

TI_GERICHTE 36.2003.38 vom 4. März 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-03-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.38

FR: TI_GERICHTE 36.2003.38 du 4 mars 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.38 del 4 marzo 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

Nella sua sentenza del 19 dicembre 2001 il TFA aveva deciso che i trattamenti dentari del ricorrente avrebbero potuto essere ricondotti alle chemioterapie e radioterapie alle quali lo stesso si era sottoposto, fatto che obbligherebbe la CON1 - in virtù dell'art 17 lett. b, terza cifra, risp. art. 17 lett. c, seconda cifra dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) - ad assumersi i rispettivi costi. La CON1 deve quindi esaminare, "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". Dopo esame del requisito di causalità deve "esprimersi sull'estensione del diritto a prestazioni, conformemente ai principi di efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal)". Prova: doc. 2 della CON1

E. 2

La CON1 è in seguito giunta alla conclusione che esiste sostanzialmente un nesso di causalità tra le affezioni dentarie e parodontali del ricorrente e le chemioterapie e radioterapie alle quali si era sottoposto in precedenza. Di conseguenza l'obbligo alle prestazioni come tale non viene più contestato. La CON1 ha del resto già versato per i trattamenti dentari del ricorrente un importo pari a fr. 44'989.--, cosa che quest'ultimo non mette in dubbio. Resta ancora di giudicare nella fattispecie se oltre le prestazioni versate devono venire assunti dalla CON1 gli ulteriori costi rivendicati dal ricorrente e ammontanti a fr. 16'785.75.

E. 2.1

Va innanzitutto rilevato che con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), che ha comportato diverse modifiche della LAMal. Mentre le norme sostanziali non sono applicabili in concreto poiché da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme in vigore al momento in cui si realizza la fattispecie che esplica degli effetti (SVR 2003, IV nr. 25 pag. 76 consid. 1.2; cfr. DTF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa A., P 76/01, consid. 1.3, pag. 4; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa C., U 347/01, consid. 2 pag. 3 e STFA del 9 gennaio 2003 nella causa P., H 345/01, consid. 2.1, pag. 3; DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 121 V 366 consid. 1b), le norme procedurali, in assenza di disposizioni transitorie, trovano immediata applicazione (SVR 2003, IV nr. 25 pag. 76 consid. 1.2; cfr. DTF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a). Per cui ogni

riferimento alle norme applicabili in concreto va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2002, tranne indicazioni contrarie. 2.2. L'art. 25 LAMal, applicabile in concreto, definisce le prestazioni generali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, senza però contemplare le cure relative alle affezioni dentarie i cui costi vengono assunti dall'assicurazione sociale solo se causate da una malattia grave e non altrimenti evitabile dell'apparato masticatorio giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal, da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal, o se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi come prevede l'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal (cfr. STFA del 19 dicembre 2001, inc. K 39/98). L'assicurazione obbligatoria assume, inoltre, in forza dell'art. 31 cpv. 2 LAMal, i costi della cura di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio. L'art. 33 cpv. 2 LAMal conferisce all'Esecutivo federale il compito di indicare in dettaglio le prestazioni conformemente al dettato dell'art. 31 cpv. 1 LAMal. Il Consiglio Federale, sulla base dell'art. 33 cpv. 5 LAMal e dell'art. 33 lett. d OAMal, ha delegato tale competenza al Dipartimento Federale dell'Interno che ha emanato l'OPre. Gli art. 17 a 19a OPre regolano la materia e concretizzano la norma di legge specificando i casi di trattamento dentario a carico dell'assicurazione sociale obbligatoria che impongono un obbligo prestativo da parte degli assicuratori malattia. Va qui rammentato che la lista contenuta nell'OPre è esaustiva come più volte ricordato dal TFA nella sua giurisprudenza; si veda – per tutte – la STFA 14 dicembre 2001 nella causa V. (K 104/99) dove l'Alta Corte così si è espressa: " In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die in Art. 17-19 KLV erwähnten Erkrankungen, deren zahnärztliche Behandlung von der sozialen Krankenversicherung zu übernehmen ist, abschliessend aufgezählt sind. Daran hat es in ständiger Rechtsprechung festgehalten (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehene Urteile M. vom 19. September 2001, K 73/98, und J. vom 28. September 2001, K 78/98)." Nello stesso senso Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 51 ed il Messaggio 6.11.1991 del Consiglio federale alle Camere p.67. 2.3. Come visto in precedenza, in concreto si tratta di esaminare se l'art. 17 OPre, nel caso di specie, può trovare applicazione e se l'assicuratore è di conseguenza tenuto a versare l'importo corrispondente all'ammontare delle prestazioni fornite dal medico curante dell'assicurato. 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; (...)" Dalla sentenza del TFA del 19 dicembre 2001, emerge che la Cassa doveva, previo nuovo accertamento del caso, determinare in quale misura le affezioni dentarie e parodontali accusate dal ricorrente fossero da qualificare conseguenza della grave malattia o comunque fossero da ricondurre agli effetti delle cure instaurate per il suo trattamento e, posta questa premessa, indicasse quali interventi prospettati dal medico curante fossero definiti alla cura di tali affezioni. Esaminato in particolare il requisito di causalità l'istituto assicuratore doveva esprimersi sull'estensione del diritto a prestazioni, conformemente ai principi di efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal). 2.4. Nel caso concreto è pacifico

che la Cassa ha versato all'insorgente un importo totale di fr. 44'989.--. La Cassa si è tuttavia rifiutata di versare ulteriori fr. 16'789.75 come richiesto dall'insorgente poiché non sarebbero adempiute le condizioni previste dalla legge, in particolare per quanto concerne l'economicità del trattamento. Dagli atti risulta innanzitutto che il Dr. med. dent. _____, medico fiduciario della Cassa, il 4 febbraio 2003 ha motivato il rifiuto del rimborso delle prestazioni del medico curante affermando che: " Was im vorliegendem Fall auffällt ist, dass relativ viele Wurzelbehandlungen durchgeführt werden mussten. Dies deutet auf eine massive Kariensaktivität hin. Die bei Radiotherapie auftretende Xerostomie (Speicheldrüsentrockenheit) begünstigt natürlich die Entstehung von kariösen Läsionen, kann jedoch mit geeigneten prophylaktischen Massnahmen kontrolliert werden (Fluoridierungsschienen etc.). Rein durch die tumorbedingte Behandlung kann also der Zerfall der Dentition nicht begründet werden. Die Leistungspflicht als solches ist zwar anerkannt, jedoch in Anbetracht der Tatsache, dass der obgenannte Zerfall des Gebisses schlecht kontrolliert werden konnte, hätte man eher auf eine abnehmbare Lösung tendieren sollen. Diese wäre auch wirtschaftlich bedeutend kostengünstiger gekommen. Des weiteren hätten so endodontisch behandelte Zähne vermieden werden können, was auch vom medizinischen Standpunkt aus deutlich besser gewesen wäre, ist doch bekannt, dass Wurzelbehandlungen bei Radio- und Chemotherapie zu potentiellen Zahnherden führen können. Die ideale Lösung wäre meines Erachtens also folgende gewesen: Extraktion aller fraglichen Zähne bis auf vier Pfeilerzähne. Diese könnten dann mittels einer Hybridprothese versorgt werden; Kosten pro Kiefer je ca. 10'000.-. Auch damit hätte der Patient eine absolute Luxuslösung gehabt, welche jedoch bei später auftretenden neuen Problemen kostengünstig hätte umgebaut werden können, und somit auch sehr zukunftssicher gewesen wäre. Auch die Mundhygiene wäre mit einer abnehmbaren Prothese viel einfacher zu bewerkstelligen und zu kontrollieren gewesen. Somit kann man sagen, dass die Mehrkosten in vorliegendem Fall infolge schlechter Planung und Patientenbetreuung- und Mitarbeit entstanden sind, und deshalb nicht von der Versicherung getragen werden müssen." (Doc. 12) Interpellato nuovamente dall'assicuratore, il medico fiduciario ha precisato: " Zwar ist es nicht bestritten, dass eine Chemotherapie eine Xerostomie (Speicheldrüsentrockenheit) hervorrufen kann. und folgedessen zu einer erhöhten Kariensaktivität führen kann. Es trifft jedoch mit Bestimmtheit nicht zu, dass Chemotherapie eine kariogene destruktive Wirkung hat, und somit kann man auch mit Bestimmtheit sagen, dass Chemotherapie ganz sicher nicht automatisch zu Wurzelbehandlungen führt: dafür ist nur die Karies verantwortlich und diese wiederum tritt nur auf bei entsprechendem Plaquebefall und Zuckerkonsum. Gemäss Artikel 19c gibt es zwei klare Forderungen an die Therapie, welche in vorliegendem Fall beide missachtet wurden (siehe Beilage): 1. Beseitigung aller manifesten und potentiellen Infektionsherde, so dass keine neuen Herde entstehen können. Durch die diversen durchgeführten Wurzelbehandlungen wurden jedoch solch potentielle Herde geschaffen. 2. Professionelle Prophylaxemassnahmen während und nach der Behandlung. Kompensation der Xerostomie-Folgen, Speichelersatz. Durch Beachtung dieser Massnahmen hätte die erhöhte Kariensanfälligkeit kompensiert werden können." (Doc. 14) In data 7 agosto 2003 il TCA ha interpellato il Dr. med. dent. _____, dentista curante dell'assicurato, chiedendo: " 1. Da quando conosce _RICO1? Quali trattamenti ha effettuato? 2. In allegato le trasmettiamo il parere del Dr. med., della Cassa Malati CON1, del 4 febbraio 2003 (doc. 12) circa le cure da Lei effettuate. Le chiediamo di prendere posizione in maniera dettagliata. In particolare, con delle misure profilattiche idonee la xerostomia poteva essere

