

TI_GERICHTE 36.2006.11 vom 10. Juli 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-07-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2006.11

FR: TI_GERICHTE 36.2006.11 du 10 juillet 2006

IT: TI_GERICHTE 36.2006.11 del 10 luglio 2006

Regeste

Rifiuto dell'assunzione dei costi di una cura dentaria. Mancanza di nesso causale tra l'assunzione di medicinali e il danno ai denti.

Erwägungen

E. 3

Per quanto concerne gli interventi ai denti, va rammentato che 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. L'art. 33 cpv. 2 LAMal ha demandato al Consiglio federale il compito di designare in dettaglio le prestazioni secondo i principi di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal. Facendo uso di una subdelega (art. 33 cpv. 5 LAMal in relazione con l'art. 33 lett. d OAMal), il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha promulgato per ognuna delle fattispecie regolate dall'art. 31 cpv. 1 LAMal una propria norma di attuazione, più precisamente gli articoli 17, 18 e 19 OPre. Così, mentre l'art. 17 OPre (emanato in attuazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal) racchiude la lista delle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio, l'art. 18 OPre (realizzato a concretizzazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal) enumera altre malattie gravi suscettibili di ocasionare dei trattamenti dentari che, come tali, non costituiscono affezioni dell'apparato masticatorio, ma tuttavia gli sono di nocimento. Quanto all'art. 19 OPre (formulato in applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal), esso prevede che l'assicurazione assume i costi dei trattamenti dentari necessari per conseguire le cure mediche in caso di focolai ben definiti. L'art. 19a OPre disciplina infine l'assunzione delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenite (DTF 129 V 83 consid. 1.2, 128 V 62 consid. 2b, 127 V 341 consid. 2b, 124 V 347 consid. 2). L'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari è esaustivo (DTF 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a e 343 consid. 3b, 124 V 347 seg. consid. 3a). Mentre, a seconda del significato patologico, le spese di un trattamento medico devono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in funzione dell'art. 25 LAMal, la copertura assicurativa di un trattamento dentario si determina secondo i criteri di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal in relazione con gli art. 17 segg. OPre (DTF 128 V 146 consid. 5). Il TFA ha rammentato che l'art. 19 OPre non si limita a regolamentare solo gli interventi antecedenti il trattamento della malattia, bensì garantisce in generale un'assistenza completa (quindi anche ricostruttiva) nella misura in cui la cura dentaria era necessaria per il

trattamento di una delle gravi malattie sistemiche contemplate nella norma (STFA del 15 luglio 2004 nella causa S., inc. K 68/03, pubblicata in DTF 130 V 472 ; DTF 124 V 199 consid. 2d). L'Alta Corte ha pure affermato che secondo giurisprudenza anche il trattamento medicamentoso di una malattia grave sistemica menzionata all'art. 18 cpv. 1 OPre configura una conseguenza della medesima e può quindi giustificare l'assunzione di una cura dentaria (DTF 118 V 69 consid. 5b), purché l'affezione dentaria non sia oggettivamente evitabile (DTF 128 V 59, STFA del 15 luglio 2004 nella causa S., inc. K 68/03, pubblicata in DTF 130 V 472).

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 (cfr. STFA del 15 luglio 2004 nella causa S., inc. K 68/03 consid. 2.4; DTF 129 V 83 consid. 1.3). 6. Secondo l'art. 19 OPre l'assicuratore deve assumere i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal) in caso di: " a. sostituzione delle valvole cardiache, impianto di protesi vascolari o di shunt del cranio; b. interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita; c. radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna; d. endocardite." 7. Il TFA ha emesso diverse sentenze concernenti l'applicazione degli art. 17-19 OPre. 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 dall'assicurazione malattie obbligatoria, dev'essere esaminato se l'affezione in questione costituisca un effetto secondario irreversibile dovuto a medicamenti ai sensi dell'art. 17 lett. b cifra 3 OPre (DTF 127 V 339 = SVR 2002, KV Nr. 26 pag. 91). Al consid. 7 (pag. 346), il TFA ha affermato: " (...) 7.- Vorliegend stellt sich die Frage, ob die Erkrankung des Zahnhalteapparates, unter welcher

