

TI_GERICHTE 36.2002.49 vom 11. Juni 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-06-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.49

FR: TI_GERICHTE 36.2002.49 du 11 juin 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2002.49 del 11 giugno 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 2

anemia aplastica grave,

E. 2.8

Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 p. 95). Per quel che riguarda il medico curante, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in caso dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), STFA del 27 dicembre 2001 nella causa P., I 603/01; cfr. U. Meyer■Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. Ove vi fossero rapporti medici contraddittori, il giudice non può liquidare il caso senza valutare il materiale probatorio nel suo insieme e indicare le

ragioni per le quali si fonda su una tesi piuttosto che su un'altra. Per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico, si deve accertare se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce a esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto conoscendo la pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e se le conclusioni cui perviene sono fondate (DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti ivi citati). Elemento determinante dal profilo probatorio, non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio richiesto sotto la qualifica di rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Va ancora aggiunto come, a proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). 2.9. Da quanto sopra emerge chiaramente che perlomeno una parte degli interventi subiti da _____ ad opera del Dr. med. _____ erano necessari per conseguire le cure mediche in caso di radioterapia o chemioterapia di un trattamento immunosoppressore a vita, conformemente a quanto prevede l'art. 19 OPre. Ciò viene in particolare confermato dal medico curante dell'insorgente, Dr. med. _____, FMH in medicina interna e oncologia - ematologia, il quale ha affermato che " sottoporre la paziente a un trattamento, sia alla chemioterapia che alla radioterapia non sarebbe stato possibile senza un sanamento dei focolai dentali ." Inoltre " il tipo istologico della malattia, trasformandosi da linfoma a basso grado di malignità in linfoma ad alto grado di malignità non avrebbe permesso un trattamento senza il risanamento dei focolai dentali infettivi " e " da un punto di vista oncologico non vi è dubbio che un trattamento dentario, a risanamento di focolai infettivi era da considerarsi indispensabile ." (doc. _) Il medico tuttavia non è "in grado di valutare se tutte le cure a cui è sottoposta la _____ siano da considerare in questa categoria ." (doc. _) Anche il medico fiduciario della Cassa, sulla base delle risposte date dal Dr. _____, afferma che nel caso concreto l'art. 19 OPre eventualmente, pur se in modo limitato, trova applicazione, aggiungendo che di regola, tuttavia, ciò avviene prima dell'intervento medico che implica un trattamento immunosoppressore (trapianto). Lo specialista afferma inoltre che "se la diagnosi della malattia sistemica fosse stata nota, la possibilità di un OP (nдр: obbligo di prestazione) della cassa malattia conformemente alla LAMal avrebbe dovuto essere riconosciuta e chiarita. Probabilmente, la manifestazione della malattia dentaria, quale normale parodontite dell'età adulta di medi gravità e le rispettive correlazioni con gli interventi terapeutici, non hanno dato luogo ad un chiarimento più approfondito" (doc. _). Va qui sottolineato, come rammenta il Dr. _____ della Cassa, che il medico dentista di _____ ha sin dall'inizio escluso l'intervento della LAMal, ma non è stato soddisfacente per quanto concerne le risposte alle domande poste dal TCA. Del resto, da quanto afferma il medico fiduciario, non è chiaro se il Dr. _____ avesse o meno a disposizione tutta la documentazione per stabilire se l'intervento effettuato su _____ fosse stato effettivamente necessario al conseguimento delle cure mediche in caso di cure radioterapiche e chemioterapiche. Determinanti sono tuttavia le valutazioni del medico curante Dott. _____ e del medico fiduciario della Cassa Dr. _____ i quali convengono entrambi che perlomeno per quanto concerne l'applicazione dell'art. 19 OPre

nel caso di specie vi è uno spazio per l'intervento della Cassa malati, pur non precisando in quale misura. Inoltre, mentre il primo fa riferimento all'art. 19 lett. c OPre, il secondo si riferisce all'art. 19b OPre (= 19 lett. b?). Per cui, a mente di questo TCA, è stabilito, con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 nella causa B., C 49/00, consid. 2c; STFA del 22 agosto 2000 nella causa B., C 116/00, consid. 2b; STFA del 23 dicembre 1999 nella causa F., C 341/98, consid. 3; SZS 1993 pag. 106 consid. 3a; RCC 1986 pag. 202 consid. 2c, RCC 1984 pag. 468 consid. 3b, RCC 1983 pag. 250 consid. 2b; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung", in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 31-32; Scartazzini, "Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale", Basilea 1991, pag. 63), che alcuni interventi effettuati nel corso del 2000 ad opera del Dr. _____ tendenti al risanamento dei focolai infetti sarebbero stati da eseguire prima della cura radio e chemioterapica ad opera del Dr. _____. Ritenuto però che non è chiaro quali interventi erano necessari, l'incarto va rinviato alla Cassa affinché, previo nuovo accertamento del caso, determini in quale misura gli interventi effettuati dal Dr. _____ di _____ erano necessari al conseguimento delle cure mediche in caso di interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita, rispettivamente in caso di radioterapia o chemioterapia della patologia maligna (art. 19 lett. b e c OPre). Circa l'art. 17 OPre va invece sottolineato che il medico fiduciario della Cassa esclude senza esitazioni l'ipotesi dall'art. 17 lett. b cifra 3 OPre poiché " di regola la terapia immunosoppressiva non ha conseguenze dirette sui denti e sul tessuto sano di sostegno dei denti. Richiede tuttavia una situazione parodontale risanata ed un'igiene orale impeccabile onde evitare un possibile peggioramento di problemi parodontali esistenti." (doc. _) Questa opinione sembra essere condivisa dal Dr. _____ (" Im Prinzip wird Parodontitis nicht durch Radio- und Chemotherapie verursacht ", doc. _) Tuttavia, come visto in precedenza al consid. 2.6, in DTF 127 V 339 il TFA ha evidenziato come " Zudem ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass nach Meinung des PD Dr. med. O., Chefarzt Onkozentrum Y, die Chemotherapie zu Parodontose führen kann. Diese Auffassung vertreten auch der von der Beschwerdegegnerin als Vertrauensarzt beigezogene Prof. Dr. med. H. sowie die vom Eidg. Versicherungsgericht mit der Erstellung eines Grundsatzgutachtens beauftragten Experten ." In concreto dagli atti dell'incarto non risulta chiaramente se anche prima del 2000 la paziente ha subito una cura chemioterapica ad opera di altri medici, come sembrerebbe emergere sia dal ricorso laddove viene indicato che "le cure chemioterapiche in precedenza instaurate hanno cagionato degli effetti secondari e irreversibili dovuti a medicinali dell'apparato masticatorio " (doc. _), sia dalla lettera del 16 gennaio 2001 del Dr. _____ che invoca l'applicazione degli art. 17 lett. b cifra 3 e lett. c cifra 2 (doc. _, cfr. anche doc. _). Del resto il medico dentista curante afferma tra l'altro che " die Krankheit der Patientin und die dazugehörige Therapie könnte meiner Ansicht nach doch einen Einfluss auf den Verlauf der Parodontitis und ihre Folgen gehabt haben " (doc. _) Per cui, contrariamente a quanto sostiene il medico fiduciario, non può essere escluso a priori che il trattamento cui è stata sottoposta l'assicurata precedentemente all'intervento odontoiatrico del 2000 abbia portato all'insorgere della malattia per la quale l'interessata è stata trattata dal Dr. _____. Anche in questo caso, tuttavia, s'impongono ulteriori accertamenti. In particolare, la Cassa dovrà stabilire da una parte se i problemi parodontali erano già preesistenti all'inizio della cura oncologica oppure se essi sono la