controllata (per esempio con dispositivi intraorali per il rilascio del fluoro, ecc.)? Oppure il decadimento della dentatura è motivato unicamente dai trattamenti antitumorali instaurati per curare la grave malattia di cui era affetto _RICO1? 3. Concorda con le conclusioni del Dr., secondo le quali per _RICO1 dal punto di vista medico ed economico, una protesi amovibile sarebbe stata la soluzione migliore? In particolare concorda con la soluzione del Dr. secondo il quale l'estrazione dei denti pericolanti e l'impianto di una protesi ibrida sarebbe stata la soluzione ideale? In caso di risposta negativa, per quale motivo una soluzione del genere non sarebbe stata auspicabile? Questa soluzione è comunque stata presa in considerazione? 4. Quali sono le differenze, dal punto di vista medico, tra la soluzione da Lei adottata e quella proposta dal Dr.? 5. Quale delle due soluzioni (quella adottata o quella proposta dal Dr.) provocherebbe nel paziente il maggior disagio? In particolare la soluzione con la protesi amovibile quali svantaggi presenterebbe per _____ _RICO1? 6. In allegato le trasmettiamo anche la presa di posizione del Dr. med. dent. _____ del 24 aprile 2003 (doc. 14). Le chiediamo di prendere posizione in merito. 7. Eventuali osservazioni." (Doc. VIII) Nella sua risposta lo specialista ha affermato: " 1. Il paziente è in cura da me dal _____. Da quella data al _____ ho eseguito cure conservative limitate: _____. Il _____ ho preso i modelli per la costruzione di dispositivi intraorali profilattici alla mancanza di salivazione dovuta alla malattia. Dispositivi eseguiti e applicati da chi di merito. Poi dal _____ la lunga cura di riabilitazione orale (le cure dettagliate sono già state consegnate all'assicuratore). 2+3. Risulta chiaro che il principio di ricostruzione di una dentatura da parte dell'assicuratore è quantomeno vago. Ricordo che tale costruzione deve essere "semplice e adeguata" (articolo 6.1 della convenzione SSO-Assicuratori) e rispecchiare " le disposizioni circa la qualità delle prestazioni dentistiche" (articolo 15.1 e 15.2). In parole povere, se mi si presenta un paziente con quattro pilastri (=denti), non risolverò il caso proponendo un ponte totale, ma una protesi ibrida. Ma se mi si presenta un paziente con tutti i pilastri, il parodonto in ottimo stato, dovrei dimenticare il codice deontologico per estrarre denti ed arrivare a quanto proposto, e cioè una protesi ibrida? Conclusione: fortunatamente seguiamo (ed abbiamo seguito durante il corso degli studi) teorie ben diverse da quelle seguite (e purtroppo applicate!) da colleghi detti "esperti". A meno che, tutto sia riconducibile a un valore solo venale: allora potrei capire. Non ho mai visto un'insieme così aberrante di affermazioni come nella decisione di opposizione dei 04.03.2003. Mi spiego: 1." l'opponente è stato sottoposto a molti trattamenti della radice... lascia supporre la presenza di massiccia attività della carie... con misure profilattiche idonee..." L'osservazione è buona, pessima la conclusione dato che l'esperto dimentica un fattore basilare: il paziente è ammalato di cancro. 2. Ma invece conosce il problema, o così sembra: " il solo trattamento antitumorale non giustifica..." molto probabilmente l'esperto non ha mai visto l'azione distruttiva della malattia e dei sistemi applicati per combatterla. Le misure profilattiche idonee non servono in questi casi: se si rilegge attentamente le prese di posizione e le relative spiegazioni, di professori che hanno affrontato tale casistica, non si direbbero tali leggerezze! 3. "considerato il decadimento... soluzione amovibile...: soluzione di gran lunga migliore ... dal punto di vista medico" e più sotto " i trattamenti delle radici in seguito alle chemioterapie creano potenziali focolai dentari" a parte il fatto che non capisco il concetto, mi risulta che tutte le cure radicolari sono state eseguite dopo la chemioterapia; che per tale intervento irradiante sono stati costruiti appositi apparecchi meccanici per preservare i denti e i tessuti dai raggi e che la conseguenza di tutto questo (carie, ecc.) è stata la mancanza totale della salivazione dovuta ai trattamenti antitumorali. 4. Quando poi citiamo i "focolai

dentari" tocchiamo il fondo!!! Non è stata trattata alcuna radice per classe IV di Baume, Ginevra; cioè per fenomeno di gangrena o reazione apicale. Ogni pilastro era vitale, ma con carie profonda e quindi trattato radicalmente. 5. " La soluzione ideale (che coraggio parlare di ideale!!!) ... l'estrazione di tutti i denti sospetti (quali per cortesia!) ad eccezione di 4 denti pilastro". Facciamo un sorteggio tra tutti i pilastri con cura radicolare? Qual'è, mi si illumini, la metodologia? Per fare quanto proposto (correva l'inizio del secolo!), un ibrido con quattro pilastri, ci vogliono i canini e i primi o secondi molari. I canini sono ancora vivi, quali sono i pilastri da togliere? É tendenziosa la domanda 3. "l'estrazione dei denti pericolanti..." Contesto nel modo più assoluto tali affermazioni. Forse mi ripeto, ma tengo a sottolineare che: a) A livello dei pilastri (denti) e di parodonto (struttura portante) lo stato a inizio cura era molto buono (vedere prima OPG). Quindi denti pericolanti non esistevano nè allora, nè ora! b) Denti trattati endodonticamente (cure radicolari) non ce n'erano. Solo dopo la malattia tali cure si impongono dovute alla profondità dell'attacco carioso (causato dalla mancanza di salivazione). c) La giovane età del paziente voleva una cura che desse risultati duraturi, che imitasse se possiamo osare, quanto madre natura ci ha dato. Ora, a distanza di 10 anni il paziente anche se "protesico" è contento di avere un impianto "fisso" e non "mobile". 4+5. Penso che le definizioni di "ricostruzione fissa" e di "estrazioni quasi totali" siano già una risposta. In quanto a disagio, penso che ogni portatore di protesi, per di più amovibile, sogni il ritorno allo stato iniziale. Gli svantaggi per il Signor _RICO1 sono chiaramente intuibili da quanto detto prima; la perdita di un pilastro,(più probabile che nella protesi fissa, date le forze che pochi devono sostenere per tanti che mancano) porterebbe immediatamente o all'implantologia (più onerosa che non la fissa) o alla protesi totale che come risultato sarebbe quanto di più auspicabile per il Dr. e per l'assicuratore e sul piano medico, il fallimento di quanto ci è stato insegnato: la cura dell'apparato masticatorio. Alle argomentazioni ulteriori dell'esperto: " la protesi raggiunge lo stesso obbiettivo" di una ricostruzione fissa (come quella eseguita da me!) "con vantaggio dal punto di vista medico... ma il tutto a un costo assai inferiore..." Vantaggio? Ma quale mi si illumini. Forse che con 4 denti stai meglio, perdi meno tempo, li puoi pulire meglio? Questo è il vantaggio? Con zero denti non pulisci più, stai ancora meglio e soprattutto paghi meno! Perchè no? Certo che protesi ibride che durano sei anni ce ne sono pochine; basta che perdi un pilastro, e ti ritrovi con una totale, perchè la semplicissima legge del " quadrangolo delle forze" va a farsi benedire. Se non sbaglio era portato nel discorso come un possibile vantaggio. "Qualora fossero successivamente insorti dei nuovi problemi..." Conclusione: non dimentichiamo che il paziente non ha problemi da parecchi anni con la sua " dentatura cara", che è ancora giovane e che potrebbe anche essere visto da "veri esperti". 6. Nessun commento per non essere feroce: l'esperto, purtroppo, fa il lavoro per l'assicuratore. Dev'essere duro!" (Doc. IX) 2.5. Chiamata a presentare osservazioni scritte in merito, la Cassa ha prodotto una presa di posizione del proprio medico fiduciario, il quale ha affermato: " Non si tratta qui di ostentare il maggior numero possibile di termini specifici, ma soltanto di decidere qual è a lungo termine la soluzione migliore per il paziente, evitando tuttavia di effettuare a carico dell'assicurazione un risanamento globale non giustificato. Rimango perciò fermo sulla mia iniziale valutazione della situazione ribadendo che il risanamento proposto non è né economico né appropriato e di conseguenza non può essere preso a carico in conformità all'art. 32 LAMal. Gli instancabili tentativi intrapresi dal dentista curante di mettere in dubbio la professionalità delle dichiarazioni contenute nella valutazione, fa nascere il sospetto che si tratti di una strategia finalizzata a distrarre l'attenzione dalla sua progettazione errata. Quello che io posso proporre è di fare eseguire

