'assicurato in cinque occasioni e che è intervenuto sui predetti elementi qualificando le cure prestate come urgenti. A tal proposito, il Tribunale gli ha chiesto di spiegare: - come si presentava il 23 dicembre 2021 la situazione dei denti 12, 13 e

E. 17

: nessuna ulteriore osservazione da rimarcare dal momento che l'estrazione eseguita è stata riconosciuta dalla Cassa. I periti mettono in dubbio l'attendibilità delle affermazioni del medico dentista curante relativamente a quanto attestato in merito. - alla collaborazione all'igiene, verificatasi poi inadeguata alla luce delle continue ricadute e dalla documentazione fotografica presentata; - alla cura endodontica in tre sedute classificata come cura urgente; - all'esposizione nella fattura della posizione 4.0010 nel giorno 19.01.2022 che corrisponde ad una consultazione periodica e non d'urgenza (pos. 4.0020)

come affermato dal curante nel suo scritto del 25.04.2023.". 2.7. Per decidere se, e in quale misura, riconoscere la fattura del 15 marzo 2022 di Fr. 1'450,80, va ricordato che sono rimborsate (soltanto) le spese per trattamenti dentari semplici, economici ed adeguati (art. 13 cpv. 1 LaLPC). Infatti, nella STF 9C_648/2009 del 26 marzo 2010, il Tribunale federale ha ribadito che, 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). Come evocato nella citata STCA 33.2014.31 del 16 gennaio 2015, e ripreso nella menzionata STCA 33.2020.18 del 1° marzo 2021, il 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://kantonszahnärzte.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. 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 concorde 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, non era criticabile 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 (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* e *Recommandations*) prevedono, in lingua tedesca (<https://kantonszahnaerzte.ch/behandlungsempfehlungen/>) e francese (<https://kantonszahnaerzte.ch/fr/recommandation>), 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 concernenti i piani di cura e i trattamenti, raccomandazioni relative alle norme applicabili in materia di trattamenti dentari nell'ambito delle prestazioni complementari, dell'aiuto sociale e dell'asilo, nel capitolo introduttivo nella versione gennaio 2018.5, a pagina 2 del testo in francese (<https://kantonszahnaerzte.ch/wp-content/uploads/2019/08/Recommandations-de-1%E2%80%99AMDCS-concernant-les-plans-de-traitement-et-les-traitements.pdf>) (per la versione in tedesco https://kantonszahnaerzte.ch/wp-content/uploads/2018/03/VKZS_Einleitung.pdf) viene spiegato che la salute bucco-dentaria è uno dei pilastri della salute in generale. Dei dolori ai denti, delle infiammazioni o una capacità masticatoria limitata sono dei fattori che possono peggiorare la qualità di vita delle persone. Queste Raccomandazioni sono state preparate per guidare le autorità e i dentisti nel compito di esercitare un controllo rigoroso sulle spese per questi trattamenti, finanziati dai contribuenti. Per quanto concerne il trattamento dentario (pagina 3 della versione francese), 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 (pagina 9). 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. Il medico dentista curante adotterà dunque i seguenti principi. Processo di pianificazione e di trattamento strutturato:

1. Identificazione del paziente e dell'autorità incaricata dell'assistenza, completare

eventualmente il formulario cantonale per la medicina dentaria sociale. 2. Cure primarie, misure d'urgenza. 3. Diagnosi, radiografie, certificazione di collaborazione, pianificazione. 4. Piano terapeutico e preventivo dell'onorario, attesa della garanzia della presa a carico dei costi. 5. Eventualmente piano terapeutico modificato secondo le indicazioni del medico dentista consulente. 6. Trattamento. Sempre a pagina 9 del testo in francese, sono spiegati i criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità, non senza prima rilevare che la pianificazione e l'esecuzione del trattamento sono legati ai criteri di pianificazione specifici fissati dalla Conferenza Svizzera delle istituzioni di Azione Sociale (COSAS), secondo cui le spese per i trattamenti dentari sono prese a carico quando il trattamento è necessario e se si effettua in maniera semplice, economica e adeguata. Nell'ambito della medicina dentaria sociale, a pagina 8 l'AMDCS raccomanda di applicare i criteri di "efficacia, adeguatezza ed economicità" per analogia con l'art. 32 LAMal o di "economico e adeguato" per analogia all'art. 14 LPC e, prima di fornirne la definizione, precisa che dopo la fase primaria (trattamento del dolore), il medico dentista curante può rifiutare di eseguire un trattamento successivo. Una prestazione medica è efficace quando contribuisce oggettivamente all'ottenimento del risultato desiderato sui piani diagnostico, terapeutico e delle cure paramedicali. L'efficacia si riferisce al nesso di causalità tra il provvedimento medico e il successo medico del trattamento. L'adeguatezza presuppone l'efficacia e si valuta principalmente secondo dei criteri medici. L'applicazione adeguata è quella che presenta il miglior risultato diagnostico e terapeutico. 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 adeguati: fra vantaggi medici comparabili, la variante economica è quella che è meno cara. Adeguatazza ed economicità presuppongono inoltre la necessità / indicazione 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 pianificare le cure, tenuto conto dell'anamnesi, della collaborazione e dell'integrazione sociale del paziente, fermo restando che è assicurato soltanto il ripristino della capacità masticatoria, senza prestazioni di comfort né 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. Di principio, per i beneficiari di PC è possibile pianificare un risanamento dentario efficace, adeguato ed economico, eventualmente scaglionato nel tempo. 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, alla prova della collaborazione del paziente, stato gennaio 2018.5 (<https://kantonszahnaerzte.ch/wp-content/uploads/2019/07/Recommandation-A-de-l%E2%80%99AMDCS.pdf>), prevedono che il risultato della cura deve sempre raggiungere il livello di qualità A, definito dalle linee guida relative alla qualità della SSO perciò, a questo proposito, i pazienti al beneficio di aiuti statali non si distinguono dai pazienti privati. Quale contropartita ci si aspetta dal paziente che contribuisca al buon svolgimento del trattamento e che rispetti le indicazioni che ha precedentemente accettato come parte integrante della cura. Non tutti i pazienti sono tuttavia in grado di farlo completamente. Più di altre condizioni di vita difficili, la tossicodipendenza, delle malattie, degli handicap mentali o fisici, la fragilità o l'origine migratoria possono portare alcuni pazienti, il cui trattamento è finanziato dall'assistenza sociale o dalle prestazioni complementari, a essere 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 orale 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 sullo svolgimento 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'attesa e poi con il risanamento come indicazione della cura. 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. 2.8. Nel caso concreto, nel rispetto delle esposte Raccomandazioni, è corretto che il dottor _____ abbia segnalato sulla sua fattura del 15 marzo 2022 che le cure dentarie effettuate ai denti 12, 13 e 17 consistevano in trattamenti d'urgenza. Ciò nonostante, non è altrettanto corretto affermare che le cure prestate al ricorrente possano essere tutte qualificate quali trattamenti d'urgenza, che potevano quindi essere eseguite senza attendere la garanzia, da parte della Cassa cantonale di compensazione, della presa a carico dei relativi costi prima di intervenire sul paziente. Le cure d'urgenza e i trattamenti del dolore sono delle misure primarie il cui scopo è di liberare il paziente dai dolori, scopo che è raggiunto con prestazioni che devono essere semplici, a volte provvisorie, adeguate ed economiche. Per quanto concerne il dente n. 12, la dr.ssa _____ ha precisato che l'assicurato si era presentato da lei il 22 dicembre 2021 con una perdita dell'otturazione, carie e forte dolenza al freddo e che, non ritenendo sufficiente un'otturazione provvisoria stante lo stato del dente e la relativa lesione, ha optato per effettuare subito una ricostruzione in composito e quindi un'otturazione definitiva. Si ha un'urgenza quando vi è un dolore spontaneo continuo, un ascesso, un gonfiore. Queste urgenze vengono trattate con la pulpotomia (amputazione della parte coronale della polpa

