

TI_GERICHTE 36.2007.4 vom 24. April 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-04-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2007.4

FR: TI_GERICHTE 36.2007.4 du 24 avril 2007

IT: TI_GERICHTE 36.2007.4 del 24 aprile 2007

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi di una protesi alla mascella superiore e di una protesi alla mascella inferiore. Esame degli art. 17-19 OPRé. Nel caso di specie manca sia il nesso causale tra la malattia e l'intervento prospettato che una corretta profilassi e igiene dentale.

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge organica giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00) e 2 cpv. 1 LPTCA. 2. Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Giusta l'art. 85 cpv. 2 della nuova legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), entrata in vigore il 1° gennaio 2006, per le controversie relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. In ambito cantonale, la LCAMal all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà, per analogia, la Legge di procedura per le cause davanti al TCA (LPTCA). In concreto, con atto del 30 dicembre 2006, RI 1 ricorre contro la decisione su opposizione del 28 novembre 2006 e fa valere prestazioni derivanti dalle assicurazioni complementari rette dalla LCA. Nella misura in cui l'assicurato fa valere prestazioni derivanti dai contratti assicurativi retti dal diritto privato, le sue pretese saranno oggetto di giudizio separato da parte di questo Tribunale (inc. 36.2007.5). nel merito 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 nocumento. 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 130 V 472, consid. 2.4 non pubblicato, DTF 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a e 343 consid. 3b, 124 V 347 seg. consid. 3a; cfr. anche Claudia Kopp Käch, Zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen [Überblick über die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts], in ZBJV 2002, pag. 419 e seguenti). 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 = DTF 130 V 472 consid. 4.2 non pubblicato; 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, DTF 130 V 472).

E. 4

sindromi mielodisplastiche (SMD),

E. 5

marzo 2007 il curante ha affermato:

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." Per il cpv. 2 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. DTF 130 V 472, consid. 2.4 non pubblicato; DTF 129 V 83 consid. 1.3).

6. Secondo l'art. 19 OPre (malattie sistemiche; cura dentaria di focolai) 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." Questa norma non si limita a regolamentare solo gli interventi antecedenti, 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 dalla norma (STFA del 15 luglio 2004 nella causa S., inc. K 68/03 = DTF 130 V 472, consid. 4,2 non pubblicato; cfr. anche DTF 124 V 199 consid. 2; G. Eugster, Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG, in: LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 243).

7. Il TFA ha emanato diverse sentenze concernenti l'applicazione degli art. 17-19 OPre, in particolare l'Alta Corte, in data 28 settembre 2001, ha stabilito che al fine di determinare se le spese di cura di una parodontopatia addebitabile a una chemioterapia di una patologia maligna debbano essere assunte a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, dev'essere esaminato se l'affezione in questione costituisca un effetto secondario irreversibile dovuto a medicinali ai sensi dell'art. 17 lett. b cifra 3 OPre (DTF 127 V 339 = SVR 2002, KV Nr. 26 pag. 91). Al consid. 7 (pag. 346), il TFA ha affermato: " (...) 7.- Vorliegend stellt sich die Frage, ob die Erkrankung des Zahnhalteapparates, unter welcher die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen leidet, nicht unter Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV zu subsumieren ist. Auffälligerweise sind weder die Parteien noch die Vorinstanz auf diese Bestimmung aufmerksam geworden. Auch das BSV, das von der Vorinstanz auf den Umfang von Art. 18 KLV angesprochen worden ist, hat diese Bestimmung nicht erwähnt. Der Grund dürfte darin liegen, dass die Regelung nicht auf den ersten Blick als klar erscheint. Während die übrigen Ziffern (in lit. a deren zwei, in lit. b deren weitere zwei, in lit. c deren fünf, in lit. d deren drei, in lit. e deren zwei und in lit. f deren drei, insgesamt somit 18 Ziffern) allesamt Erkrankungen oder Dysgnathien mit Krankheitswert aufzählen, nennt lit. b Ziff. 3 keine Erkrankung. Die Rede ist lediglich von irreversiblen Nebenwirkungen von Medikamenten. Im Zusammenhang mit der Unterüberschrift von lit. b "Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien)" und den Ziffern 1 und 2, nämlich Ziff. 1, welche die präpubertäre Parodontitis, und Ziff. 2, welche die juvenile, progressive Parodontitis nennen, drängt sich jedoch der Schluss auf, dass auch Ziff. 3 eine Parodontitis im Auge hat, nämlich eine durch irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten verursachte Parodontitis. Diese Interpretation verdient vor jeder anderen