un'altra perizia indipendente nella speranza di ricondurre così il dentista curante alla ragione. Bisogna saper ammettere i propri sbagli anche quando si tratta di sbagli di progettazione. Un breve commento riguardo ai singoli punti: 1. Le misure profilattiche, delle quali sento parlare ora per la prima volta (dopo che ero stato io a proporle!!), sembrano essere state adottate con poca costanza, cosicché non si è potuto evitare l'insuccesso. 2. Per la valutazione di un pilastro non basta esaminare solo lo stato paradontale, ma bisogna prendere in considerazione anche quello cariologico e quello endodontico. 1. È vero che il paziente si è ammalato di cancro, ma il cancro non causa la carie! 2. In questo caso è appropriato intensificare le misure profilattiche, cosa che qualsiasi professore universitario può confermare. 3. Se sia i denti che i tessuti sono stati protetti in modo così particolare, non capisco a cosa possa essere attribuito il danno se non a una profilassi insufficiente! 4. La definizione di focolai dentali (infiammatori) si trova in ogni buona opera di consultazione, qualora questo termine creasse dei problemi al Dr.. 5. Un buon dentista dovrebbe essere in grado di decidere autonomamente quali denti vale la pena conservare. Per facilitare una tale decisione può essere d'aiuto considerare le dimensioni delle otturazioni già esistenti, la localizzazione, la retrazione della polpa dentaria ecc. 6. In conclusione si può dire che, tenendo conto fin qui del decorso della malattia, un risanamento fisso sarebbe di nuovo destinato a fallire. È questo il motivo per cui una soluzione amovibile è quella più economica ed appropriata!" (Doc. 4) Da parte sua l'assicurato ha affermato: " 1. Nel proprio referto, il _____ esprime una valutazione poco attendibile; anche perché egli non ha mai visto il signor _RICO1 e quindi non ha mai potuto esperire un valido esame clinico. 2. Il afferma che nel caso del signor _RICO1 non sono state adottate le necessarie misure profilattiche durante la cura al linfoma non hodgkin. Orbene tale fatto non corrisponde alla realtà. Infatti posso allegare una dichiarazione del 21.10.2003 dell'_____, redatta dal professor dott. _____, secondo la quale "non ci risulta che il paziente abbia ommesso al momento della cura radiante e nel decorso immediato di questa cura di applicare le misure di profilassi abituali per i pazienti irradiati a livello del cavo orale (trattamento profilattico a base di fluoro)". 3. Il professor dott. _____ ha pure affermato che lo sviluppo di problemi dentali non è da escludere nonostante vengano adottate queste profilassi. Inoltre l'estrazione di 1 o più denti presenta sempre il rischio potenziale di osteocondrosi post-chirurgica che può ridurre notevolmente la qualità di vita del paziente. 4. Il professor dott. _____ propone l'assunzione di una perizia indipendente. A questo proposito mi rimetto al vostro giudizio, ritenuto che la compagnia d'assicurazioni ha in fin dei conti accettato la cura proposta ed effettuata dal dott. _____. Infatti la CON1 ha già versato buona parte degli importi fatturati. In altri termini la Compagnia d'assicurazioni non può ora, ovvero a cura avvenuta, candidamente sostenere che il signor _RICO1 avrebbe dovuto intraprendere tutt'altro genere di cure." (doc. XVII) Nell'allegato scritto, il Dr. med. afferma: " Su richiesta del Dr. _____ e del signor _____ _RICO1 le invio queste due righe concernenti il nostro parere sull'evoluzione della problematica dentaria sorta dal paziente sopracitato nel decorso del suo trattamento. Non ci risulta che il paziente abbia ommesso al momento della cura radiante e nel decorso immediato di questa cura di applicare le misure di profilassi abituali per i pazienti irradiati a livello del cavo orale (trattamento profilattico a base di fluoro). D'altra parte, quando nonostante questa profilassi si sviluppano problemi dentali, l'estrazione di uno o più denti presenta sempre il rischio potenziale di osteonecrosi post-chirurgica che possono ridurre notevolmente la qualità di vita del paziente. Mi domando se un'ulteriore perizia indipendente non sarebbe ancora in fin dei conti la

soluzione migliore." (Doc. M) 2.6. Viste le risultanze mediche, il TCA ha deciso di far allestire una perizia a cura del Dr. med. dent. _PERI1 _____. Lo specialista ha affermato: " Come alla designazione del 19 gennaio u.s. del Lodevole Tribunale d'appello delle Assicurazioni (_____) ho consultato l'ampia documentazione e ho visitato il Signor _____ _RICO1 nel mio studio in data 6 aprile u.s., dopo aver richiesto radiografie, note d'onorario dettagliate e cartella clinica al curante Dr. _____. Occorre innanzitutto segnalare che nell'incarto e nei documenti inviati dal Dr. _____, mancano ben 19 delle radiografie fatturate e iscritte nella cartella clinica (segnatamente 7 radiografie annotate in data 31.8.95, una radiografia del 22.2.2000, 2 radiografie del 30.3.2000, una radiografia del 15.6.2000, una radiografia 9.4.2001, una radiografia del 5.9.2001, una radiografia del 16.10.2001, una radiografia del 27.11.2001, 2 radiografie del 25.2.2002 e 2 radiografie 20.3.2002). Questo fatto non mi ha permesso di valutare in modo completo alcuni aspetti dello svolgimento della cura. Il Dr. _____ afferma che le radiografie mancanti sono presso l'assicurazione CON1 mentre quest'ultima afferma il contrario. Il valore complessivo di queste radiografie ammonta a Frs. 323.95. Nelle mie osservazioni relative al valore delle prestazioni eseguite non prenderò in considerazione la possibilità che queste radiografie non siano state eseguite poiché sarà compito del giudice decidere in proposito. Durante la consultazione ho eseguito la visita odontoiatrica ed una radiografia panoramica. 1. Quali affezioni dentarie e parodontali accusate da _____ RICO1 sono da qualificare conseguenza della grave malattia (linfoma non hodgkin al collo) o comunque sono da ricondurre agli effetti delle cure instaurate per il suo trattamento? Risposta Premetto che, non avendo avuto la possibilità di visitare il paziente prima della cura e durante la stessa e siccome mancano pure le radiografie iniziali (1994/1995), non posso affermare con assoluta certezza che tutte le cure effettuate fossero necessarie o comunque avessero un nesso causale con la malattia e con le cure per il suo trattamento. La radiografia panoramica del 1989 e le radiografie interprossimali del 1993 mostrano tuttavia una bocca assolutamente nella norma, con qualche otturazione ma con una ridotta attività "cariosa": le stesse otturazioni sono presenti infatti sia nella radiografia del 1989 che in quelle di 6 anni dopo. Le uniche otturazioni supplementari sono due otturazioni in amalgama eseguite sui denti 25 risp. 35 nel 1993, come confermato anche dalla cartella clinica. Occorre a questo punto introdurre una breve parentesi relativa alle conseguenze per il cavo orale del linfoma non hodgkin, della chemioterapia e soprattutto della radioterapia. Il linfoma non hodgkin può in alcuni casi portare alla lisi del processo alveolare ma non causa carie ai denti. Nel caso in questione, dalle radiografie esaminate non risultano, fortunatamente, danni al processo alveolare. La chemioterapia riduce le difese del paziente contro possibili infezioni. Questo avrebbe potuto manifestarsi con reazioni apicali dopo cure endodontiche o infezioni parodontali. Anche sotto questo aspetto non risultano danni parodontali o reazioni apicali sia dall'esame clinico che dall'esame di tutte le radiografie. La problematica relativa ai danni causati dalla radioterapia nella regione della bocca è molto più complessa e richiede maggiori delucidazioni. Il signor _RICO1 è stato irradiato con una dose complessiva di 45 Gy che corrisponde ad una dose media. Riassumerò in modo succinto le conseguenze sugli organi orali di una tale dose. La prima conseguenza è una fortissima irritazione della mucosa orale (guance, lingua, gengive, faringe, ecc.) che rende impossibile ogni approccio di igiene orale e molto difficile la deglutizione e la masticazione. I danni ai denti sono di natura diretta (atrofia dei tubuli dentali e conseguente distacco dello smalto dalla dentina) e soprattutto indiretta (carie galoppante a causa della notevole riduzione del flusso salivare dovuta alla distruzione della

parte serosa delle ghiandole salivari e alla modifica della flora batterica con un aumento di batteri acidofili e cariogeni). Il risultato di queste modifiche aggiunto allo stato generale fisico e psichico del paziente che non predispone certo a mettere in atto tutte le strategie possibili per evitare i danni è un rapidissimo espandersi di carie devastanti che aggrediscono i denti dapprima al colletto per poi estendersi a tutte le superfici dei denti. L'iter delle terapie dentarie a cui è stato sottoposto il signor _RICO1 corrisponde perfettamente con il quadro patologico sopra esposto. Pertanto, pur non avendo potuto visionare le lesioni, penso di poter affermare che le affezioni dentarie accusate da _RICO1 sono con grande probabilità da ricondurre alla radioterapia a cui il paziente è stato sottoposto per la cura del linfoma non hodgkin. 2. Quali interventi di risanamento dentario subiti da _____RICO1 sono definiti dalla cura di tali affezioni e quali costi hanno comportato? Quali fatture, prodotte dalle parti e contenute nell'incarto, concernono gli interventi di risanamento dentario resisi necessari in conseguenza della grave malattia (linfoma non hodgkin al collo) o comunque sono da ricondurre agli effetti delle cure instaurate per il suo trattamento (precisi il perito se tutte le fatture prodotte concernono gli interventi subiti da _RICO1 in seguito ai danni subiti a causa della grave malattia (linfoma non hodgkin al collo) o degli effetti delle cure instaurate per il suo trattamento). Quantifichi il perito il costo totale degli interventi. Risposta A mio avviso, pur tenendo conto del fatto che le mie conclusioni si basano solamente sull'esame della cartella clinica, di una documentazione radiologica lacunosa e sull'esame clinico del paziente a cura ultimata, e non sulla constatazione diretta delle lesioni, tutti gli interventi di risanamento dentario subiti da _RICO1 sono da considerarsi in relazione di causalità diretta con la radioterapia a cui il paziente è stato sottoposto. Detti interventi consistono in • 19 corone ceramo-metalliche sui denti 17, 16, 15, 12, 11, 21, 22, 25, 26, 27, 37, 36, 35, 32, 42, 44, 45, 46, 47 • cure endodontiche e ricostruzioni fuse dei monconi per i denti 17, 16, 15, 26, 37, 35, 32, 42, 44, 45, 46, 47. • cure conservative (otturazioni in composito) sui denti 14, 13, 23, 24, 34, 33, 31, 43 Per la valutazione economica dei lavori ho confrontato la cartella clinica, le note d'onorario e l'esame clinico e radiologico effettuato nel mio studio il 6 aprile 2004. Non sto ovviamente a differenziare, come richiesto, tra conseguenze della malattia e conseguenze della terapia visto che, come detto all'inizio, i danni sono stati causati, a mio avviso, solo dalla radioterapia. Nell'incarto non sono inoltre presenti le note dettagliate d'onorario dei lavori di odontotecnica. L'importo fatturato per questi ultimi lavori dovrebbe grossomodo corrispondere al loro valore. Non avendo a disposizione però le note originali non posso esprimermi sulla loro validità. Nella prima nota d'onorario (frs. 15'810.-) sono compresi lavori eseguiti dal 30.5 1994 al 5.3.1998. Sono quindi contenuti anche i lavori eseguiti nel 1994 (per un totale di Frs. 2'340.50) che secondo la premessa ai quesiti non dovrebbero qui essere analizzati. La mia analisi si riferirà, per ragioni di praticità, alla nota d'onorario completa. Sarà poi compito del Giudice dedurre eventualmente l'importo delle prestazioni eseguite nel 1994. Le prestazioni fatturate corrispondono alle annotazioni contenute nella cartella clinica. Anche l'importo è stato calcolato in base alla tariffa SUVA come previsto dalla LAMal. Le uniche eccezioni riguardano: • la pos. 4457 (punti 80) del 16.2.1998 che deve essere sostituita con la pos. 4456 (punti 64) essendo il dente 15 biradicolato. • le pos. 4539 e 2x 4540 del 5.3.98 che sono stati conteggiati a punteggio massimo (punti 140) e non SUVA (punti 121) • la pos. 4537 (punti 47) del 5.3.98 che deve essere sostituita con la pos. 4538 (punti 28). Queste correzioni portano ad una riduzione dell'importo esonibile di 54 punti pari a Frs. 167.40. La nota corretta sarebbe quindi di Frs. 15'642.60. Anche nella seconda nota d'onorario (dal 23.4.98 al 28.10.98) tutte le prestazioni fatturate corrispondono