conseguenza dei trattamenti effettuati e, in tal caso, se la patologia parodontale è irreversibile e se poteva essere evitata tramite una corretta igiene dentale. Circa l'art. 17 lett. c cifra 2 l'amministrazione dovrà invece stabilire se il tumore maligno del collo ha avuto come conseguenza una malattia dei mascellari o dei tessuti molli e se l'intervento del Dr. _____ che ha diagnosticato una " nekrotische Parodontitis (...) mit massiven Weichgewebe-und Knochendestruktion" (cfr. doc. __, sottolineature del redattore), ha portato anche sul trattamento di una patologia dei mascellari e dei tessuti molli. Infine, per quanto concerne l'art. 18 Opre, va sottolineato che il medico fiduciario afferma che ci si trova nella situazione descritta all'art. 18 lett. a cifra 3, ma esclude una sua applicazione in quanto " il successo della terapia parodontale effettuata fa concludere ad una causa puramente esogena (esterna) della cosiddetta malattia evitabile della dentatura dovuta ad un manco prolungato di igiene orale adeguata ." (doc. __) Questo TCA non condivide l'opinione della Cassa, nella misura in cui, in concreto, occorre innanzitutto accertare se effettivamente, prima di iniziare il trattamento presso il medico zurighese, l'igiene boccale della ricorrente non era ottimale, come pretende l'assicuratore. Per cui anche su questo punto il gravame va accolto e l'incarto rinviato alla Cassa affinché accerti, interpellando i medici dentisti che hanno avuto in cura l'assicurata precedentemente l'intervento del 2000 e se del caso facendo esperire una perizia, se in concreto le affezioni dentarie sono state provocate dalla malattia sistemica di cui soffre l'assicurata oppure da una mancanza di igiene boccale. Per cui, a mente di questo TCA, nel caso di specie possono entrare in considerazione sia l'art. 19 lett. b rispettivamente c Opre, sia l'art. 18 lett. a cifra 3 che l'art. 17 lett. b cifra 3 rispettivamente lett. c cifra 2 OPre. Stabilito l'obbligo della Cassa di assumersi i costi necessari al conseguimento delle cure mediche in caso di radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna giusta l'art. 19 lett. b e c OPre, considerato che il linfoma non hodgkin è una forma di malattia leucemica prevista dall'art. 18 lett. a cifra 3 OPre e rilevato che la chemioterapia può portare ad una parodontosi (art. 17 lett. b cifra 3 OPre, DTF 127 V 339), l'incarto va rinviato alla Cassa per gli accertamenti sopra indicati (cfr. per un rinvio all'amministrazione per effettuare un complemento istruttorio la STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 19 dicembre 2001 nella causa M., K 39/98). L'istituto assicuratore dovrà poi esprimersi sull'estensione del diritto a prestazioni conformemente ai principi di efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal, cfr. anche STFA del 19 dicembre 2001 nella causa M., K 39/98 e DTF 127 V 339). Circa la tariffa applicabile va qui tuttavia rammentato che la Cassa è tenuta a pagare l'intervento unicamente secondo l'ammontare del punto tariffale convenuto in applicazione della LAMal e non secondo la tariffa privata, come rettamente affermato più volte in corso di causa dall'assicuratore. Alla luce di quanto esposto, ulteriori accertamenti, quali perizie e la deposizione dei med. dent. _____ e _____ si rivelano superflui, dovendo la Cassa procedere direttamente agli accertamenti. 2.10. Nel proprio ricorso l'assicurata ha protestato le ripetibili (cfr. doc. __). La procedura ricorsuale è retta dal diritto cantonale. Tuttavia essa deve soddisfare determinati requisiti (cfr. art. 87 vLAMal e nuovo art. 61 LPGa). Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (cfr. art. 22 della legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni [LPTCA]; vedasi per la regola e le eccezioni: DTF 112 V 86 consid. 4; DTF 110 V 81 consid. 7; DTF 105 V 89 consid. 4; DTF 105 Ia 122 e DTF 99 Ia 580 consid. 4; Susanne Leuzinger-Naef, "Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltliche Rechtsbeistand in Sozialversicherungsrecht", in SZS 1991 pag. 180 ss).

L'Alta Corte riconosce un'indennità per ripetibili anche quando il patrocinio é assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata (cfr. STFA del 13 gennaio 2000 nella causa K., U 284/99, consid. 6; DTF 126 V 11; RDAT II-1993, N. 67; RCC 1992 pag. 433 consid. 2a; RCC 1985 pag. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329). Nel caso concreto, parzialmente vincente in causa, _____ é rappresentata dal signor _____, il quale, visti i numerosi ricorsi in qualità di patrocinatore presentati a questo TCA, va ritenuto persona qualificata per la questione giuridica considerata. L'assicurata ha dunque diritto a ripetibili.

E. 3

leucemie,

E. 4

sindromi mielodisplastiche (SMD),

E. 5

diatesi emorragiche.

E. 6

sindrome pre-leucemica,

E. 7

granulocitopenia cronica,

E. 8

sindrome del «lazy-leucocyte»,

E. 9

diatesi emorragiche; b. malattie del metabolismo: 1. acromegalia, 2. iperparatiroidismo, 3. ipoparatiroidismo idiopatico, 4. ipofosfatasi (rachitismo genetico dovuto ad una resistenza alla vitamina D); c. altre malattie: 1. poliartrite cronica con lesione ai mascellari, 2. morbo di Bechterew con lesione ai mascellari, 3. artrite psoriatca con lesione ai mascellari, 4. sindrome di Papillon-Lefèvre, 5. sclerodermia, 6. AIDS, 7. psicopatie gravi con lesione consecutiva grave della funzione masticatoria; d. malattie delle ghiandole salivari; Con l'ordinanza del 2 luglio 2002 è stato introdotto il cpv. 2 secondo il quale le spese delle prestazioni di cui al capoverso 1 vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. L'elenco come detto è esaustivo. Per cui la Cassa è tenuta ad assumersi i costi dell'intervento unicamente se l'assicurato soffre di una delle patologie elencate. Gli art. 18 e 19 OPre regolamentano due ipotesi diverse previste dall'art. 31 LAMal. L'art. 19 OPre si riferisce alle cure dentarie che si rivelano necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica e che sono sostanzialmente applicate prima della terapia vera e propria della malattia sistemica. L'art. 18 OPre si applica invece alle cure dentarie eseguite posteriormente alla cura di una delle malattie sistemiche in esso elencate, ad affezioni dentarie da questa provocate (art 31 lett. b LAMal). In questo senso anche la giurisprudenza (STFA 19 dicembre 2001 nella causa M.) dove l'Alta Corte così si è espressa: "(...) In sostanza, la Corte cantonale ha correttamente ritenuto inapplicabile la norma dell'art. 19 OPre nella sua versione determinante, valida fino al 31 dicembre 1998 (DTF 121 V 366 consid. 1b e riferimenti). Pur non limitandosi tale disposto a regolamentare solo gli interventi antecedenti, bensì garantendo in generale

un'assistenza completa (quindi anche ricostruttiva) se la cura dentaria era necessaria al trattamento di una delle gravi malattie sistemiche contemplate dalla norma (cfr. DTF 124 V 199 consid. 2d; Gebhard Eugster, *Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG*, in: LAMal ■ KVG, *Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances*, Losanna 1997. pag. 243), va osservato che siffatta condizione non si realizza in concreto, in quanto i trattamenti dentari in questione ■ a differenza della fattispecie regolata in DTF 124 V 196 segg., concernente una domanda di ricostruzione dentaria che faceva seguito a un intervento di estrazione necessario ai fini di una sostituzione di una valvola cardiaca ■ non risultano essere (stati) necessari per le cure della grave malattia che aveva colpito l'interessato. Si deve pertanto ritenere che le affezioni riscontrate sono unicamente conseguenza della malattia rispettivamente dei suoi postumi. Per completezza si osserva che tale valutazione non modifica nemmeno il nuovo testo di ordinanza, in vigore dal 1° gennaio 1999. (...)"