denkbaren Auslegung den Vorzug. Insbesondere vermöchte nicht zu befriedigen, die genannte Bestimmung von Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV als systematisch falsch eingeordnet und als in Art. 18 KLV gehörend zu bezeichnen. Eine solche Interpretation gelänge nur durch die Bejahung eines systematischen Fehlers bei der Gesetzgebung, wobei dann aber noch ein zweiter Fehler zu überspringen wäre, nämlich dass eine Bezeichnung der schweren Allgemeinerkrankung immer noch fehlen würde, die nach Art. 18 KLV doch genannt sein müsste. Bei der dargelegten Interpretation dagegen ist nicht von einer eigentlich fehlerhaften Gesetzgebung auszugehen, sondern lediglich von einer nicht ohne weiteres verständlichen. Die dargelegte Interpretation führt zu einem vernünftigen Sinn. Zudem ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass nach Meinung des PD Dr. med. O., Chefarzt 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)." In data 27 febbraio 2002, nella causa S. (K 146/00), pubblicata in DTF 128 V 66 (risanamento dentario dopo una malattia psichica grave. Il trattamento medicamentoso di una malattia psichica grave configura una conseguenza della medesima e può quindi giustificare l'assunzione di una cura dentaria), il TFA ha indicato: "(...) Indem Gesetz und Verordnung ausdrücklich als Ursache der zahnärztlichen Behandlung auch die Folgen einer schweren Allgemein erkrankung nennen, drängt sich der Schluss auf, dass auch die Behandlung einer schweren Erkrankung als Folge derselben zu einer leistungspflichtigen zahnärztlichen Behandlung führen kann. Ist demzufolge die zahnärztliche Behandlung des Versicherten durch die medikamentöse Behandlung als Folge seiner schweren psychischen Erkrankung bedingt, fällt sie in den Pflichtleistungsbereich des Krankenversicherers. c) Die trotz regelmässiger Fluoridierung und guter Mundhygiene exponentiell verlaufende floride Schmelz/Dentin/Zementkaries an sämtlichen Zähnen des Versicherten ist gemäss Berichten des behandelnden Zahnarztes Dr. med. dent. T. _____ vom 24. Januar 1999 und 21. September 2000 eine Folge der aus der medikamentösen Behandlung der Depression resultierenden Xerostomie (Mundtrockenheit). Die flächigen Abrasionen und Frontzahnfrakturen seien sodann auf Karies und insbesondere auf den massiven Bruxismus (Zähneknirschen) zurückzuführen. Gestützt auf diese schlüssigen Berichte ist demzufolge mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Zahnschäden durch die schwere psychische Erkrankung und ihre Folgen verursacht worden und trotz genügender Mundhygiene nicht vermeidbar gewesen sind. Die Kosten der notfallmässig bereits durchgeführten Zahnbehandlung sowie der gemäss Kostenvoranschlag vom 24. Januar 1999 geplanten Weiterführung dieser Behandlung sind demzufolge von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. (...)" Lo stesso giorno, nella causa G. (K 139/99), pubblicata in RAMI 2002

pag. 157, l'Alta Corte ha deciso: " (...) a) Art. 31 Abs. KLV in 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV löst, obschon in diesen Bestimmungen nicht ausdrücklich erwähnt, analog zu Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Pflichtleistungen aus. Zu betonen ist dabei, dass nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung unvermeidbar gewesen sein muss. Dies geht einerseits aus der parlamentarischen Debatte über Art. 31 KVG hervor, bei der die Mehrheit in den Räten die Auffassung vertrat, dass vermeidbare Erkrankungen des Kausystems, wie Karies, generell nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehören (vgl. Amtl. Bull. 1992 S 1301 f.; Amtl. Bull. 1993 N 1843 f.). Andererseits ergeben auch Sinn und Zweck der Verordnungsbestimmung, dass der Grund für die Zuordnung zu den Pflichtleistungen darin zu sehen ist, dass die versicherte Person für die Kosten der zahnärztlichen Behandlung dann nicht voll aufkommen muss, wenn sie an einer nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems leidet, die durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 239 f.). Dieser Auslegung liegt somit der Gedanke zu Grunde, dass von einer versicherten Person eine genügende Mundhygiene erwartet wird. Diese verlangt Anstrengungen in Form täglicher Verrichtungen, namentlich die Reinigung der Zähne, die Selbstkontrolle der Zähne, soweit dem Laien möglich, des Ganges zum Zahnarzt, wenn sich Auffälligkeiten am Kausystem zeigen, sowie periodischer Kontrollen und Behandlungen durch den Zahnarzt (einschliesslich einer periodischen professionellen Dentalhygiene). Sie richtet sich nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde (vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehenes Urteil I. vom 29. Januar 2002, K 106/99) b) Unter vermeidbar im Sinne der obigen Ausführungen fällt alles, was durch eine genügende Mundhygiene vermieden werden könnte. Abzustellen ist dabei grundsätzlich auf eine objektive Vermeidbarkeit der Kausystemerkrankung. Massgebend ist demzufolge, ob beispielsweise Karies oder Parodontitis hätte vermieden werden können, wenn die Mundhygiene genügend gewesen wäre, dies ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist (vgl. Gebhard Eugster, a.a.O., S. 251; zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehenes Urteil I. vom 29. Januar 2002, K 106/99). 5.- a) Der Beschwerdegegner, unterstützt durch den ihn behandelnden Zahnarzt Dr. med. dent. F. _____, führt die Notwendigkeit der Gebissanierung auf die wegen seiner schweren Depression unterbliebene Mundhygiene zurück. Ohne näher darauf einzugehen, ob vorliegend die Voraussetzungen einer schweren psychischen Erkrankung und einer konsekutiven schweren Beeinträchtigung der Kaufunktion erfüllt sind, ist klarzustellen, dass massgebend für eine allfällige Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Gründe für das Unterbleiben der genügenden Mundhygiene sind. Ist einem schwer psychisch Kranken die Durchführung einer genügenden Mundhygiene lediglich erschwert, rechtfertigt sich eine Leistungspflicht für eine daraus hervorgegangene schwere Beeinträchtigung der Kaufunktion nicht. Auch andern schwer Kranken sowie Alten und Gebrechlichen ist nämlich die Aufrechterhaltung der Mundhygiene erschwert, ohne dass sie sich bei deren Vernachlässigung auf eine Leistungspflicht für daraus entstandene Gebisschäden berufen könnten. Eine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine Beeinträchtigung der Kaufunktion zufolge Unterbleibens genügender Mundhygiene kann somit unter dem Gesichtswinkel rechtsgleicher Behandlung nur bei solchen Versicherten