alle annotazioni sulla cartella clinica. Tuttavia, la ricostruzione fusa del moncone del dente 37 con la relativa radiografia sono state fatturate 2 volte (in data 4.9.'98 e in data 19.9.98). Inoltre molte prestazioni sono state esposte usando il massimo consentito dei punti e non il punteggio SUVA: • 23.4.98 pos. 4581 fatturato 5 punti anziché 4.5, pos. 4503 fatturato 29 punti anziché 25, pos. 4442 fatturato 96 punti anziché 83, 3x pos.4724 fatturato 132 punti anziché 114. • 30.4.98 pos. 4440 fatturato 60 punti anziché 52, 2x pos. 4442 fatturato 192 punti anziché 166 • 13.5.98 2x pos. 4581 fatturato 10 punti anziché 9, pos. 4440 fatturato 60 punti anziché 52, pos.4724 fatturato 44 punti anziché 38; inoltre al posto di 2x pos. 4535 (punti 80) deve essere fatturato 1x 4535 e 1x 4536 (punti 57) • 22.7.98 pos. 4455 fatturato 60 punti anziché 52, pos. 4457 fatturato 92 punti anziché 80 • 4.9.98 pos. 4457 fatturato 92 punti anziché 80 • 28.9.98 pos. 4545 fatturato 72 punti anziché 62

Con queste correzioni la nota corretta dovrebbe essere di Frs. 6'935.35 anziché di Frs. 7'757. Nella terza nota d'onorario (dal 13.4.99 al 22.2.00) l'unica correzione riguarda la pos. 4442 del 13.4.99 che è stata esposta a punti 96 anziché 83. La nota corretta sarebbe di Frs. 2563.70. Per la quarta nota d'onorario (dal 7.3.00 al 15.6.00) i lavori annotati corrispondono a quanto fatturato e l'importo corrisponde alla tariffa SUVA. Nella quinta nota d'onorario (dall' 11.9.00 al 6.12.00) ci sono prestazioni che, a mio avviso non possono essere riconosciute: • la pos. 4400 (incappucciamento indiretto, punti 15) dell' 11.9.00 non può essere applicata per i denti 15 e 16 che sono già stati devitalizzati e ricostruiti. • la cementazione provvisoria di ponte (pos. 4757 punti 34) esposta 2 volte in data 22.11.00 risp. 6.12.00 non viene riconosciuta perché non vi sono fondati motivi per non cementare definitivamente le corone. I denti 15,16,17 e 26 erano infatti già devitalizzati mentre, per i denti 25 e 27, sulla cartella clinica, non figurano annotazioni particolari relative ad eventuali problemi di accresciuta sensibilità. • anche le operazioni parodontali a lembo caso medio (pos. 4140, punti 320) esposte in data 16.11.2000 risp. 22.11.2000 con le relative 5 anestesie (pos.4065 punti 55) non possono venire riconosciute: questi interventi sono indicati in casi con tasche parodontali di 6 mm, con forcazioni coinvolte, richiede un tempo di guarigione di diversi mesi per un paziente non irradiato ed è sicuramente controindicato per un paziente irradiato specie se questi, come risulta dalle radiografie, non presenta sintomi della malattia parodontale. Inoltre è altamente improbabile che, dopo un intervento del genere si riesca ad inserire il lavoro definitivo dopo soli 6 giorni come figurerebbe dalla cartella clinica e dalla nota d'onorario. Tenendo conto di quanto sopra, la nota d'onorario dovrebbe essere ridotta di 458 punti pari a Frs. 1'419.80. La nota corretta sarebbe quindi di Frs. 7'820.20 Per la sesta, la settima e la nona nota d'onorario valgono le stesse considerazioni. Nelle tre note viene fatto uso sistematico della pos. 4135 (gengivectomia, punti 16) per ogni preparazione di corona. Questa posizione non è, a mio avviso, esponibile sistematicamente. La gengivectomia, come l'intervento parodontale a lembo di cui sopra, ha un'indicazione ben precisa ed è controindicata per un paziente irradiato. Non devono essere pertanto riconosciute le pos. 4135, i relativi impacchi (pos. 4297 punti 6.5) ed anestesie (pos. 4065 punti 11) esposti in data 3.4.01 (sesta nota d'onorario) risp. 24.8.01 e 30.8.01 (settima nota d'onorario) e 2.2.02 (nona nota d'onorario) Le varie corone sono state eseguite in sedute diverse ed ogni volta viene fatto un uso sistematico delle pos. 4075 (punti 11), 4078 (punti 4.5) e 4080 (punti 17). Un'esecuzione più razionale della riabilitazione protesica avrebbe permesso di risparmiare la ripetizione sistematica di queste prestazioni. A mio avviso queste prestazioni devono venire riconosciute una sola volta. Essendo state riconosciute nella quinta nota d'onorario, esse saranno tolte dalla sesta, settima e nona nota d'onorario. Riassumendo: • dalla sesta nota

(dal 30.1.01 al 10.4.01) si dovranno togliere 113.5 punti pari a Frs. 351.85. La nota corretta sarebbe così di Frs. 4'514.15 • dalla settima nota (dal 24.8.01 al 5.9.01) si dovranno togliere 153.5 punti pari a Frs. 475.85. La nota corretta sarebbe così di Frs. 4969.15 • nella nona nota (dal 6.2.02 al 20.3.02) oltre alle osservazioni di cui sopra, la pos. 4535 (35 punti) del 25.2.02 deve essere sostituita con la pos. 4536 (punti 22) e la pos. 4537 (punti 47) del 6.3.02 deve essere sostituita con la pos. 4538 (punti 28) siccome, per ambedue i casi, si tratta di una ulteriore otturazione eseguita nella stessa seduta. Dalla nota si dovranno togliere 134 punti pari a Frs. 415.40. La nota corretta sarebbe così di Frs. 9'903.60 L'ottava nota d'onorario (dall'11.10.01 al 27.11.01) è corretta. Nella decima e ultima nota d'onorario la pos. 4737 (punti 41) del 12.2.03 deve essere sostituita con la pos. 4538 (punti 28) trattandosi di ulteriore otturazione nella stessa seduta. Dalla nota si dovranno dedurre 13 punti pari a Frs. 40.30. La nota corretta sarebbe di Frs. 892.70 Il costo totale degli interventi, dato dalla somma delle 10 note debitamente corrette, è di Frs. 57'999.45 3. Le prestazioni del dentista curante, med. dent. (cfr. le fatture prodotte dalle parti e contenute nell'incarto), sono efficaci, appropriate ed economiche? Oppure concorda con le conclusioni del medico fiduciario della Cassa, Dr. Med. dent. _____ (doc. 12) secondo il quale per _____ _RICO1 dal punto di vista medico ed economico, una protesi amovibile (ibrida), con estrazione di tutti i denti sospetti ad eccezione di quattro denti pilastro, sarebbe stata la soluzione migliore? Risposta Le prestazioni del curante _____ alla luce del risultato finale, sono state efficaci ed appropriate. Il costo globale di quasi Frs. 58'000.- (tenuto conto delle correzioni elencate nella risposta del quesito 2.) è da ritenersi corretto anche se, visto nella sua globalità, non si può dire economico. Soluzioni più economiche sarebbero state sicuramente meno appropriate e forzatamente più mutilanti o meno definitive. Non concordo con le conclusioni del medico fiduciario della Cassa. 4. Quale di questi due trattamenti è quello più efficace, appropriato ed economico (quantifichi i costi)? Risposta La soluzione scelta dal curante è sicuramente la più efficace ed adeguata alla situazione se si tiene conto soprattutto dell'età del paziente e del fatto che la dose cospicua di radiazioni a cui il paziente è stato sottoposto avrebbe sicuramente pregiudicato la guarigione dopo le estrazioni multiple proposte dal medico di fiducia della Cassa. _____ _RICO1 ha ora una bocca perfettamente risanata con un'estetica eccellente. Grazie anche alla completa riabilitazione della situazione orale, dopo la devastante distruzione, egli è ora completamente reinserito nel contesto sociale e lavorativo. Dal punto di vista economico la soluzione prevista dal medico di fiducia della Cassa (la previsione di ca. Frs. 20'000 è corretta) è sicuramente più vantaggiosa rispetto alla soluzione adottata (Frs. 58'000) ma si tratta di soluzioni completamente diverse e non paragonabili. 5. Quali sono le differenze, dal punto di vista medico, tra la soluzione adottata dal Med. dent. _____ e quella prevista dal Dr. Med. dent. _____? La soluzione prevista dal Dr. Med. dent. _____ era attuabile e con quali conseguenze? Risposta Il Med. Dent. curante _____ ha eliminato le numerose carie e, sulla base di quanto rimasto ha ricostruito mediante otturazioni, monconi fusi e corone tutti i denti colpiti, dando loro di nuovo la forma e la funzionalità iniziali. Dal punto di vista medico questa è la miglior soluzione possibile, se si tiene conto del fatto che in tutto il processo l'apparato di sostegno dei denti (parodonzio) è rimasto perfettamente sano. La soluzione proposta dal medico di fiducia della Cassa prevedeva l'estrazione di tutti i denti tranne 4 e la confezione di protesi ibride ancorate con 4 cappe radicolari munite di ancoraggi. Questa soluzione è, a mio avviso, troppo mutilante e poco rispettosa del patrimonio biologico del paziente. I denti erano stati effettivamente devastati dalla carie ma il loro apparato di sostegno era e rimane