2.5. Infine, secondo l'art. 17 OPre l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle seguenti malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal). La condizione è che l'affezione abbia il carattere di malattia; la cura va assunta dall'assicurazione solo in quanto la malattia lo esiga: "(...) b. malattie del parodonto (parodontopatie). 1. parodontite prepuberale, 2. parodontite giovanile progressiva, 3. effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali; c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli: 1. tumori benigni dei mascellari, della mucosa e lesioni pseudo-tumorali, 2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo, 3. osteopatie dei mascellari, 4. cisti (senza legami con elementi dentari), 5. osteomieliti dei mascellari; (...)"

A questo proposito il TFA, nella già citata sentenza M. del 19 dicembre 2001, si è così espresso: "(...) b) Per quanto qui d'interesse, gli esperti consultati, richiesti di esprimersi sul concetto di malattia previsto dalla norma d'ordinanza, hanno rilevato la necessità di distinguere le affezioni gravi dell'apparato masticatorio da quelle non gravi ed evidenziato che l'OPre giustamente si limita a riconoscere solo per le prime, quelle appunto di rilevanza patologica, un obbligo di prestazione. Il Tribunale federale delle assicurazioni, come già avuto modo di pronunciarsi in due recenti vertenze (sentenze del 28 settembre 2001 in re J., K 78/98, e del 19 settembre 2001 in re M., K 73/98, entrambe destinate alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale), associandosi alle considerazioni degli esperti, ne conclude che il concetto di malattia ai sensi dell'art. 17 OPre non è identico a quello altrimenti valido in ambito LAMal (art. 2 cpv. 1), il primo dovendosi qualificare per dare maggiore rilievo al requisito di gravità esatto dal legislatore in caso di trattamento dentario. c) La norma in esame offre due appigli ai fini di un'assunzione a carico dell'assicurazione di base delle spese di trattamento dentario connesse con la trattazione di affezioni tumorali maligne. Così, come ha appena osservato questa Corte, da un lato possono ricadere sotto il disposto dell'art. 17 lett. b, terza cifra, OPre le cure dentarie rese necessarie a seguito di un trattamento di chemioterapia originante malattie del parodonto (parodontopatie), tali affezioni potendo essere considerate effetti secondari irreversibili di medicinali (cfr. sentenza citata del 28 settembre 2001 in re J.). Dall'altro, contrariamente a quanto ritenuto dal Tribunale cantonale, il trattamento di affezioni dentarie conseguenti alla cura di tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo può essere posto a carico dell'assicurazione obbligatoria in applicazione diretta della lett. c, seconda cifra, OPre, anche se il danno dentario non è stato provocato (direttamente) dal tumore in quanto tale, bensì dalle cure instaurate per il trattamento di tale malattia (sentenza del 14 dicembre 2001 in re V., K 104/99). 5.- Nell'evenienza concreta, è incontestato che il linfoma non hodgkin costituisca

un tumore maligno del collo. Allo stesso modo, è pacifico che le cure instaurate per il trattamento di tale male abbiano dato luogo a lesioni dentarie multiple, nonché ad affezioni parodontali. Ora, in considerazione dei principi giurisprudenziali suesposti, si giustifica di rinviare gli atti alla Cassa affinché, previo nuovo accertamento del caso, determini in quale misura le affezioni dentarie e parodontali accusate dal ricorrente siano da qualificare conseguenza della grave malattia o comunque siano da ricondurre agli effetti delle cure instaurate per il suo trattamento e, posta questa premessa, indichi quali interventi prospettati dal medico curante siano definiti alla cura di tali affezioni. Esaminato in particolare il requisito di causalità - che gli atti all'inserto non sembrano comunque mettere in dubbio -, l'istituto assicuratore dovrà esprimersi sull'estensione del diritto a prestazioni, conformemente ai principi di efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal)." 2.6. Recentemente il TFA ha emanato diverse sentenze concernenti l'applicazione degli art. 17-19 Opre. Oltre alle decisioni indicate in precedenza, l'Alta Corte, in data 28 settembre 2001 ha stabilito che al fine di determinare se le spese di cura di una parodontopatia addebitabile a una chemioterapia di una patologia maligna debbano essere assunte a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, dev'essere esaminato se l'affezione in questione costituisca un effetto secondario irreversibile dovuto a medicinali ai sensi dell'art. 17 lett. b cifra 3 OPre (DTF 127 V 339 = SVR 2002, KV Nr. 26 pag. 91). In particolare, al consid. 7 (pag. 346), il TFA ha affermato: " (...) 7.- Vorliegend stellt sich die Frage, ob die Erkrankung des Zahnhalteapparates, unter welcher die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen leidet, nicht unter Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV zu subsumieren ist. Auffälligerweise sind weder die Parteien noch die Vorinstanz auf diese Bestimmung aufmerksam geworden. Auch das BSV, das von der Vorinstanz auf den Umfang von Art. 18 KLV angesprochen worden ist, hat diese Bestimmung nicht erwähnt. Der Grund dürfte darin liegen, dass die Regelung nicht auf den ersten Blick als klar erscheint. Während die übrigen Ziffern (in lit. a deren zwei, in lit. b deren weitere zwei, in lit. c deren fünf, in lit. d deren drei, in lit. e deren zwei und in lit. f deren drei, insgesamt somit 18 Ziffern) allesamt Erkrankungen oder Dysgnathien mit Krankheitswert aufzählen, nennt lit. b Ziff. 3 keine Erkrankung. Die Rede ist lediglich von irreversiblen Nebenwirkungen von Medikamenten. Im Zusammenhang mit der Unterüberschrift von lit. b "Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien)" und den Ziffern 1 und 2, nämlich Ziff. 1, welche die präpubertäre Parodontitis, und Ziff. 2, welche die juvenile, progressive Parodontitis nennen, drängt sich jedoch der Schluss auf, dass auch Ziff. 3 eine Parodontitis im Auge hat, nämlich eine durch irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten verursachte Parodontitis. Diese Interpretation verdient vor jeder anderen denkbaren Auslegung den Vorzug. Insbesondere vermöchte nicht zu befriedigen, die genannte Bestimmung von Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV als systematisch falsch eingeordnet und als in Art. 18 KLV gehörend zu bezeichnen. Eine solche Interpretation gelänge nur durch die Bejahung eines systematischen Fehlers bei der Gesetzgebung, wobei dann aber noch ein zweiter Fehler zu überspringen wäre, nämlich dass eine Bezeichnung der schweren Allgemeinerkrankung immer noch fehlen würde, die nach Art. 18 KLV doch genannt sein müsste. Bei der dargelegten Interpretation dagegen ist nicht von einer eigentlich fehlerhaften Gesetzgebung auszugehen, sondern lediglich von einer nicht ohne weiteres verständlichen. Die dargelegte Interpretation führt zu einem vernünftigen Sinn. Zudem ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass nach Meinung des PD Dr. med. O., Chefarzt Onkzentrum Y, die Chemotherapie zu Parodontose führen kann. Diese Auffassung vertreten auch der von der Beschwerdegegnerin als Vertrauensarzt beigezogene Prof. Dr. Dr. med. H. sowie die vom