die Beschwerdeführerin unbes ttrittenermassen 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 Onkozentrum 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 indicato: "(...) 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 Kauffunktion 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 Kauffunktion 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 ausgeübte 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 Kaufkraft 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 dove il TFA così si è espresso: " 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. 8. Per quanto concerne il caso di specie, come visto in precedenza, l'insorgente, per il tramite del Dr. med. _____, FMH medicina interna, ha chiesto l'assunzione dei costi delle prestazioni effettuate dalla Dr.ssa _____ dall'ottobre 2001 al luglio 2003. Il 25 giugno 2003 il medico curante ha affermato che l'insorgente " è trattato da due anni con corticosteroidi orali per una polimialgia reumatica. Nell'arco di questi due anni vi è un netto peggioramento dello stato dentario che necessita un'adeguata sanazione. I danni dentari sono (innanzitutto a livello gengivale) chiaramente dovuti alla terapia internistica indispensabile. " (doc. 2). Interpellato dall'assicuratore, il medico fiduciario, Dr. _____, medico dentista SSO, in data 22 luglio 2003 ha rilevato che " la documentazione sottopostaci è insufficiente. La dentista curante non ha fornito alcuna diagnosi parodontale attuale né informazioni sullo stato delle gengive all'inizio della cura con corticosteroidi. Risulta perciò impossibile verificare se nel caso specifico si possono effettivamente dimostrare effetti collaterali dei farmaci a norma dell'art. 17b3 dell'OPre. Nella letteratura scientifica non sono descritti effetti diretti dei corticosteroidi sul parodonto. Inoltre la nota d'onorario riguarda cure conservative (otturazioni) ai denti, estrazioni e interventi di protesi dentaria ma non cure parodontali. " (doc. 4) Il

E. 14

novembre 2003 il Dr. med. _____ ha scritto all'assicuratore, affermando che " la ricerca fatta dal " _____ " del _____ (vedi allegato dello scritto del 13.10.03), menziona chiaramente che vi è un nesso tra gengivopatie e tassi elevati di corticosteroidi.