tuttora perfettamente integro. La loro estrazione avrebbe significato la rinuncia ad importantissimi pilastri che, come si può ancora oggi constatare, esplicano in modo ottimale la loro funzione. L'estrazione multipla di denti con parodontio sano è inoltre un intervento chirurgico importante anche per un paziente sano. Per un paziente irradiato, ogni ferita, anche innocua, può rappresentare un potenziale gravissimo rischio di "osteoradionecrosi" dell'osso mascellare. Infatti tra le conseguenze della radioterapia vi è pure l'atrofia dei vasi sanguigni che irrorano l'osso mascellare con conseguente notevole riduzione del meccanismo di difesa contro le infezioni. L'estrazione di tutti i denti nel caso in questione avrebbe portato a gravissime e irreparabili conseguenze mediche e sarebbe da considerare, a mio avviso, un atto medico irresponsabile e contro l'etica professionale. Anche dal punto di vista estetico e funzionale la soluzione con protesi ibride è da ritenere nettamente inferiore alla soluzione attuata. Da ultimo non è da sottovalutare l'impatto psicologico che l'avulsione di tutti i denti e l'inserimento di protesi amovibili avrebbe avuto sul paziente, già duramente provato dalla grave malattia e dalle conseguenze devastanti delle cure.

6. Quale delle due soluzioni proposte provocherebbe nel paziente il maggior disagio? In particolare la soluzione con la protesi amovibile quali svantaggi avrebbe provocato? Risposta La soluzione proposta dal medico di fiducia della Cassa provocherebbe senza dubbio maggior disagio. Se nonostante i rischi descritti nella risposta al quesito 5., la soluzione con le protesi amovibili fosse stata realizzata, gli svantaggi sarebbero stati di natura estetica, funzionale e psicologici.

- Svantaggi estetici: l'estrazione dei denti porta ad una perdita di tessuto osseo che rende spesso impossibile posizionare tutti i denti artificiali dov'erano situati i denti naturali. Inoltre, il materiale usato per sostenere i denti e per i denti stessi (almeno laddove ci sono gli ancoraggi) è una resina artificiale che è soggetta ad invecchiamento precoce e quindi abbisogna di frequente avvicendamento per mantenere un livello estetico accettabile, con conseguenti disagi per il paziente e spese supplementari per la Cassa.
- Svantaggi funzionali: il fatto di posizionare i denti artificiali non in posizione naturale come pure la copertura parziale o totale del palato, causano spesso difficoltà fonetiche. Innumerevoli studi dimostrano inoltre che con protesi amovibili, ancorché ancorate, l'efficienza masticatoria risulta notevolmente diminuita. Le protesi amovibili in una bocca con flusso salivare ridotto (dovuto alla radioterapia) avrebbero poi causato pure danni alla mucosa già resa sensibile dalle radiazioni.
- Svantaggi psicologici: il passaggio dalla propria dentatura fissa alla protesi amovibile rappresenta, per tutti i pazienti un grande trauma psicologico che va preparato con cura. Importante, a questo proposito, è la scelta del momento che deve avvenire in un periodo favorevole, senza ulteriori fonti di stress. Nel caso in questione, come accennato più sopra, il paziente era già provato nel fisico e nel morale dal peso della grave malattia e delle sue cure. Egli era quindi in una situazione psicologica estremamente sfavorevole. Se non si tiene conto di questa precauzione il rischio di creare un'intolleranza psicologica alla protesi è molto alto." (doc. XXXVII, sottolineature del redattore)

2.7. Chiamata a presentare osservazioni scritte in merito la Cassa ha osservato: " Prima di tutto è da ribadire che il dott. _____ ha esplicitamente confermato l'ineconomicità dei trattamenti effettuati dal dott. _____. Testualmente ha annotato che "il costo globale di quasi fr. 58'000.- (...) è da ritenersi corretto anche se, visto nella sua globalità, non si può dire economico" (cfr. perizia, pag. 5). Il perito considera anche la previsione del dott. _____ di ca. fr. 20'000.- come corretta. Invece conformemente alle dichiarazioni del dott. _____, il _PERI1 nega nella fattispecie la possibilità di altre soluzioni più economiche. Particolarmente rifiuta la soluzione proposta dal _____. Quest'opinione non può essere condivisa e neppure corrisponde con la

giurisprudenza del TFA. In due casi trattati dal TFA, un'estrazione di denti ha seguito una chemioterapia risp. una radioterapia. Nel caso K 78/98 (sentenza del 28 settembre 2001, DTF 127 V 339 segg) sono stati estratti otto denti in seguito a una chemioterapia. Nel caso K 76/98 (sentenza del 23 ottobre 2001) ne erano quattro. In nessuno dei due casi il TFA ha dichiarato inefficace ed inadeguata l'estrazione di denti, cioè la soluzione proposta dal dott. _____, soprattutto quando si prende anche in considerazione lo stato cariologico ed endodontico del ricorrente. In quanto concerne il grande disagio per il paziente, come afferma il PERI1 rimandiamo di nuovo alla decisione del TFA DTF 128 V 58 sett. Secondo questa decisione, quest'argomentazione è irrilevante visto il costo nettamente inferiore di una soluzione tramite protesi. Secondo il parere del TFA la differenza tra i due tipi di trattamento, tenendo conto anche dell'aspetto del disagio per il paziente, è troppo poco sensibile perché possa giustificare una presa a carico del trattamento meno economico." (Doc. XL) Da parte sua l'assicurato ha affermato: " 1. Innanzitutto si rileva come le affermazioni della cassa malati siano proceduralmente inopportune; poiché ed eventualmente potrebbero tradursi in un allegato conclusionale che precede l'emanazione della sentenza. 2. Le sentenze del Tribunale federale indicate dalla controparte non sono pertinenti alla presente fattispecie. Infatti i casi ivi trattati differiscono sostanzialmente con quello qui in esame. Valgano per tutto quanto esposto dalla controparte, le chiare ed inconfutabili risultanze peritali: "l'estrazione di tutti i denti nel caso in questione avrebbe portato a gravissime e irreparabili conseguenze mediche e sarebbe da considerare a mio avviso un atto medico irresponsabile e contro l'etica professionale" (la sottolineatura è nostra, perizia risposta ad. 5, pag. 6). In altri termini, nel caso in esame, non si tratta semplicemente di stabilire vantaggi e svantaggi di un intervento per rapporto ad un altro (cfr. DTF 128 V pag. 58 in fine); ma di ammettere una volta per tutte che l'intervento considerato dalla CON1 rispettivamente dal _____, è assolutamente improponibile, irresponsabile e contrario all'etica professionale. In altri termini l'unico intervento sostenibile dal profilo medico è stato quello effettivamente proposto ed eseguito dal 3. Il criterio di economicità non impone di considerare unicamente la questione dei costi. Occorre bensì valutare le conseguenze dei singoli interventi proposti. Questa soluzione è perfettamente in sintonia con l'attuale giurisprudenza del Tribunale federale. Non merita quindi alcuna protezione l'interpretazione arbitraria della CON1 Infatti, a rigor di logica, l'interpretazione della controparte porta a concludere che unicamente il criterio costi risulta essere determinante ai fini del concetto dell'economicità, senza riguardo alle conseguenze dell'intervento meno costoso; anche se questo può condurre il paziente alla morte (sic!). 4. La parte ricorrente riconferma quindi le proprie conclusioni. Nel calcolo delle ripetibili occorrerà tener conto di tutte le perdite di tempo causate dal comportamento processuale della controparte." (Doc. XLIII)

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 dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), 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.

2.9. Va qui rammentato che in caso di perizia giudiziaria, il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito, il cui ruolo consiste proprio nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica, per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti (DTF 122 V 161, DTF 112 V 32 consid. 1a, DTF 107 V 174 consid. 3). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario, nel caso in cui il rapporto peritale contenga delle contraddizioni o sulla base di una controperizia, richiesta dal medesimo Tribunale, che conduca ad un altro risultato (DTF 101 IV 130). Egli può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Va tuttavia sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giurisprudenza (RCC 1986 pag. 201 consid. 2a).