Eidg. Versicherungsgericht mit der Erstellung eines Grundsatzgutachtens beauftragten Experten . 8.- Fallen somit zahnärztliche Behandlungen von Parodontopathien als Folge von irreversiblen Nebenwirkungen von Medikamenten grundsätzlich unter die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung, so hat die Kasse im Sinne der Erwägungen abzuklären, ob und inwieweit die Parodontopathie sowie die Zahnextraktion der Beschwerdeführerin als Folge der Chemotherapie ihres malignen Leidens gemäss Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV zu betrachten sind. Nach Prüfung der Voraussetzungen der Kausalität und der Irreversibilität wird sie über ihre Leistungen neu zu verfügen haben, wobei zu beachten ist, dass sich der Umfang einer allfälligen Leistungspflicht in jedem Fall nach den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu richten hat (Art. 32 Abs. 1 KVG) ." (sottolineature del redattore) In data 27 febbraio 2002, nella causa S. (K 146/00), il TFA ha affermato: " (...) Indem Gesetz und Verordnung ausdrücklich als Ursache der zahnärztlichen Behandlung auch die Folgen einer schweren Allgemeinerkrankung nennen, drängt sich der Schluss auf, dass auch die Behandlung einer schweren Erkrankung als Folge derselben zu einer leistungspflichtigen zahnärztlichen Behandlung führen kann. Ist demzufolge die zahnärztliche Behandlung des Versicherten durch die medikamentöse Behandlung als Folge seiner schweren psychischen Erkrankung bedingt, fällt sie in den Pflichtleistungsbereich des Krankenversicherers. c) Die trotz regelmässiger Fluoridierung und guter Mundhygiene exponentiell verlaufende floride Schmelz/Dentin/Zementkaries an sämtlichen Zähnen des Versicherten ist gemäss Berichten des behandelnden Zahnarztes Dr. med. dent. T._____ vom 24. Januar 1999 und 21. September 2000 eine Folge der aus der medikamentösen Behandlung der Depression resultierenden Xerostomie (Mundtrockenheit). Die flächigen Abrasionen und Frontzahnfrakturen seien sodann auf Karies und insbesondere auf den massiven Bruxismus (Zähneknirschen) zurückzuführen. Gestützt auf diese schlüssigen Berichte ist demzufolge mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Zahnschäden durch die schwere psychische Erkrankung und ihre Folgen verursacht worden und trotz genügender Mundhygiene nicht vermeidbar gewesen sind. Die Kosten der notfallmässig bereits durchgeführten Zahnbehandlung sowie der gemäss Kostenvoranschlag vom 24. Januar 1999 geplanten Weiterführung dieser Behandlung sind demzufolge von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. (...)" Lo stesso giorno, nella causa G. (K 139/99), pubblicata in RAMI 2002 pag. 157, l'Alta Corte ha deciso: " (...) a) Art. 31 Abs. KLV in 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV löst, obschon in diesen Bestimmungen nicht ausdrücklich erwähnt, analog zu Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Pflichtleistungen aus. Zu betonen ist dabei, dass nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung unvermeidbar gewesen sein muss. Dies geht einerseits aus der parlamentarischen Debatte über Art. 31 KVG hervor, bei der die Mehrheit in den Räten die Auffassung vertrat, dass vermeidbare Erkrankungen des Kausystems, wie Karies, generell nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehören (vgl. Amtl. Bull. 1992 S 1301 f.; Amtl. Bull. 1993 N 1843 f.). Andererseits ergeben auch Sinn und Zweck der Verordnungsbestimmung, dass der Grund für die Zuordnung zu den Pflichtleistungen darin zu sehen ist, dass die versicherte Person für die Kosten der zahnärztlichen Behandlung dann nicht voll aufkommen muss, wenn sie an einer nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems leidet, die durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1

KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 239 f.). Dieser Auslegung liegt somit der Gedanke zu Grunde, dass von einer versicherten Person eine genügende Mundhygiene erwartet wird. Diese verlangt Anstrengungen in Form täglicher Verrichtungen, namentlich die Reinigung der Zähne, die Selbstkontrolle der Zähne, soweit dem Laien möglich, des Ganges zum Zahnarzt, wenn sich Auffälligkeiten am Kausystem zeigen, sowie periodischer Kontrollen und Behandlungen durch den Zahnarzt (einschliesslich einer periodischen professionellen Dentalhygiene). Sie richtet sich nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde (vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehenes Urteil I. vom 29. Januar 2002, K 106/99) b) Unter vermeidbar im Sinne der obigen Ausführungen fällt alles, was durch eine genügende Mundhygiene vermieden werden könnte. Abzustellen ist dabei grundsätzlich auf eine objektive Vermeidbarkeit der Kausystemerkrankung. Massgebend ist demzufolge, ob beispielsweise Karies oder Parodontitis hätte vermieden werden können, wenn die Mundhygiene genügend gewesen wäre, dies ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist (vgl. Gebhard Eugster, a.a.O., S. 251; zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehenes Urteil I. vom 29. Januar 2002, K 106/99). 5.- a) Der Beschwerdegegner, unterstützt durch den ihn behandelnden Zahnarzt Dr. med. dent. F. _____, führt die Notwendigkeit der Gebissanierung auf die wegen seiner schweren Depression unterbliebene Mundhygiene zurück. Ohne näher darauf einzugehen, ob vorliegend die Voraussetzungen einer schweren psychischen Erkrankung und einer konsekutiven schweren Beeinträchtigung der Kaufunktion erfüllt sind, ist klarzustellen, dass massgebend für eine allfällige Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Gründe für das Unterbleiben der genügenden Mundhygiene sind. Ist einem schwer psychisch Kranken die Durchführung einer genügenden Mundhygiene lediglich erschwert, rechtfertigt sich eine Leistungspflicht für eine daraus hervorgegangene schwere Beeinträchtigung der Kaufunktion nicht. Auch andern schwer Kranken sowie Alten und Gebrechlichen ist nämlich die Aufrechterhaltung der Mundhygiene erschwert, ohne dass sie sich bei deren Vernachlässigung auf eine Leistungspflicht für daraus entstandene Gebisschäden berufen könnten. Eine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine Beeinträchtigung der Kaufunktion zufolge Unterbleibens genügender Mundhygiene kann somit unter dem Gesichtswinkel rechtsgleicher Behandlung nur bei solchen Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen bejaht werden, bei denen eine genügende Mundhygiene aus Gründen dieser Krankheit verunmöglicht ist. In diesem Sinne äussert sich denn auch der von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO herausgegebene Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (SSO-Atlas, Definition, S. 145). Die Aufrechterhaltung genügender Mundhygiene kann verunmöglicht sein, wenn sich eine schwer psychisch kranke Person wegen ihres Unvermögens, die Notwendigkeit einer genügenden Mundhygiene zu erkennen, einer solchen widersetzt oder wenn die Durchführung einer genügenden Mundhygiene aus Gründen wie etwa der ernsthaften Verschlimmerung des psychischen Leidens während geraumer Zeit zu unterbleiben hat. Dabei ist bei schwer psychisch Kranken wie bei andern Kranken davon auszugehen, dass ihnen, soweit sich nicht Angehörige oder Bekannte um sie kümmern, die sozialen Hilfen (z.B. private oder öffentliche Fürsorge, unter Umständen vormundschaftliche Massnahmen) zur Verfügung stehen. b) Dem Beschwerdegegner war es nicht im oben dargelegten Sinne verunmöglicht, eine genügende Mundhygiene aufrecht zu erhalten. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte, wonach der Versicherte der Einsicht in die Notwendigkeit der