Questa ricerca scientifica conferma il mio certificato medico del 25.06.2003. Essendovi una chiara relazione tra la corticoterapia orale a lungo termine ed i problemi dentari vi è un obbligo da parte della rispettabile CO 1 di contribuire finanziariamente ai costi della sanazione dentistica. ” (doc. 6) Dall’allegato parere del _____ di _____ (_____), emerge: " Hintergrund Ein Patient (Jahrgang _____, Herzinfarkt im August 2000, Hörsturz 1996) leidet an Polymyalgie und nimmt seit 1998 Prednison ein. Momentan nimmt der Patient 12.5mg morgens ein. Die Tagesdosis betrug phasenweise 60mg. Wochen bis Monate nach Beginn der Prednisontherapie klagte der Patient über Zahnfleischprobleme und wurde aufgrund von Zahnfleischentzündungen zum Zahnarzt überwiesen. Dieser musste einer Sanierung der betroffenen Zähne vornehmen. Fragestellung Gibt es einen Zusammenhang zwischen der aufgetretenen Zahnfleischentzündung und der Glukokortikoidtherapie? Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Grundkrankheit Polymyalgie und der Zahnfleischentzündung? (...) Mittels einer Recherche auf der Datenbank Medline [6] wurden Hinweise gefunden, dass die Auslösung von Peridontalerkrankungen hormonalen Einflüssen unterliegen kann [7, 8]. Der Einfluss der Geschlechtshormone auf das peridontale Gewebe ist schon seit längerer Zeit bekannt. Eine Studie zeigte, dass auch erhöhte Level an zirkulierendem Kortisol, zusammen mit Stress, akute, nekrotische, ulzerative Gingivitiden bewirken können [8]. Weder in der Standardliteratur [9-11] noch mittels Recherche auf Medline wurden weitere Hinweise auf Zahnfleischprobleme unter Glukokortikoiden gefunden [6]. Die einzigen für den Rachenraum beschriebenen UAWs betreffen Infektionen mit Bakterien und/oder Pilzen, die aufgrund der immunsuppressiven Wirkung der Glukokortikoiden vermehrt auftreten können. Konklusionen Es wurden keine Hinweise auf eine Assoziation zwischen den Zahnfleischbeschwerden und der Polymyalgie gefunden. 2. Es wurde ein Hinweis gefunden, dass erhöhte Kortisolspiegel, zusammen mit Stress, akute, nekrotische, ulzerative Gingivitiden auslösen kann." (doc. 7) Il 3 giugno 2004 la Dr.ssa _____ ha affermato che „ c’è una chiara relazione tra la corticoterapia orale a lungo termine e i problemi dentari del signor RI 1; che ha spesso bisogno di sanazione dentistica visto lo stato disastroso del parodontio ” (doc. 9) L’assicuratore, in data 25 giugno 2004, ha chiesto all’interessato di voler chiedere al proprio dentista curante la diagnosi esatta, lo stato e reperto del parodonto, la cronologia temporale dei controlli dentali prima della cura con corticosteroidi, la cronologia temporale delle misure di igiene dentale prima della cura con corticosteroidi e la documentazione radiografica 2001/2002 (doc. 10). Il 13 settembre 2004 la Dr.ssa _____ ha così risposto: " 1. Parodontite con tasche ossee 2. Stato del parodonto pessimo 3. Controlli annuali eseguiti dal 1992 al 1994 prima della cura con corticosteroidi 4. Detartrasi annuale prima della cura con corticosteroidi" (doc. 12) Il 3 novembre 2004 il dentista fiduciario, Dr. _____, ha affermato: " Ho esaminato la ricerca del _____ su possibili effetti collaterali del cortisone sul parodonto. Il rapporto afferma che uno studio ha potuto mostrare che un elevato tasso di cortisone circolante può avere effetti sul parodonto. Lo stesso rapporto afferma pure che una ricerca nella letteratura scientifica non ha dato altri risultati e che non sono stati trovati indizi di problemi gengivali sotto terapia di glucocorticosteroidi. La conclusione afferma che, nella letteratura scientifica, è stato trovato un solo indizio che elevati tassi di corticosteroidi, associati allo stress, possano dare origine a affezioni dentali. L’evidenza scientifica è quindi molto debole e insufficiente ad affermare un effetto collaterale dei medicinali in questione sul parodonto, ai sensi dell’OPre. Resta inoltre il fatto che la nota d’onorario si riferisce a cure conservative, estrazioni e riparazioni di protesi esistenti, e che la dentista curante non ha