2.10. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni del perito basate su un approfondito e completo esame di tutte le affezioni lamentate dall'assicurato. Alla perizia deve essere quindi attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali. Il perito è chiaramente giunto alla conclusione che " pur non avendo potuto visionare le lesioni, penso di poter affermare che le affezioni dentarie accusate da _____ _RICO1 sono con grande probabilità da ricondurre alla radioterapia a cui il paziente è stato sottoposto per la cura del linfoma non hodgkin. " Dopo aver descritto dettagliatamente le conseguenze per il cavo orale del linfoma non hodgkin, della chemioterapia e della radioterapia, alla richiesta di voler precisare quali interventi di risanamento dentario sono definiti dalla cura delle affezioni e quali costi hanno comportato, il perito ha affermato che "(...) tutti gli interventi di risanamento dentario subiti da

_____ _RICO1 sono da considerarsi in relazione di causalità diretta con la radioterapia a cui il paziente è stato sottoposto ." Lo specialista ha inoltre concluso che " le prestazioni del curante, alla luce del risultato finale, sono state efficaci ed appropriate. " Per quanto concerne invece l'economicità il perito afferma che " Il costo globale di quasi Frs. 58'000.- (tenuto conto delle correzioni elencate nella risposta del quesito 2.) è da ritenersi corretto anche se, visto nella sua globalità, non si può dire economico ." Tuttavia " soluzioni più economiche sarebbero state sicuramente meno appropriate e forzatamente più mutilanti o meno definitive. " Egli rileva inoltre di non condividere " le conclusioni del medico fiduciario della Cassa. " In particolare per il perito " la soluzione scelta dal curante è sicuramente la più efficace ed adeguata alla situazione se si tiene conto soprattutto dell'età del paziente e del fatto che la dose cospicua di radiazioni a cui il paziente è stato sottoposto avrebbe sicuramente pregiudicato la guarigione dopo le estrazioni multiple proposte dal medico di fiducia della Cassa . _____RICO1 ha ora una bocca perfettamente risanata con un'estetica eccellente " (sottolineature del redattore) Per cui la soluzione proposta dal fiduciario, pur essendo più economica a breve termine, non sarebbe stata definitiva e avrebbe, a lungo termine, potuto portare a costi maggiori. Del resto il perito ha ancora ricordato, a proposito delle cure prestate dal medico curante, che " dal punto di vista medico questa è la miglior soluzione possibile, se si tiene conto del fatto che in tutto il processo l'apparato di sostegno dei denti (parodontio) è rimasto perfettamente sano ." Ed aggiunge che la soluzione del fiduciario era " troppo mutilante e poco rispettosa del patrimonio biologico del paziente ." L'estrazione dei denti " avrebbe significato la rinuncia ad importantissimi pilastri che, come si può ancora oggi constatare, esplicano in modo ottimale la loro funzione ." Inoltre il perito ricorda che " per un paziente irradiato, ogni ferita, anche innocua, può rappresentare un potenziale gravissimo rischio di "osteoradionecrosi" dell'osso mascellare " e che " l'estrazione di tutti i denti nel caso in questione avrebbe portato a gravissime e irreparabili conseguenze mediche e sarebbe da considerare, a mio avviso, un atto medico irresponsabile e contro l'etica professionale ." (sottolineature del redattore) Alla luce di tutto quanto sopra esposto discende che la soluzione proposta ed attuata dal medico curante è quella appropriata. Essa è conforme alle norme deontologiche professionali e rispettosa dello stato di salute del paziente, ancora giovane. Grazie all'intervento del dentista curante, l'assicurato ha potuto ottenere una prestazione di alta qualità che gli ha permesso di reinserirsi nella società. La proposta del dentista di fiducia dell'assicuratore, pur essendo più economica nell'immediato, oltre ad essere come già sottolineato, per il perito, " un atto medico irresponsabile e contro l'etica professionale ", avrebbe privato l'insorgente di tutti i denti, anche quelli sani e funzionanti, tranne quattro. Ciò non può essere paragonato ai due interventi, cui fa cenno la Cassa nelle sue ultime osservazioni, nei quali al paziente sono stati tolti solo quattro, rispettivamente otto denti (sentenza del 23 ottobre 2001, K 76/98 e sentenza del 28 settembre 2001, K 78/98, pubblicata in DTF 127 V 339). In particolare nella sentenza del 28 settembre 2001 il TFA ha concluso con un rinvio della causa alla CON1 per nuovi accertamenti, dopo che la Cassa aveva rifiutato di assumersi i costi dell'intervento di risanamento dentario. L'Alta Corte non si è chinata sulla questione dell'appropriatezza, adeguatezza ed economicità dell'intervento. Nel consid. 8 ha infatti affermato che " nach Prüfung der Voraussetzungen der Kausalität und der Irreversibilität wird sie (nдр: la cassa) 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). " Inoltre, la soluzione dell'assicuratore avrebbe " sicuramente

pregiudicato la guarigione dopo le estrazioni multiple proposte dal medico di fiducia della Cassa ", con costi, a lungo termine, che sarebbero sicuramente lievitati. Infine, non va dimenticato che " la soluzione proposta dal medico di fiducia della Cassa provocherebbe senza dubbio maggior disagio ". Ora, proprio nella sentenza del TFA del 25 gennaio 2002, pubblicata in DTF 128 V 54, citata dalle parti, l'Alta Corte, a proposito di due soluzioni divergenti proposte dal medico curante e dal medico fiduciario (quest'ultima soluzione nettamente più economica), ha affermato: " Il est vrai que, par rapport au traitement par prothèses amovibles, le traitement par implants présente des avantages sur les plans de l'esthétique et du confort, tout en assurant éventuellement aussi un meilleur résultat en ce qui concerne la fonction masticatoire. Toutefois, sous l'angle des désagréments pour la patiente, la différence entre les deux types de traitement n'est pas si sensible en l'occurrence qu'elle justifierait d'admettre la prise en charge du traitement le moins économique (cf. FRANCOIS-X. DESCHENAUX, le précepte de l'économie de traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 536; voir aussi EUGSTER, Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG, in: Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, ST-Gall 2001, p. 40 sv.). Par conséquent, le traitement au moyen d'implants ne peut en l'occurrence pas être considéré comme économique au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, si bien que la recourante n'a pas droit à sa prise en charge." In concreto, per contro, la differenza tra i due metodi è netta. Il perito ha infatti enumerato gli svantaggi estetici, funzionali e psicologici dell'intervento proposto dall'assicuratore. In particolare " l'estrazione dei denti porta ad una perdita di tessuto osseo che rende spesso impossibile posizionare tutti i denti artificiali dov'erano situati i denti naturali" e " il materiale usato per sostenere i denti e per i denti stessi (omissis) è una resina artificiale che è soggetta ad invecchiamento precoce e quindi abbisogna di frequente avvicendamento per mantenere un livello estetico accettabile, con conseguenti disagi per il paziente e spese supplementari per la Cassa " (sottolineatura del redattore) Per quanto concerne i disturbi funzionali va rilevato che il posizionamento di denti artificiali non in posizione naturale come pure la copertura parziale o totale del palato possono causare " difficoltà fonetiche " e che " l'efficienza masticatoria risulta notevolmente diminuita ." Non sono inoltre da escludere danni alla mucosa " già resa sensibile dalle radiazioni ." Inoltre, e va ribadito ancora una volta, la soluzione proposta dal medico fiduciario della Cassa, per il perito è " un atto medico irresponsabile e contro l'etica professionale ." Per cui, a mente del TCA, la situazione non può essere paragonata con quella descritta in DTF 128 V 54, dove entrambi i metodi erano appropriati ed efficaci e vi era unicamente una differenza per quanto concerne l'onere dell'intervento. Inoltre, come emerge dalla citata sentenza, il dentista della Cassa riteneva che la soluzione proposta dal medico curante presentava dei rischi per la paziente. In concreto, come visto la situazione è esattamente contraria. La soluzione del dentista fiduciario, secondo il perito, non è soddisfacente e può portare a gravi complicazioni per l'insorgente. Operando una valutazione tra i costi e i benefici dei trattamenti proposti dai due specialisti, questo TCA deve concludere che la soluzione adottata dal dentista curante è nettamente migliore rispetto a quella proposta dalla Cassa, rispettosa dell'etica professionale e nettamente meno pericolosa per il paziente stesso. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la soluzione del dentista curante va senz'altro tutelata. Trattandosi di cure eseguite a causa della radioterapia effettuata per curare il linfoma non hodgkin che affliggeva il ricorrente, l'assicuratore è tenuto ad assumersi i costi in virtù dell'art. 17 lett. c OPre (cfr. consid. 1.3, STFA del 19 dicembre 2001, K 39/98). 2.11. A proposito delle note d'onorario cui viene

chiesto il pagamento, va innanzitutto rilevato che le prestazioni del 1994, come evidenziato dal TFA nella sentenza del 19 dicembre 2001, non sono state contestate per cui, il rifiuto di assumersi i costi, confermato dal TCA nella sentenza del 14 gennaio 1998 non può più essere messo in discussione in questa sede (" non più controversa è invece la questione relativa al rimborso delle spese occasionate dalle cure dentarie dispensate nel 1994, non essendo tale domanda più stata sollevata in questa sede. "). Ciò vale anche per le prestazioni anteriori al 1994 (in particolare per le fatture del 1992 prodotte dal paziente) e del 1995. Infatti, la richiesta di assunzione dei costi per cure del 1992 e del 1995, oltre ad essere tardiva (prescritta), va respinta perché oggetto del contendere sono i costi derivanti dagli interventi di risanamento dentario prospettati a riparazione dei danni conseguenti ai trattamenti di chemio- e radioterapia, cui l'insorgente è stato sottoposto per la cura del linfoma non hodgkin (cfr. STFA del 19 dicembre 2001, pag. 3 consid. 2). Ora, nella STCA del 14 gennaio 1998 (inc. 36.97.97), non vi è cenno a prestazioni inerenti il 1995, ma viene indicato che " il 19.3.1996 l'assicurato ha chiesto alla CON1 di garantire l'assunzione dei costi di un risanamento totale della cavità orale che _____ aveva prescritto. " (consid. 1.3). Ciò trova conferma nella documentazione agli atti, dalla quale risulta che il 18 settembre 1995 il curante aveva scritto all'insorgente affermando che la situazione sembrava essere stabile e si poteva prospettare l'intervento di risanamento della cavità orale (cfr. doc. 5: " al controllo di qualche giorno fa risulta una certa stasi del fenomeno; le ricadute a livello di colletti e di superfici incisali sono assenti, ragione per cui, penso, si possa progettare un piano di risanamento stabile . Allego un preventivo specificato e lo status radiografico ", sottolineature del redattore). Inoltre in data 14 marzo 1996 la _____ ha scritto all'assicuratore affermando tra l'altro che " dato che il 1.1.1996 è entrata in vigore la nuova legge sull'assicurazione malattia e le nuove disposizioni concernenti le cure dentarie, ci permettiamo di ritornarvi la documentazione, pregandovi di rivalutare la possibilità di un vostro intervento a copertura delle cure dentarie a cui il signor _RICO1 si sottoporrà ." (doc. 6, sottolineatura del redattore) Per cui, solo le prestazioni effettuate dal 1996 possono essere oggetto di rimborso. D'altra parte, come emerge dal petitum del ricorso, l'insorgente chiede il pagamento delle prestazioni effettuate fino al 1998 (cfr. doc. I), consid. 1.5). Tuttavia, poiché il perito si è espresso anche sulle fatture emesse per gli interventi del medico curante fino al 2003, ed essendo anch'essi da ricondurre agli effetti delle cure instaurate per il trattamento del linfoma non hodgkin (cfr. perizia, risposta 2), questo TCA, per motivi di economia procedurale, fisserà il totale dell'importo dovuto complessivamente dall'assicuratore per le fatture trasmesse fino al 25 febbraio 2003 (cfr. doc. B1). Si tratta infatti di eventi verificatisi prima dell'emanazione della decisione su opposizione. Ora, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ossia in concreto il 4 marzo 2003, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (fra le tante cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Dalla perizia emerge che lo specialista ha effettuato un minuzioso controllo delle fatture prodotte. Né l'insorgente, né l'assicuratore hanno contestato le conclusioni cui è giunto il perito circa l'entità dell'ammontare delle cure prestate o la (non) presa in considerazione di determinate fatture. Per cui, in assenza di contestazioni circostanziate e motivate, questo TCA deve concludere che la somma totale delle prestazioni effettuate dal dentista curante dal 1994 al 2002 e ritenute corrette ammonta a fr.