del dente) o pulpectomia (estirpazione della polpa), con l'incisione per il drenaggio dell'ascesso e successiva copertura antibiotica o ancora con l'estrazione dell'elemento dentario dolente. Tutto ciò ha per scopo di lenire il dolore, come ricordato anche dalla Cassa di compensazione nella sua decisione su opposizione. Un dolore stimolato dal freddo non costituisce una situazione d'urgenza, perché la semplice soluzione, non di carattere medico, dell'evitare di mangiare cibi freddi o bere bevande altrettanto fredde, fa scomparire il dolore, che quindi non è spontaneo né tanto meno continuo. Il dolore al freddo di cui si è lamentato il ricorrente non può dunque essere considerato come una situazione di urgenza che giustifica l'intervento, altrettanto d'urgenza, di un dentista, per alleviarlo. Inoltre, la curante ha proceduto direttamente con un'otturazione definitiva del dente n. 12, che però non può essere ritenuta, per definizione, una misura d'urgenza, nemmeno se lo stato dentale suggeriva, a suo dire, di scavalcare l'otturazione provvisoria e procedere direttamente con quella definitiva per contenere i costi. Quest'ultima soluzione è stata ammessa dai consulenti della Cassa di compensazione laddove, come nel caso del ricorrente, il piano terapeutico la prevedeva per curare il suo dente, ma l'hanno in specie criticata, sostenendo che questo ulteriore trattamento conservativo non dava sufficiente garanzia di durata e quindi non poteva essere considerato adeguato né economico, come lo è invece un'estrazione, in quanto la carie risultava particolarmente estesa e profonda (doc. XII/1). Semmai, una soluzione semplice e provvisoria, come richiesto anche dalle Raccomandazioni dell'AMDCS, poteva essere un'otturazione per l'appunto provvisoria o, nel caso in cui il dolore era stimolato anche soltanto da cibi o bevande lievemente freddi, in alternativa, una semplice estirpazione del nervo (pulpectomia o pulpotomia), essendo di per sé sufficiente per lenire il dolore. Questa terapia avrebbe frattanto permesso all'odontoiatra di guadagnare tempo nell'attesa di ricevere una risposta alla richiesta che avrebbe dovuto inoltrare alla Cassa per ottenere l'autorizzazione per proseguire con il piano di cure. Riguardo al dente n. 13, è chiaro che già solo analizzando la fattura del 15 marzo 2022 non è possibile concludere per un intervento avvenuto in urgenza. La durata delle cure prestate dalla dentista su questo elemento (cura canalare), che si è protratta per due mesi, prova senza alcun dubbio che non si è trattato di una terapia d'urgenza e che, una volta lenito il dolore nella prima seduta occorsa in data 19 gennaio 2022 (posizione 4.4400: estirpazione della polpa), le fasi successive di cura avvenute nelle due sedute successive sarebbero dovute essere accordate dalla Cassa e quindi occorreva attendere prima di poterle eseguire. Inoltre, la soluzione adottata dalla dr.ssa med. dent. _____, ossia una cura canalare, ha richiesto tre appuntamenti con il paziente, ciò che manifestamente esula dall'essere un intervento unico e puntuale quale è, per contro, una misura d'urgenza. In altre parole, il trattamento d'urgenza può essere riconosciuto nella sola manovra di pulpotomia (posizione 4.4020: estirpazione della parte coronale della polpa del dente), come suggerito dalla Commissione medico dentistica o, in alternativa, nella pulpectomia (posizione 4.4400: estirpazione della polpa camerale e canalare) come è stato eseguito dalla curante. La pulpotomia, rispettivamente la pulpectomia, è il primo passo della terapia canalare, che rientra nel trattamento d'urgenza perché elimina il dolore e, nel caso concreto, avrebbe permesso di attendere il tempo necessario per postulare alla Cassa di compensazione la garanzia della copertura dei costi per poi continuare la cura canalare. 2.9. In conclusione, le prestazioni effettuate dalla dentista curante sugli elementi dentari 12 e 13 del ricorrente nel periodo dal 23 dicembre 2021 al 15 marzo 2022, contrariamente a quanto indicato sulla relativa fattura, costituiscono dunque soltanto parzialmente delle misure d'urgenza. Di conseguenza, questi trattamenti non possono essere riconosciuti integralmente dalla Cassa

cantonale di compensazione, non avendo essa potuto preventivamente pronunciarsi sul carattere semplice, adeguato ed economico del piano terapeutico adottato dalla dr.ssa med. dent. _____ e dunque non ha potuto fornire, come d'obbligo per gli interventi dentari non urgenti, la garanzia di presa a carico dei relativi costi. Riassumendo, per quanto riguarda il dente n. 12, non può essere accettata l'otturazione definitiva non costituendo essa un trattamento d'urgenza. Gli interventi sul dente n. 13 vanno invece riconosciuti soltanto nell'estirpazione della polpa (posizione: 4.4400). Non v'è invece nulla da obiettare sull'estrazione effettuata dalla curante del dente n. 17, trattandosi di una terapia d'urgenza, intervento correttamente già riconosciuto dalla Cassa cantonale di compensazione. Da quanto precede discende che la decisione impugnata va pertanto annullata e il ricorso parzialmente accolto, nel senso che gli atti vanno rinviati alla Cassa cantonale di compensazione affinché riconosca all'assicurato anche il costo della sola estirpazione pulpare effettuata sul dente n. 13. Non si dà pertanto seguito alla richiesta dell'assicurato di sottoporre la problematica in esame al parere di un perito indipendente, non essendo qui ora necessario stabilire quale soluzione terapeutica, fra quelle adottate dal dentista curante e quelle proposte dai medici consulenti della Cassa, era più semplice, adeguata ed economica (doc. XIV pag. 2). Infine, non è compito di questo Tribunale ordinare l'erezione di una perizia esterna, come postulato dall'insorgente nel suo ultimo scritto (doc. XIV), " che spieghi come continuare la cura e se del caso, la continuazione della cura con previsione di una protesi, così come previsto dalle raccomandazioni VKSZ. " (pag. 3). Benché parzialmente vincente in causa, al ricorrente non vanno riconosciute ripetibili non essendo patrocinato (art. 61 lett. g LPGGA). Inoltre, portando il ricorso sulla richiesta di prestazioni complementari, non gli si accollano delle spese, non avendo il legislatore previsto di prelevarle (art. 61 lett. f bis LPGGA). Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

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