documentato lo stato parodontale da lei diagnosticato." (doc. 16) Il 9 dicembre 2004 il Dr. med. _____ ha scritto al Prof. Dr. med. _____, dell'Ospedale _____ di _____, affermando quanto segue: "(...) La patologia gengivale è stata confermata dal punto di vista clinico (chiara gengivite spesso anche purulenta necessitando ogni 4-8 settimane un'antibiosi con Azithromycin e radiologicamente importante retrazione gengivale). Ricordo che conosco il paziente dal 1991. Lo curo dal 1998 con Prednisone per una polimialgia reumatica. I problemi gengivali sono sorti chiaramente dopo l'inizio di questa corticoterapia sistemica e non possono a mio modo di vedere essere attribuite ad un decorso "naturale". La mia osservazione clinica ha tramite le sue ricerche trovato una conferma. Questa conferma si è trovata nonostante il fatto che evidentemente su questo campo non sono da aspettarsi ricerche enormi per mancanza di interesse economico della problematica (malattia relativamente rara, medicinali vecchi e poco costosi e poco redditizie)." (doc. P) Con scritto del 29 luglio 2005 lo specialista ha, tra l'altro, affermato: "Frau RI 1 wird wegen einer Polymyalgie seit 1998 mit Prednison behandelt. Unter dieser Therapie entwickelte sie eine Gingivitis/Parodontitis, welche eine zahnärztliche Behandlung notwendig machte. In unserem Bericht vom 13.10.03 haben wir zur Möglichkeit Stellung genommen, dass die Zahnfleischprobleme durch Prednison hervorgerufen sein könnten. Es gibt auch in der neueren Literatur keine direkten Anhaltspunkte, dass Patienten unter Prednison vermehrt zu solchen Problemen neigen. Allerdings ist gut bekannt, dass Patienten unter Immunsuppression, insb. Patienten mit einer HIV-Infektion, vermehrt Zahnfleischprobleme aufweisen (1-3). Interessanterweise wurden im Speichel von Patienten mit HIV-Infektion vermehrt Glukokortikoide nachgewiesen (4), was darauf hindeuten könnte, dass Glukokortikoide tatsächlich mit Zahnfleischproblemen assoziiert sind. Eine von uns schon im Brief vom 13.10.03 zitierte Arbeit würde diese Annahme stützen (5). Zusammenfassend kann man sagen, dass direkte Hinweise fehlen, dass bei Patienten unter Glukokortikoidtherapie vermehrt Zahnfleischprobleme auftreten. Indirekt gibt es aber genügend Hinweise darauf, dass Patienten unter einer Dauertherapie mit Prednison vermehrt zu Zahnfleischproblemen neigen." (doc. Q) Interpellato in merito pendente causa dal TCA, il Dr. _____, fiduciario della Cassa, ha rilevato: "Non esiste un'evidenza scientifica robusta di effetti collaterali dei glucocorticosteroidi sul parodonto. Una ricerca nella letteratura specialistica mondiale, commissionata dal medico curante al _____ e trasmessagli in data 13 ottobre 2003, ha potuto trovare un solo articolo che indicasse una possibile associazione. Nel suo scritto del 29 luglio 2005, da lei gentilmente messi a disposizione, il Prof. _____ afferma che mancano indizi diretti di effetti dei glucocorticosteroidi sul parodonto. Gli indizi sono solo indiretti, quattro degli articoli scientifici da lui citati (1-4) si riferiscono all'effetto dell'infezione HIV sul parodonto. Questi effetti potrebbero essere legati ad altri meccanismi e non ai glucocorticosteroidi. Solo un articolo (5), già citato nella lettera del 13 ottobre 2003 dello stesso prof _____, sembra apportare indizi che i glucocorticosteroidi potrebbero essere associati a problemi parodontali. Alcuni indizi non fanno una prova e, in ogni caso, va tenuto presente che un'associazione statistica non dimostra necessariamente una relazione causale. A mio parere nemmeno lo scritto del 29 luglio apporta una prova sufficiente che una terapia con Prednison possa avere effetti collaterali negativi sul parodonto." (doc. XI). Mentre la Cassa non ha preso posizione sullo scritto del suo medico fiduciario, la ricorrente ha affermato di non avere osservazioni da presentare (doc. XII e XIII). 9. Secondo la giurisprudenza, quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si

fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10 pag. 33 segg.), la 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, come detto, per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA dell'8 novembre 2005 nella causa A., U 29/04; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230).