Mundhygiene nicht fähig gewesen wäre und sich ihr widersetzt hätte. Abgesehen davon, dass nach dem Gesagten das vom Versicherten geltend gemachte Unvermögen, den Zahnarzt aufzusuchen, eine Leistungspflicht nicht zu begründen vermöchte, ist ein solches auch gar nicht ausgenötigte Mundhygiene aufrechtzuerhalten und die Zähne pflegen und kontrollieren zu lassen, legt der behandelnde Zahnarzt in seinem Schreiben an den Krankenversicherer vom 20. September 1996 nicht dar. Soweit er dem Beschwerdegegner am 19. Juni 1997 bestätigt hat, dass er nicht mehr in der Lage gewesen sei, das Haus zu verlassen, um ihn, den Zahnarzt, aufzusuchen, kontrastiert dies mit dem Umstand, dass der Versicherte gemäss eigenen Ausführungen einen kleinen Landwirtschaftsbetrieb mit Tierhaltung führte. Auch für kranke und ältere Menschen ist es regelmässig beschwerlich, den Zahnarzt aufzusuchen, was indessen für den Gesetzgeber keinen Grund darstellt, bei Vernachlässigung der Mundhygiene deswegen Pflichtleistungen der Krankenkasse vorzusehen. Im Übrigen hat auch der Psychiater Dr. med. J. _____ in seinem Schreiben an die Krankenversicherung vom 16. November 1996 damit argumentiert, der Beschwerdegegner sei nicht mehr in der Lage gewesen, ihn, den Psychiater, und den Zahnarzt aufzusuchen, wohingegen er in seinem Schreiben an die Vorinstanz vom 13. August 1997 ausgeführt hat, die psychiatrische Behandlung sei seit Mai 1989 (Zeitpunkt des Erhalts der IV-Rente) eingestellt worden, nachdem das Leiden des Versicherten einigermaßen stabil geworden und eine weitere Besserung nicht mehr zu erreichen gewesen sei. Dies entspricht denn auch den Angaben des Beschwerdegegners im vorinstanzlichen Verfahren, wonach er die Behandlung beim Psychiater abgebrochen habe, als er keine Fortschritte mehr gemacht habe. 6.- a) Nach Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, die durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist. In Übereinstimmung damit setzt Art. 18 KLV diesbezüglich die Folgen einer schweren Allgemeinerkrankung der Erkrankung gleich. Ursache für die zahnärztliche Behandlung kann demnach die schwere Allgemeinerkrankung oder aber ihre Folge sein. Indem Gesetz und Verordnung ausdrücklich als Ursache der zahnärztlichen Behandlung auch die Folgen einer schweren Allgemeinerkrankung nennen, drängt sich der Schluss auf, dass auch die Behandlung einer schweren Erkrankung als Folge derselben zu einer leistungspflichtigen zahnärztlichen Behandlung führen kann. Ist demzufolge die zahnärztliche Behandlung des Versicherten durch die medikamentöse Behandlung als Folge seiner schweren psychischen Erkrankung bedingt, fällt sie in den Pflichtleistungsbereich des Krankenversicherers. b) Der behandelnde Zahnarzt hat am 20. September 1996 der Beschwerdeführerin auf deren Anfrage hin mitgeteilt, es entziehe sich seiner Kenntnis, ob allenfalls Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung der psychischen Erkrankung des Versicherten bei der Schädigung des Gebisses eine Rolle gespielt haben könnten. Diesbezüglich sei der behandelnde Arzt zu befragen. In den Akten finden sich keine Hinweise darauf, dass dies getan worden ist. Da bejahendenfalls eine Leistungspflicht gegeben wäre, sofern und soweit aus einer medizinischen Behandlung einer schweren psychischen Erkrankung eine schwere Beeinträchtigung der Kaufunktion der versicherten Person hervorgegangen wäre, ist die Sache an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit sie diese Abklärungen vornehme und über ihre Leistungspflicht neu verfüge." Vanno qui segnalate inoltre le sentenze del 29 gennaio 2002 nella causa I (K 106/99, SVR 2002, KV Nr. 43, pag. 157: " determinante è se, tramite un'igiene orale sufficiente e ammissibile, la malattia del sistema masticatorio avrebbe potuto essere evitata (consid. 6c); in tale contesto non ci si può avvalere della presunzione dell'evitabilità") e del 19 settembre 2001 pubblicata in DTF 127 V 328. 2.7.

Per quanto concerne il caso di specie, come visto in precedenza (cfr. consid. 1.1), l'insorgente ha chiesto l'assunzione dei costi di un intervento ai denti effettuato dal dr. _____. Il medico fiduciario della Cassa, Dr. _____, a proposito del citato intervento, ha affermato: " Ganz zuerst muss festgehalten werden: - dass keine irgendwelchen zahnmedizinischen Diagnosen und Behandlungsplanungsunterlagen vorliegen - dass hingegen eine Bescheinigung des Zahnarztes vorhanden ist, welche Pflichtleistungen verneint. Dieses Verdikt wird verstärkt durch den angewendeten Taxpunktwert von Fr. 4.-1TP. - dass die bis jetzt vorgenommenen zahnärztlichen Behandlungen primär nichts mit der allg. Grunderkrankung zu tun haben. - In Abschnitt 2 des Briefes der _____ vom 16.1.01 wird klar auf die medizinische Diagnose und deren Konsequenz (lebenslange medikamentöse Immunsuppression) hingewiesen. Damit kommt bezüglich KVG der Art. 19b KLV zum Tragen. Art. 17b3 kommt m. E. nicht in Frage, weil es sich sinngemäss nicht um die Behandlung direkter medikamentöser Nebenwirkungen gehandelt hat. Die Behandlung war vielmehr konservierend-endodontischer und kronen-brückentechnischer Natur unter spezieller Berücksichtigung schon lange bestehender massiver parodontaler Defekte, welche mit der ärztlichen Therapie in keinem Zusammenhang standen. (= Antwort auf Abschnitt Art. 17 KLV Ziffer b3 und c2 des Briefes von _____ vom 16. Jan. 2001). Art. 17c2 trifft m. E. ebenfalls nicht zu, da es sich nicht um eine zahnärztliche Behandlung von als direkte Folge der Grunderkrankung bzw. deren Therapie entstandenen Zahnschäden handelt. (= Antwort auf Abschnitt Art. 17 KLV Ziffer c2 des Briefes von _____ vom 16. Jan. 2001). Im Zusammenhang mit dem folgenden Abschnitt im bereits erwähnten Brief: "Ihre Versicherte wird übrigens weitere zahnärztliche Behandlungen benötigen, um Ihre Strahlen- und Chemotherapie weiterverfolgen zu können" ist folgendes zu bemerken: Gemäss Art. 19b KLV gehen grundsätzlich nur Herdsanierungen (sowie die nachträgliche Wiederherstellung einer durch diese Sanierung allenfalls beeinträchtigten Kaufähigkeit vor Radio-und/oder Chemo-therapien zu Lasten der Krankenkassen). Im Rahmen der bis heute erfolgten zahnärztlichen Behandlung wurden zwar in der Tat einzelne chronische Infektionsherde saniert (z.B. durch die Extraktion des Zahnes 46). Die Hemisektionen der Gegenseite dienten zwar ebenfalls der Sanierung eines schweren lokalen parodontalen Geschehens, führten aber durch die in diesem Zuge vorgenommenen Wurzelbehandlungen gleichzeitig zur Fernführung neuer potentieller Herde. Dies wäre deshalb im Sinne einer notwendigen Herdsanierung ganz sicher nicht die richtige Therapie gewesen. Dafür hätten beide Zähne 36 und 37 extrahiert und einer z. B. durch ein Implantat mit Krone ersetzt werden müssen. Dies wäre auch auf der Gegenseite die bessere Lösung gewesen als zwei praktisch unversehrte Zähne als Brückenpfeiler zu beschleifen. Ebenfalls im Sinne der anzustrebenden allgemeinen Herdsanierung hätten die beiden wurzelbehandelten oberen zweiten Molaren eher geopfert, als mit wahrscheinlich durch Einstückguss verbundenen Kronen versehen werden sollen. Dies um die parodontalen Überlebenschancen der beiden ersten oberen Molaren zu erhöhen. Evtl. hätte auf der linken Seite sogar eher der zweite als der erste Molar erhalten werden sollen. Dies ist jedoch ausschliesslich aufgrund von Rx ohne klinische Untersuchungsdaten nicht einwandfrei zu beurteilen. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die bis jetzt durchgeführte zahnärztliche Behandlung vermutlich weitgehend im Unwissen um die medizinische Problematik geplant wurde und keinen direkten Zusammenhang mit dieser aufweist. Damit entfällt eine Leistungspflicht nach KVG für die bereits durchgeführten zahnärztl. Behandlungen. Für zukünftige im Zusammenhang mit Radio-und/oder Chemotherapie stehende zahnärztliche Behandlungen wird die