57'999.45 (cfr. perizia risposta 2). Da questo importo, per i motivi sopra esposti, va tuttavia dedotto l'ammontare di fr. 2'340.50 per prestazioni effettuate nel 1994 (cfr. perizia, risposta 2) e di fr. 880.40 per quelle prestate nel 1995 (cfr. nota d'onorario, plico 15, 284 punti x 3.10 = 880.40). Tenuto conto che l'assicuratore ha già versato fr. 44'989, la Cassa deve ancora un importo di fr. 9'789.55 (fr. 57'999.45 - fr. 44'989 - fr. 2'340.50 - fr. 880.40).

2.12. L'assicurato chiede gli interessi al 5% dal 25 novembre 2002. Fino al 31 dicembre 2002, secondo la costante giurisprudenza del TFA, nel settore delle assicurazioni sociali per principio non venivano versati interessi di mora, a meno che la legge non lo prevedesse espressamente (cfr. STCA del 19 gennaio 2000 nella causa A., inc. 30.1999.25; DTF 119 V 134, 119 V 79 e 113 V 50 con riferimenti). Questo principio conosceva delle eccezioni. Infatti, il TFA ha riconosciuto il diritto ad interessi moratori allorché si riscontravano “ circostanze particolari ”. Queste circostanze sono state considerate realizzate in presenza di manovre illecite o dilatorie degli organi amministrativi (DTF 101 V 118). In DTF 108 V 19 consid. 4b (= RCC 1983 pag. 156 consid. 4b) l'Alto tribunale, dopo avere confermato la propria prassi, ha aggiunto che per poter attribuire eccezionalmente interessi moratori in assenza di base legale oltre all'atto illecito era ancora necessario un agire colposo da parte dell'amministrazione (o di un'autorità di ricorso, cfr. anche DTF 117 V 352 consid. 3, 116 V 327). Il TFA ha tuttavia rifiutato il versamento generalizzato di interessi. Tale impostazione era fondata sulla circostanza che nel diritto delle assicurazioni sociali il riconoscimento di interessi moratori era giustificato soltanto in via eccezionale e in casi isolati che particolarmente urtavano il senso del diritto (DTF 113 V 50 consid. 2a, RCC 1990 pag. 47 consid. 3). In DTF 101 V 114 il TFA ha inoltre rilevato come " quant à l'assuré, la règle de l'égalité des parties commande de le dispenser lui aussi du paiement des intérêts de retard lorsqu'il a défendu ce qu'il estimait être son droit. " Con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). La LPGA all'art. 26 cpv. 1 prevede che i crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o remunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi esigui e termini di breve durata. Per il cpv. 2 dell'art. 26 LPGA sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto

E. 3

L'obbligo di una presa a carico da parte dell'assicuratore malattia implica che tutte le esigenze legali richieste siano soddisfatte, in particolar modo la condizione relativa all'economicità della misura (art. 32 cpv. 1 e 56 cpv. 1 della legge federale sull'assicurazione malattie [LAMal]). L'economicità del trattamento può dar luogo a discussioni in materia di trattamenti protetici, data la vasta gamma di prestazioni - più o meno costose - che offre oggi la medicina dentaria. Se dunque più trattamenti sono possibili, si deve procedere mettendo a confronto e soppesando i costi e i benefici del trattamento. Se uno di questi trattamenti permette di raggiungere lo scopo prefisso (nella fattispecie il recupero della funzione masticatoria) e nello stesso tempo comporta dei costi sensibilmente inferiori di altri trattamenti, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi di un trattamento più costoso (DTF 124 V 200, cfr. anche DTF 128 V 69170 consid. 6, nonché la sentenza del TFA del 21 marzo 2003 [K 4/03]).

E. 4

Nel suo rapporto dei 4 febbraio 2003 il dentista di fiducia della CON1, Dr. med. dent. _____, constatò in primo luogo che il ricorrente era stato sottoposto a relativamente molti trattamenti della radice cosa che lascia supporre la presenza di una massiccia attività delle carie. Con delle misure profilattiche idonee (dispositivi intraorali per il rilascio del fluoro, ecc.) l'insorgere delle lesioni dovute alle carie avrebbe potuto essere contenuto. Il solo trattamento antitumorale non può quindi giustificare il decadimento della dentatura. Considerato questo decadimento si avrebbe dovuto preferire una soluzione amovibile. Una tale soluzione sarebbe stata di gran lunga la migliore e non solo sotto l'aspetto dell'economicità ma anche dal punto di vista medico: i trattamenti delle radici in seguito alle chemioterapie e alle radioterapie creano infatti dei potenziali focolai dentari. La soluzione ideale avrebbe potuto essere l'estrazione di tutti i denti sospetti, ad eccezione di quattro denti pilastro che avrebbero potuto essere mantenuti grazie ad una protesi ibrida. I costi sarebbero ammontati in tal caso a un importo di ca. fr. 10'000.-- per mandibola. Con ciò il paziente avrebbe beneficiato di una soluzione assolutamente di lusso che inoltre avrebbe permesso, qualora fossero successivamente insorti dei nuovi problemi, una modifica della protesi senza grandi difficoltà. Con una protesi amovibile anche l'igiene buccale sarebbe risultata più facile e meglio controllabile. Prova: doc 12 della CON1

E. 5

Mediante il suo atto di ricorso del 4 aprile 2003 il rappresentante legale del ricorrente criticò con veemenza questo rapporto. La CON1 ha di conseguenza richiesto al Dr. _____ una nuova presa di posizione a riguardo delle obiezioni avanzate dal ricorrente. Il Dr. _____ dichiara nel suo recente rapporto del 24 aprile 2003 che non è certo contestabile il fatto che una chemioterapia possa provocare una xerostomia (secchezza delle ghiandole salivari) e di conseguenza aumentare l'attività delle carie. Non corrisponde assolutamente alla verità invece che la chemioterapia ha un effetto cariogeno-distruttivo e si può affermare quindi con certezza che la chemioterapia non porta automaticamente a dei trattamenti delle radici: responsabile di quest'ultimi è esclusivamente la carie e questa insorge solo in caso di placca batterica e consumo di zuccheri. In base all'"Atlas SSO" (Società svizzera di odontologia e stomatologia) a riguardo del trattamento medico-dentistico di focolai dentali in caso di radioterapia e chemioterapia di patologie maligne ci sono a proposito dell'art. 9 lett. c OPre due chiare premesse da rispettare riguardo alla terapia che nella fattispecie non sarebbero state osservate: 1. l'eliminazione di tutti i focolai d'infezione manifesti e potenziali al fine di evitare l'insorgere di nuovi focolai. 2. misure professionali di profilassi durante e dopo il trattamento, compensazione degli effetti della xerostomia, sostituzione della saliva. Osservando e attuando queste misure, l'elevata predisposizione alla carie avrebbe potuto essere compensata. Prova: doc 14 della CON1

E. 6

È quindi un fatto incontestabile che con una soluzione tramite protesi non si sarebbe solamente raggiunto lo stesso obiettivo (e dal punto di vista medico persino con qualche vantaggio), ossia il recupero della funzione masticatoria, come tramite il trattamento dentario effettuato dal Dr. _____, ma il tutto ad un costo assai inferiore. Se si considerano i costi totali finora raggiunti di fr. 61'774.--, la soluzione più appropriata ed ottimale tramite protesi non sarebbe venuta a costare che un terzo di tale importo.

E. 7

Il ricorrente fa obiettare però che oltre all'aspetto puramente medico, il trattamento deve anche soddisfare lo scopo di un "inserimento sociale del paziente": "a quest'ultimo dev'essere infatti dato di apparire nella società senza menomazioni che lo possono mettere a disagio nelle relazioni umane e sociali". Questa argomentazione è però irrilevante visto il costo nettamente inferiore di una soluzione tramite protesi. Secondo il parere del TFA la differenza tra i due tipi di trattamento, tenendo conto anche dell'aspetto del disagio per il paziente, è troppo poco sensibile perché possa giustificare una presa a carico del trattamento meno economico (DTF 128 V 58 segg.).