10. Va preliminarmente rilevato che, a mente del TCA, nel caso di specie va esclusa in ogni caso l'applicazione degli art. 18 e 19 OPre ritenuto come dagli atti dell'incarto non emerge che l'assicurato sia affetto da una delle malattie esaustivamente elencate nei citati disposti. Del resto né il ricorrente né la convenuta accennano alla presenza di tali patologie. Va quindi esaminato se, conformemente all'art. 17 lett. b cifra 3 OPre, invocato dall'insorgente, l'assicurato soffre di una malattia del parodonto causata da effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali. Se i medici curanti (dr.ssa _____ e Dr. med. _____) tendono ad attribuire il pessimo stato parodontale del paziente all'assunzione di corticosteroidi, il medico fiduciario della Cassa (Dr. _____) esclude il nesso di causalità, affermando inoltre che le cure prestate sono conservative (otturazioni), estrazioni e interventi di protesi dentaria ma non cure paradontali. Da un attento esame dei due pareri del Prof. _____ dell'Ospedale _____ di _____ (del 13 ottobre 2003: doc.

F e del 20 luglio 2005: doc. Q) emerge innanzitutto che non è stato riscontrato, in ambito scientifico, alcun nesso tra le patologie dentali di cui è affetto il paziente e la polimialgia o le malattie che ne derivano (" Mittels einer Recherche auf Medline wurden keine Hinweise auf das Auftreten von Zahnfleischproblemen als Folge weder der Polymialgie selbst noch mit der assoziierten Krankheit Riesenzellerarteritis gefunden. ", Doc. F). Per quanto concerne il nesso tra i danni ai denti e l'assunzione di corticosteroidi, l'esperto ha affermato che esiste un indizio che l'assunzione di dosi importanti di corticosteroidi, associata allo stress, può provocare delle gengiviti (" Es wurde ein Hinweis gefunden, dass erhöhte Kortisolspiegel, zusammen mit Stress, akute, nekrotische, ulzerative Gingivitiden auslösen kann. ", doc. Q). Il Professore ha in particolare rilevato che un elevato tasso di cortisone circolante può avere effetti sul parodonto (" Eine Studie zeigte, dass auch erhöhte Level an zirkulierendem Kortisol, zusammen mit Stress, akute, nekrotische, ulzerative Gingivitiden bewirken können "). Non sono invece stati trovati altri indizi di problemi gengivali sotto terapia di glucocorticosteroidi (" Weder in der Standardliteratur [9-11] noch mittels Recherche auf Medline wurden weitere Hinweise auf Zahnfleischprobleme unter Glukokortikoiden gefunden "). Nel secondo parere del 29 luglio 2005 l'esperto ha ribadito che " es gibt auch in der neueren Literatur keine direkten Anhaltspunkte, dass Patienten unter Prednison vermehrt zu solchen Problemen neigen .", concludendo che mancano indizi diretti, secondo i quali nei pazienti che assumono glucocorticosteroidi i danni al parodonto si verificano in maniera accresciuta, anche se indirettamente ci sono indizi sufficienti per ritenere che pazienti che assumono durevolmente il Prednison tendono maggiormente a soffrire di danni ai denti (" Zusammenfassend kann man sagen, dass direkte Hinweise fehlen, dass bei Patienten unter Glukokortikoidtherapie vermehrt Zahnfleischprobleme auftreten. Indirekt gibt es aber genügend Hinweise darauf, dass Patienten unter einer Dauertherapie mit Prednison vermehrt zu Zahnfleischproblemen neigen. "). Come evidenzia il medico fiduciario della Cassa non è stata riscontrata un'evidenza scientifica robusta di effetti collaterali dei glucocorticosteroidi sul parodonto. Nel rapporto del 13 ottobre 2003 è stato segnalato solo un articolo che indicava una possibile associazione tra l'assunzione di glucocorticosteroidi e i danni al parodonto (cfr. doc. XI). Il referto del 29 luglio 2005 riferisce di indizi indiretti. Quattro degli articoli scientifici citati concernono l'effetto dell'infezione HIV sul parodonto e solo un articolo, già citato nel 2003, sembra apportare indizi circa il nesso causale tra l'assunzione di glucocorticosteroidi e i danni al parodonto (doc. XI). Come rileva il medico fiduciario della convenuta, un'associazione statistica non dimostra necessariamente una relazione causale. Va a questo proposito rammentato che per quanto concerne il medico fiduciario della Cassa, la LAMal all'art. 57, prevede che: " 4 Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. 5 Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni." La LAMal attribuisce quindi un ruolo importante al medico fiduciario - rafforzato rispetto alla vecchia LAMI - che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (cfr. Eugster, in SBVR, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, 1998 p. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 nella