zahnmedizinische Situation neu zu beurteilen sein und entsprechende Behandlungspläne und Kostenvoranschläge dem allfälligen Kostenträger vor Inangriffnahme der Arbeiten zu unterbreitet werden müssen. Empfehlung Leistungspflicht für die eingereichten zahnärztlichen Rechnungen ablehnen. Falls die Geschichte weitergehen sollte, müssten die bereits erfolgten zahnärztlichen Behandlungen Posten um Posten auseinandergenommen und darauf geprüft werden -welche davon zur Behebung der evtl. gesundheitsrelevanten chronischen Paro-infekte (als Herdsanierung) rotwendig waren." (doc. __, sottolineature del redattore) Con scritto 5 febbraio 2002 il Dr. _____ ha in pratica ribadito la propria presa di posizione (doc. __). Al fine di chiarire la fattispecie il TCA ha dapprima interpellato il Dr. med. dent. _____, che ha eseguito il trattamento nel 2000 e che ha escluso l'assunzione dei costi da parte della Cassa (cfr. doc. __): " (...) 1. a) Scopo e risultati del trattamento dentario eseguito nel 2000. b) Il trattamento eseguito nel corso del 2000 è in relazione (nesso causale) con la malattia di cui è affetta _____ oppure la causa del danno ai denti e la relativa cura è da ricondurre ad altri motivi ed in particolare ad un'affezione cariosa di cui _____ soffriva già in precedenza? 2. Le cure dentarie eseguite nel 2000 erano necessarie per il trattamento successivo della malattia che ha colpito _____? 3. a) Le cure dentarie si sono rese necessarie a seguito di un trattamento di chemioterapia/radioterapia originante malattie del parodonto (parodontopatie)? b) Oppure il danno dentario è stato provocato dalle cure instaurate per il trattamento della malattia di cui è affetta _____? 4. In allegato le trasmettiamo le prese di posizione del Dr. _____, medico di fiducia della Cassa malati (doc. __). Le chiediamo di prendere posizione in merito. Per conoscenza le trasmettiamo inoltre la lettera del 19 giugno 2001 del Dr. med. _____ alla Cassa (doc. __). 5. Osservazioni." (doc. __) Non conoscendo l'italiano, il professionista ha chiesto ed ottenuto la traduzione delle domande in tedesco (doc. __). Con risposta del 16 settembre 2002 il dentista ha affermato: " 1.a) Die Schmerzenbeseitigung und Wiederherstellung der Kaufähigkeit war Ziel meiner Behandlung. Bei der ersten Untersuchung wurde eine schmerzhaft, nekrotische Parodontitis diagnostiziert mit massiven Weichgewebe- und Knochendestruktion. Wunsch von der Patientin war so viele Zähne wie möglich zu erhalten. Dieses Ziel konnte nur erreicht werden wenn 1.) die Mitarbeit der Patientin in Bezug auf Mundhygiene vorhanden ist. 2.) die parodontale Vor- und Behandlung erfolgreich ist. 3.) die kariösen Läsionen entfernt werden 4.) die verschiedenen Wurzelbehandlungen abgeschlossen sind 5.) alle tiefen parodontalen Läsionen erfolgreich operativ saniert werden 6.) und anschliessend die verschiedenen Lücken mittels Kronen - und Brückenarbeiten geschlossen werden könnten. Dieses Ziel wurde im November 2000 erreicht. 1.b) Bakterien verursachen Karies und Parodontitis. Gewisse Krankheiten oder gestörtes Immunsystem können die Zerstörungsvorgänge beschleunigen. Da die durchgeführte Behandlung unterstützt von einer optimalen Mundhygiene zum Erfolg führte, kann ich nicht mit Sicherheit den direkten Zusammenhang mit der Krankheit von Frau _____ nachvollziehen. 2. Die im Jahre 2000 durchgeführten Behandlungen waren sicher nötig, ansonsten hätte die Patientin immer öfter unter akuten Schmerzen während ihrer Lymphom Behandlung gelitten. 3.a) Im Prinzip wird Parodontitis nicht durch Radio- und Chemotherapie verursacht. b) Die Immunsuppressive Therapie kann allerdings den Verlauf einer Krankheit wesentlich beeinflussen. Ob und wie stark der Einfluss dieser Therapie bei Frau _____ auf den Verlauf der Parodontitis war, kann ich leider nicht beweisen. 4.a) Der Wunsch der Patientin soviel Zähne wie möglich zu erhalten habe ich respektiert. Darum wurden sogar fragliche Molaren wurzelbehandelt, um mindestens

einzelne Wurzeln zu erhalten. Dr. _____ schlägt eine Implantat-Therapie vor, um alle möglichen Herde zu beseitigen. Dazu möchte ich Stellung nehmen und erwidern, dass Implantate auch potenzielle Herde gewesen wären. b) Die Krankheit der Patientin und die dazugehörige Therapie könnte meiner Ansicht nach doch einen Einfluss auf den Verlauf der Parodontitis und ihre Folgen gehabt haben. In Unkenntnis der Situation ihrer Mundhöhle vor dem Ausbruch der Krankheit, kann ich mich leider nicht eindeutig dazu äussern. 5. Auch wenn das Non-Hodgkin - Lymphom nicht unter die Leistungspflichten der Krankenkassen fällt, würde ich es begrüßen, wenn die Krankenversicherung sich mit der Patientin etwas kulanter zeigen könnte. Meine nach bestem Wissen und Gewissen durchgeführte Behandlung hat Frau _____ sicher zur besseren Lebensqualität verholfen." (doc. _) Sulla base delle risposte sopra riportate per esteso, il TCA ha chiesto al dr. med. _____ quanto segue: " 1. Lei è stato, rispettivamente è ancora, il medico curante di _____? In caso di risposta affermativa, da quando conosce la paziente e di quali malattie soffre? 2. In caso di risposta affermativa alla prima domanda, può precisare se le cure dentarie eseguite dal dottor _____ nel corso 2000, erano necessarie per le cure della malattia di cui soffre _____, ed in particolare per iniziare, rispettivamente continuare la chemioterapia e/o la radioterapia? In altre parole, la paziente avrebbe dovuto in ogni caso essere sottoposta alle cure dentarie effettuate dal dott. _____, per poter iniziare, rispettivamente continuare la chemioterapia e/o la radioterapia? In tal caso tutti gli interventi eseguiti dal dott. _____ erano necessari per iniziare, rispettivamente continuare la chemioterapia e/o la radioterapia? In caso di risposta negativa, indicare quali interventi erano necessari per la continuazione delle citate cure. Le chiediamo di voler motivare dettagliatamente tutte le risposte. 3. Osservazioni." (doc. _) Lo specialista FMH in medicina interna e oncologia - ematologia ha così risposto: " 1. (...) Conosco la Sig.ra _____ dal 1998 allorquando la vidi per una perizia ordinata dall'Assicurazione Invalidità. La rividi poi l'anno successivo allorquando si presentò come paziente. La paziente venne poi sottoposta a terapia nel marzo 2001 con una combinazione di chemioterapia e terapia immunologica. Vi è stata una buona risposta al trattamento, e attualmente persiste la remissione completa. La diagnosi esatta per cui è stata trattata la paziente è: - Linfoma non Hodgkin a basso grado di malignità IWF B stadio IV 1995 - Endoxan e Prednisone 1995-1996 - linfadenopatia massiccia al collo I/01 - Mabthera III-IV/01 - trasformazione istologica - progressione (IWF: G) - CH OP e Fludarabina: remissione completa V - VIII/ 01 - Talassemia minor - SD paresi a frigore viso - SD lesione legamenti caviglia sx 2. Sottoporre la paziente a un trattamento, sia alla chemioterapia che alla radioterapia non sarebbe stato possibile senza un sanamento dei focolai dentali. Questo atteggiamento è abituale nel trattamento di malattie che richiedono una cura intensiva o che richiedono una radioterapia nella regione del collo. Presso la Sig.ra _____ non è stato necessario, ma questo non si sarebbe potuto sapere prima, completare il trattamento con una radioterapia locale: la malattia iniziale interessava soprattutto la regione del collo fra l'orecchio sinistro e l'inizio del torace. Anatomicamente si designano questi linfonodi come angolari, sottomandibolari, sovraclaveari e del muscolo sternocleidomastoideo. L'estensione della malattia era tale da imporre un trattamento aggressivo. Il tipo istologico della malattia, trasformatosi da linfoma a basso grado di malignità in linfoma ad alto grado di malignità non avrebbe permesso un trattamento senza il risanamento dei focolai dentali infettivi. Da un punto di vista oncologico non vi è dubbio che un trattamento dentario, a risanamento di focolai infettivi era da considerarsi indispensabile. Non è mia competenza e non sono in grado di valutare se