E. 8

Per questi motivi la CON1 non è tenuta a versare ulteriori prestazioni oltre all'importo già rimborsato di fr. 44'989.-- per i trattamenti dentari effettuati dal Dr. _____ negli anni dal 1992 al 1998. Il ricorso deve dunque essere integralmente respinta." (Doc. V) 1.7. Pendente causa il ricorrente ha chiesto l'assunzione di nuove prove, tra le quali le testimonianze dei dott. med. dent. _____ (doc. VII). Il TCA ha proceduto all'assunzione di numerose prove, tra le quali l'allestimento di una perizia da parte del Dr. med. _____ PERI1. Delle risultanze e delle prese di posizione della parti si dirà, se necessario, nei successivi considerandi. in diritto

E. 12

mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Nel Rapporto della Commissione del Consiglio nazionale della sicurezza sociale e della sanità (FF 1999), a pag. 3949 si afferma: "(...) La Commissione ritiene che gli interessi di mora siano opportuni in caso di ritardo sia per i contributi che per le prestazioni. Non vi è alcun motivo di far valere tale normativa solo per uno di questi aspetti. Interessi di mora possono benissimo essere giustificati in caso di restituzione di contributi. La Commissione propone pertanto di disciplinare nel capoverso 1 l'aspetto dei contributi e nel capoverso 2 l'aspetto delle prestazioni." Per l'art. 7 cpv. 1 OPGA il tasso d'interesse di mora è del 5 per cento all'anno. A proposito del tasso d'interesse, Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, pag. 306 n. 25 ad art. 26, afferma: "Damit kann im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich ein allgemeiner Zinssatz festgesetzt werden, wobei grundsätzlich bei ausstehenden Beiträgen und verspätet zugesprochenen Leistungen derselbe Satz gelten soll. Dieser wird mit Art. 7 Abs. 1 ATSV mit 5% bestimmt. Damit ist aber nicht ausgeschlossen, dass - eine entsprechende gesetzliche Grundlage vorausgesetzt - im Einzelgesetz gestützt auf weitere Ueberlegungen ein höherer Zinssatz festgelegt wird. Hätte es an einer Festlegung des Zinssatzes gefehlt, wäre ebenfalls von einem Satz von 5% auszugehen gewesen, wie es in der ständigen bisherigen Rechtsprechung bei einer Verzugszinspflicht angenommen wurde (vgl. SVR 2001 BVG Nr. 16; Rhinow/KRAHENMANN, 93; Zurcher, Verzugszinsen, 197)." Per cui gli interessi vanno di principio calcolati anche sulle prestazioni ancora dovute all'insorgente. 2.13. Va ora esaminato a partire da quale momento gli interessi sono dovuti. A proposito del diritto transitorio Kieser, op. cit., pag. 306 n. 26 ad art. 26, in materia di prestazioni, rileva: "Die Neueinführung des Verzugszinses erfordert übergangsrechtliche Entscheidungen. Dabei muss insbesondere entschieden werden, welches der massgebende, die Bestimmung des anwendbaren Rechts steuernde Tatbestand ist. Bei Verzugszinsen ist dies grundsätzlich derjenige Zeitpunkt, in welchem die verspätete geschuldete Leistung erbracht wird. Entsprechend hat die Rechtsprechung festgelegt, dass die Frist zur Geltendmachung des Verzugszinses erst in demjenigen Zeitpunkt zu laufen beginnt, in welchem die (verspätete) Leistung eingeht (BGE 119 V 239 f.). Art. 26 ATSG ist deshalb anwendbar, wenn die

(verspätete) Leistung nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erfolgt. Allerdings ist bei der Berechnung des Zinses nur die Zeit ab dem Inkrafttreten des Gesetzes zu berücksichtigen (vgl. ATSG-Kommentar, Art. 82 Rz. 9)." Alla luce di quanto sopra esposto, in concreto, prima del 1° gennaio 2003 il ricorrente non poteva ottenere il pagamento di interessi di mora (Gerhard Eugster, Krankenversicherung, pag. 185, nota 828, Ueli Kieser, ATSG Kommentar, ad art. 26, in particolare pag. 309, DTF 101 V 114, DTF 108 V 13) considerato che non vi sono gli estremi per applicare la vecchia giurisprudenza alle prestazioni dovute fino al 31 dicembre 2002, non essendo riscontrabile un agire colposo da parte dell'amministrazione. Gli interessi, al 5%, possono invece essere chiesti con effetto dal 1.1.2003 (cfr. anche il Bollettino n° 122 dell'UFAS all'attenzione delle casse di compensazione AVS del 10 gennaio 2003, dove, in materia di prestazioni, gli interessi sono calcolati dal 1.1.2003 anche se la prestazione è dovuta precedentemente all'entrata in vigore della LPGA). Tuttavia, come visto, gli interessi sono dovuti dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Teoricamente, per tutte le cure prestate prima del 2001 gli interessi al 5% decorrono, al più presto dal 1.1.2003, considerando la data di entrata in vigore della LPGA e la circostanza che devono passare 24 mesi dalla nascita del diritto della prestazioni per poter beneficiare degli interessi. Per le prestazioni effettuate dopo l'1.1.2001, occorre esaminare, posta per posta quando i 24 mesi sono scaduti. In concreto, l'assicuratore deve versare ancora un importo di fr. 9'789.55. Questo importo è di poco inferiore rispetto alla somma dell'ammontare di fr. 9'903.60 della penultima nota relativa alle prestazioni dal 6.2.02 al 20.3.02 e di fr. 892.70 della nota relativa alle prestazioni effettuate nel febbraio 2003 sulle quali tuttavia gli interessi non decorrono poiché, ad oggi, non sono ancora passati 24 mesi. Per cui, va esaminato se e a partire da quando sull'importo di fr. 8'896.85 (9'789.55 - 892.70) sono dovuti gli interessi. Per l'art. 7 cpv. 2 OPGA l'interesse di mora è calcolato ogni mese sulle prestazioni spettanti al beneficiario sino alla fine del mese precedente. Il suo decorso inizia il primo giorno del mese in cui è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento. La citata nota, trasmessa dal dentista curante del ricorrente alla Cassa, porta la data del 21 marzo 2002 (doc. XXVI/A1). Kieser, op. cit., pag. 303 n. 21 ad art. 26, a proposito del momento a partire dal quale l'assicurato ha diritto alla prestazione, rammenta: " Das ATSG regelt die Entstehung des Anspruches auf Leistungen nicht generell, hält aber fest, dass für die geltendmachung des Anspruchs eine Anmeldung erforderlich ist (art. 29 ATSG). Art. 26 Abs. 1 ATSG knüpft bei der Bestimmung der 24-monatigen Frist nicht an diese Anmeldung an, sondern bestimmt, dass eine Verzugszinspflicht dann einsetzt, wenn seit der Entstehung des Anspruchs 24 Monate verstrichen sind. Dies ist im Sinne einer Mindestvoraussetzung zu verstehen. (...) Wann der Anspruch entsteht, wird vom Einzelgesetz bestimmt. (...) Wird die Anmeldung bei einem unzuständigen Versicherungsträger oder nicht formgerecht eingereicht, stellt sich die Frage, wann der Anspruch als geltend gemacht betrachtet werden kann. Art. 29 Abs. 3 ATSG stellt für die an die Anmeldung geknüpften Wirkungen in solchen Fällen dennoch auf die Postübergabe bzw. den Eingang beim (unzuständigen) Versicherungsträger ab." In concreto la nota d'onorario in esame portante su prestazioni per le quali la Cassa stava eseguendo accertamenti per stabilire se erano a suo carico, è datata 21 marzo 2002 ed è stata indirizzata direttamente all'assicuratore. Non vi sono agli atti elementi per mettere in dubbio che questa lettera non sia stata trasmessa quel giorno o il giorno seguente. Al più presto gli interessi decorrono pertanto dal 1° marzo 2004, ossia 24 mesi dopo il primo giorno del mese in cui è insorto il diritto alla prestazione. A mente del TCA è irrilevante che al momento in cui la

decisione è stata emanata il diritto agli interessi non esisteva ancora (il 4 marzo 2003 non erano ancora passati 24 mesi dalla nascita del diritto alla prestazione). Infatti, Kieser, op. cit., pag. 305 n. 24 ad art. 26, rammenta che: " Wird gegen eine leistungsablehnende Verfügung eine Beschwerde eingereicht und zieht die Erhebung des Rechtsmittels eine Leistungszusprache nach sich, entfällt für die Spanne der gerichtlichen Beurteilung der Verzugszins nicht. Vielmehr hat der Versicherungsträger auch für diese Verzögerung einzustehen. Art. 26 Abs. 2 ATSG setzt nämlich - in Abwendung von der bisherigen Betrachtungsweise - kein dem Versicherungsträger vorwerfbares Verhalten voraus; vielmehr ist der Verzugszins Ausgleich des Schadens, welcher der versicherten Person durch die Verzögerung entsteht (Protokoll der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 7. Dezember 1998, 5); es kommt ihm - in Entsprechung zu den Verhältnissen bei Beitragsforderungen - keine Straffunktion zu. Die bisherige Rechtsprechung, wonach der Versicherungsträger während des Gerichtsverfahrens grundsätzlich keinen Verzugszins zu entrichten hat (vgl. BGE 117 V 351 ff.), ist deshalb hinfällig geworden, weil hier von der Voraussetzung eines Verschuldens des Versicherungsträgers auszugehen war; gegebenenfalls setzt das Verhalten der Gerichtsbehörde jedoch bezüglich eines weitergehenden Schadens einen Staatshaftungsgrund (vgl. dazu KIESER, Bestandesaufnahme, 331)." In simili condizioni l'assicuratore deve versare interessi al 5% su fr. 8'896.85 dal 1° marzo 2004. 2.14. L'insorgente chiede l'assunzione di ulteriori prove. Alla luce degli atti dell'incarto e delle osservazioni delle parti, nonché delle motivazioni che hanno indotto il TCA a parzialmente accogliere il ricorso, l'assunzione di ulteriori prove ed in particolare delle testimonianze dei _____ non modificherebbe l'esito della vertenza. La perizia risulta infatti chiara e ben motivata e il TCA, come visto in precedenza, non ha alcun motivo per distanziarsi dalle sue conclusioni. L'assunzione di ulteriori prove si rivelerebbe superflua. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. All'assicurato, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 lett. g LPG).

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