causa V., K87/00, p. 4 consid. 2d e dottrina citata). Alla luce delle emergenze istruttorie e delle convincenti valutazioni del medico fiduciario della Cassa, il TCA ritiene che non è provato secondo il principio della verosimiglianza preponderante che nella fattispecie vi sia un nesso causale tra l'assunzione dei corticosteroidi e il danno ai denti. Va del resto rammentato che nel diritto della assicurazioni sociali non esiste il principio secondo il quale in caso di dubbio occorre giudicare in favore dell'assicurato (DTF 126 V 319 consid. 5a, RAMI 1999 no U 349 p. 478 consid. 2b). I referti dei medici curanti non sono invece atti a comprovare la presenza di un nesso causale tra la cura cui si è sottoposto l'insorgente e i danni parodontali. In particolare la curante, le cui valutazioni, secondo la generale esperienza della vita, in caso dubbio, tendono ad essere favorevoli al 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), anche in seguito alle puntuali richieste dell'assicuratore di data 25 giugno 2004 (doc. 10), che domandava la diagnosi esatta, lo stato ed il reperto del parodonto, la cronologia temporale dei controlli dentali prima della cura con corticosteroidi, la cronologia temporale delle misure di igiene dentale prima della cura con corticosteroidi e la documentazione radiografica 2001/2002, ha risposto in data 13 settembre 2004 in maniera assai succinta, limitandosi ad affermare che vi è una parodontite con tasche ossee, che lo stato del parodonto è pessimo, che ci sono stati controlli annuali eseguiti dal 1992 al 1994 prima della cura con corticosteroidi e una detartrasi annuale prima della cura con corticosteroidi (doc. 12). Da parte sua il dr. med. _____, pur avendo attestato, a suo parere, la presenza di un nesso causale, è un esperto di medicina interna e pertanto non è uno specialista in ambito dentistico come invece il fiduciario della Cassa, medico dentista SSO. Per cui, la presenza di un nesso causale tra i danni ai denti e l'assunzione di corticosteroidi non è stata resa verosimile. Inoltre, non va dimenticato che dagli atti emerge che l'interessato ha iniziato la cura con il Prednison nel 1998, mentre i controlli annuali presso la dentista curante sono stati effettuati unicamente dal 1992 al 1994. Manca pertanto una corretta profilassi dei denti tale da impedire l'insorgere del danno, poiché l'assicurato non si è recato, regolarmente, presso il proprio dentista per una sistematica visita dello stato dell'igiene dentale (cfr. anche la STFA del 29 gennaio 2002, K 106/99, pubblicata in SVR KV Nr. 43 pag. 17 e seg. = DTF 128 V 59, in cui l'Alta Corte al consid. 6e ha rammentato che: „ Die Mundhygiene muss aber in jedem Fall sowohl in der täglichen Durchführung wie auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene in vernünftigem und zumutbarem Rahmen bleiben. “). Prima dell'inizio della cura con il medicamento è stata effettuata solo una detartrasi annuale. Per cui anche dal punto di vista dell'igiene dentale non vi sono elementi atti a comprovare che se l'insorgente avesse adottato una corretta profilassi dentaria il danno non si sarebbe verificato. Infine, come rammenta il dentista fiduciario, la nota d'onorario concerne prevalentemente cure conservative, estrazioni e interventi di protesi e non cure parodontali. In queste condizioni, alla luce di quanto sopra esposto il ricorrente non è riuscito a rendere verosimile che l'assunzione di corticosteroidi ha avuto un'influenza diretta sul peggioramento dello stato del parodonto. Il ricorso va pertanto respinto mentre la decisione impugnata merita conferma.