tutte le cure a cui è stata sottoposta la _____ siano da considerare in questa categoria. Mi permetto a questo proposito di allegare diversi certificati inviati anche alla Cassa Malati che confermano le ragioni mediche, segnatamente oncologiche, a questo trattamento preventivo." (doc. __, sottolineature del redattore) In particolare dal certificato medico allegato del 14 dicembre 2001 risulta che: " (...) per sottoporsi alle cure chemioterapiche con cui è stata trattata avrebbe dovuto obbligatoriamente sottoporsi preventivamente a cure dentarie dei focolai infettivi. La paziente si è sottoposta in precedenza e spontaneamente a queste cure presso un dentista di _____. La Cassa Malati ha rifiutato il pagamento del trattamento da parte del dentista ritenendo che non vi fosse un legame fra l'affezione dentaria, le rispettive cure, e la malattia neoplastica. Personalmente dissento da questa interpretazione in quanto: le cure cui è stata sottoposta finora e cui dovrà sottoporsi in futuro la _____ sono: - chemioterapia ad alte dosi apiasianti (a questo proposito basterà vedere per quanto tempo è durata l'aplasia subentrata quest'autunno). - radioterapia nella regione del collo e quindi della mascella. La LAMAL prevede espressamente la copertura obbligatoria delle cure dentali prima di sottoporsi a trattamenti chemioterapici o radioterapici che possano alterare lo stato dentario o causare una pancitopenia e quindi un' immunospressione con conseguente pericolo d'infezione. La paziente rientra secondo me in questa categoria, le cure dentarie in cui è stata sottoposta erano indispensabili prima della chemioterapia. Con la presente certifico che senza un trattamento dentario la paziente non avrebbe potuto venire curata per il linfoma." (doc. __, sottolineature del redattore) Dallo scritto del 16 gennaio 2001 risulta che: " La Signora _____ ha quindi avuto bisogno di cure odontoiatriche dovute alla sua malattia e dovrà sottoporsi in futuro ad ulteriori trattamenti odontoiatrici per poter conseguire, come spiegato nella lettera del 20.11.2000, le cure mediche di cui necessita. A nostro giudizio sia per la localizzazione (opre 17 c.2.) che per le cure (LAMal 19.c.) le spese dentarie della _____ sottostanno agli obblighi di legge e possono venire considerati nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria. Vi chiediamo pertanto di voler gentilmente riesaminare questa richiesta ." (doc. __) Le parti sono state chiamate a presentare osservazioni in merito alle risultanze processuali. La Cassa, per il tramite del proprio medico fiduciario, ha affermato: " Risposta breve: 1) Il medico dentista curante non ha richiesto l'obbligo alle prestazioni (OP) alla cassa malati in questione. È stato addirittura annotato per iscritto che non sussiste alcun OP conformemente all'art. 31 LAMal. 2) Il trattamento è stato eseguito ed ultimato senza esaminare se sussisteva un eventuale obbligo di erogare prestazioni da parte dell'assicurazione e senza richiedere alla stessa di fornire una garanzia di copertura dei costi sul piano tecnico e finanziario. Ciò è da un lato sicuramente in contraddizione con il contratto di collaborazione fra la SSO e gli assicuratori malattie svizzeri, ma dall'altro rappresenta la conseguenza logica di quanto citato al punto 1. 3) La paziente ha inoltrato la fattura all'assicurazione, senza allegare ulteriori documenti, agire che non ha permesso in alcun modo di valutare la situazione di fatto. Sono stati allora richiesti i documenti corrispondenti. 4) Anche per quanto riguarda la seconda valutazione (18.04.01), non sussistevano nessuna diagnosi odontoiatrica, nessun piano di trattamento e nessuna documentazione valutativa atta a chiarire un eventuale obbligo alle prestazioni conformemente all'art. 31 LAMal. Esisteva per contro un attestato del medico dentista che negava un OP in base alla LAMal, diniego pure provato dal valore del punto tariffale utilizzato di Fr. 4.00 invece di Fr. 3.10. 5) Non è noto se il medico dentista fosse al corrente della malattia sistemica prima di iniziare il trattamento rispettivamente se potesse o se dovesse averne avuto conoscenza. In caso affermativo, egli avrebbe dovuto chiarire se sussisteva un eventuale obbligo alle prestazioni da parte della

cassa malati. È stata attirata per la prima volta l'attenzione sulla diagnosi medica e sulle relative conseguenze (trattamento immunosoppressore a vita) in una lettera d'accompagnamento dell'_____.

Non si sa se il medico dentista curante ne fosse al corrente. Ciò avrebbe dovuto essere il caso, se si fosse proceduto all'anamnesi medica necessaria obbligatoria prima di eseguire simili lavori. Sarebbe forse così entrato in linea di conto un OP conformemente alla LAMal, se ci fosse stata una stretta relazione temporale fra inizio del trattamento immunosoppressore e il risanamento della dentatura. I particolari al riguardo non mi sono tuttavia noti. La risposta a questa domanda può avere delle conseguenze assai drastiche. Se si presume che sussista un eventuale OP conformemente alla LAMal, il caso dev'essere imperativamente sottoposto alla cassa malati. Se però dovesse risultare in un secondo tempo che sussisteva un obbligo OP nonostante la supposizione del medico dentista curante, ciò può condurre a grosse difficoltà, poiché la cassa è tenuta ad erogare prestazioni solo nell'ambito dei criteri di efficacia, utilità ed economicità richiesti dalla legge, prestazioni che devono essere calcolate al punto tariffale convenuto per contratto di Fr. 3.10. Le prestazioni ed i prezzi superiori a questo punto tariffale possono, in un simile caso, solo essere addebitati privatamente all'assicurato, sempre che l'assicurazione fosse d'accordo con tale procedura e che avesse fornito una corrispondente garanzia di copertura dei costi pro forma.

6) Il trattamento avvenuto è stato eseguito, sia per quanto riguarda la scelta dei mezzi che per la tariffa applicata, alle condizioni previste per i pazienti privati. Di conseguenza, esso non soddisfaceva i criteri di efficacia, utilità ed economicità richiesti per i trattamenti conformemente a quanto prescritto dal diritto delle assicurazioni sociali, segnatamente quello dell'economicità. A tale proposito, non sussisteva tuttavia neppure un motivo in base alle condizioni contrattuali in vigore fra medico dentista e paziente.

7) Sulla scorta delle conoscenze attuali del caso, si sarebbe dovuto discutere un obbligo alle prestazioni conformemente ai sensi dell'art. 31 LAMal, prendendo in considerazione tre diversi aspetti (art. 17b3, art. 18a3 e art. 19b OPre). Le mie precedenti valutazioni sono giunte alla conclusione che il trattamento odontoiatrico non è stato eseguito tenendo conto in particolare della problematica della malattia sistemica.

8) Conformemente alla LAMal, si devono esaminare le tre possibilità seguenti:

a) Si tratta di una malattia grave dell'apparato masticatorio ? (art. 17 OPre) Possibilità: art. 17b3 - effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali Risposta: nel presente caso concreto: no Motivazione: di regola, la terapia immunosoppressiva non ha conseguenze dirette sui denti e sul tessuto sano di sostegno dei denti. Richiede tuttavia una situazione parodontale risanata ed un'igiene orale impeccabile onde evitare un possibile peggioramento di problemi parodontali esistenti.

b) Si tratta di postumi di una delle citate malattie sistemiche dell'apparato masticatorio ? (art. 18 OPre) Possibilità: art. 18a3 - leucemie (linfoma Non-Hodgkin quale forma di malattia leucemica) Risposta: nel presente caso concreto: probabilmente no Motivazione: il successo della terapia parodontale effettuata fa concludere ad una causa puramente esogena (esterna) della cosiddetta malattia evitabile della dentatura dovuta ad un manco prolungato di igiene orale adeguata.

c) È necessario il trattamento a sostegno/garanzia di una cura medica ? (art. 19 OPre) Possibilità: art. 19a - interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita Risposta: nel presente caso concreto: eventualmente in parte ma in modo molto limitato Motivazione: eliminazione di focolai d'infezione sparsi. Di regola, tuttavia, ciò avviene prima dell'intervento medico che implica un trattamento immunosoppressore (trapianto). Se la diagnosi della malattia sistemica fosse stata nota, la possibilità di un OP della cassa malati conformemente alla LAMal avrebbe dovuto essere

riconosciuta e chiarita. Probabilmente, la manifestazione della malattia dentaria, quale normale parodontite dell'età adulta di media gravità e le rispettive correlazioni con gli interventi terapeutici, non hanno dato luogo ad un chiarimento più approfondito. Se fosse stato riconosciuto un OP conformemente all'art. 19b OPre, esso sarebbe stato limitato all'eliminazione di focolai d'infezione sparsi probabilmente manifesti (estraendo i denti "colpevoli") ed alla risistemazione della capacità masticatoria eventualmente danneggiata in seguito a ciò, ricorrendo a mezzi conformi ai criteri di efficacia, utilità ed economicità. Oggi, denti con un perfetto trattamento di radice (in base alla valutazione delle radiografie) e senza alcun segno di patologia periapicale non vengono più obbligatoriamente considerati come focolai e perciò non sono più estratti. Per contro, l'attuale esecuzione di un trattamento di radice di un dente devitalizzato (per lo più infetto) non può essere classificato come risanamento di focolaio, poiché se ne conosce il risultato solo mesi dopo ed il suo esito non è mai sicuro. Per quanto riguarda il caso in oggetto, in caso di malattia sistemica già esistente, la situazione di partenza avrebbe però dovuta essere nota prima del trattamento per poter pianificare rispettivamente riconoscere i relativi trattamenti in base a quanto prescritto dalla legge. 9) Nell'ambito di quanto citato nell'art. 19b, l'eliminazione rispettivamente la riduzione di un'infezione parodontale marginale grave potrebbe eventualmente anche essere considerata come rientrante nell'obbligo alle prestazioni. La si otterrebbe tramite una detartrasi sostenuta da risciacqui con clorexidina. Il risanamento completo necessario del parodonto non può tuttavia andare a carico della cassa malati, poiché la relativa causa è considerata come una malattia non rientrante nell'obbligo alle prestazioni, in quanto trattasi di una cosiddetta malattia evitabile. Malgrado l'evitabilità, in un caso acuto si dovrebbe dare la precedenza, per motivi di salute, a interventi d'emergenza atti combattere rapidamente contro l'infezione. Nel presente caso, tuttavia, non sussisteva una situazione d'emergenza. Il risanamento vero e proprio della situazione parodontale a lungo trascurata non può tuttavia andare a carico della comunità (cassa malati). 10) Non sussiste nessuna relazione causale scientificamente riconosciuta fra la malattia sistemica (linfoma Non-Hodgkin) e le malattie della dentatura della paziente. Un eventuale peggioramento di una situazione dentaria già compromessa in seguito alla malattia, rispettivamente al suo trattamento terapeutico, non è da escludere in caso di igiene orale inadeguata, ma è improbabile vista quest'ultima. 11) Presa di posizione in merito alla lettera del Dr. _____ del 16.9.02 Ad 1a) Obiettivo del trattamento: O.K., nessuna osservazione Referto dell'esame: grave parodontite dell'età adulta, (non rientrante nell'obbligo alle prestazioni conformemente alla LAMal, poiché considerata come malattia evitabile). Nessuna indicazione riguardo ad una malattia sistemica rispettivamente ad un possibile OP della cassa. Trattamento auspicato: mantenimento del maggior numero possibile di denti propri. Ad 1 b) Il buon esito della cura in concomitanza con un trattamento immunosoppressore a vita sostiene la tesi secondo cui le cause che hanno richiesto un trattamento odontoiatrico non vanno ricercate nella malattia sistemica rispettivamente nella relativa terapia. Ad 2) Non viene data risposta alla domanda posta dal Tribunale, in quanto la stessa, come chiesto, non si riferisce alla malattia sistemica, bensì concerne solo la problematica della dentatura. Corretto sarebbe che solo una minima parte del trattamento eseguito, ossia le estrazioni dei denti con focolai attivi, era necessario per il trattamento successivo della malattia della paziente. A tale effetto andrebbe pure rilevato che questa cura ha già avuto inizio molto tempo prima del trattamento odontoiatrico e che la stessa continuerà ad andare avanti. Ad 3a) Corrisponde allo stato attuale delle conoscenze. Ad 3b) Corrisponde allo stato attuale delle conoscenze. Ad 4a) Secondo le

condizioni di trattamento previste per i privati, questo desiderio va rispettato chiarendo alla paziente quali sono i rischi ad esso connessi. Conformemente alle condizioni delle assicurazioni sociali, questo tuttavia non risulta vero in egual misura (criteri di efficacia, utilità ed economicità) L'obiezione del Dr. _____ riguardante un impianto è in linea di massima corretta, a condizione di considerare la cosa dal punto di fuoriuscita attraverso la gengiva dell'impianto nella cavità orale. A mio avviso, l'impianto in sé, quale corpo sterile, presenta tuttavia un potenziale di focolaio minore rispetto ad una radice biologica infettata, disinfettata in condizioni difficili (mai sterile) e forse dotata di canali laterali. In caso di trattamento rientrante nell'obbligo alle prestazioni conformemente alla LAMal, in un simile caso anche un impianto non entrerebbe più in linea di conto. Si dovrebbe ricercare una soluzione con protesi parziale. Ad 4b) Questa è una supposizione, la cui conferma, come scritto dal Dr. _____, presupponebbe una conoscenza dello stato della dentatura prima della malattia. Ad 5) A mio avviso, il linfoma Non-Hodgkin può essere considerato come una forma di malattia leucemica conformemente all'art. 18a3. Il trattamento odontoiatrico necessario in seguito a malattie chiaramente contemplate in tale articolo rientrerebbe quindi nell'obbligo alle prestazioni. Indubbiamente, il trattamento odontoiatrico eseguito secondo scienza e coscienza ha sicuramente aiutato la paziente ad avere una migliore qualità di vita. La questione è solo di sapere chi deve pagare." (doc. _)

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