mit schweren psychischen Erkrankungen bejaht werden, bei denen eine genügende Mundhygiene aus Gründen dieser Krankheit verunmöglicht ist. In diesem Sinne äussert sich denn auch der von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO herausgegebene Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (SSO-Atlas, Definition, S. 145). Die Aufrechterhaltung genügender Mundhygiene kann verunmöglicht sein, wenn sich eine schwer psychisch kranke Person wegen ihres Unvermögens, die Notwendigkeit einer genügenden Mundhygiene zu erkennen, einer solchen widersetzt oder wenn die Durchführung einer genügenden Mundhygiene aus Gründen wie etwa der ernsthaften Verschlimmerung des psychischen Leidens während geraumer Zeit zu unterbleiben hat. Dabei ist bei schwer psychisch Kranken wie bei andern Kranken davon auszugehen, dass ihnen, soweit sich nicht Angehörige oder Bekannte um sie kümmern, die sozialen Hilfen (z.B. private oder öffentliche Fürsorge, unter Umständen vormundschaftliche Massnahmen) zur Verfügung stehen. b) Dem Beschwerdegegner war es nicht im oben dargelegten Sinne verunmöglicht, eine genügende Mundhygiene aufrecht zu erhalten. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte, wonach der Versicherte der Einsicht in die Notwendigkeit der Mundhygiene nicht fähig gewesen wäre und sich ihr widersetzt hätte. Abgesehen davon, dass nach dem Gesagten das vom Versicherten geltend gemachte Unvermögen, den Zahnarzt aufzusuchen, eine Leistungspflicht nicht zu begründen vermöchte, ist ein solches auch gar nicht ausgenötigte Mundhygiene aufrechtzuerhalten und die Zähne pflegen und kontrollieren zu lassen, legt der behandelnde Zahnarzt in seinem Schreiben an den Krankenversicherer vom 20. September 1996 nicht dar. Soweit er dem Beschwerdegegner am 19. Juni 1997 bestätigt hat, dass er nicht mehr in der Lage gewesen sei, das Haus zu verlassen, um ihn, den Zahnarzt, aufzusuchen, kontrastiert dies mit dem Umstand, dass der Versicherte gemäss eigenen Ausführungen einen kleinen Landwirtschaftsbetrieb mit Tierhaltung führte. Auch für kranke und ältere Menschen ist es regelmässig beschwerlich, den Zahnarzt aufzusuchen, was indessen für den Gesetzgeber keinen Grund darstellt, bei Vernachlässigung der Mundhygiene deswegen Pflichtleistungen der Krankenkasse vorzusehen. Im Übrigen hat auch der Psychiater Dr. med. J. _____ in seinem Schreiben an die Krankenversicherung vom 16. November 1996 damit argumentiert, der Beschwerdegegner sei nicht mehr in der Lage gewesen, ihn, den Psychiater, und den Zahnarzt aufzusuchen, wohingegen er in seinem Schreiben an die Vorinstanz vom 13. August 1997 ausgeführt hat, die psychiatrische Behandlung sei seit Mai 1989 (Zeitpunkt des Erhalts der IV-Rente) eingestellt worden, nachdem das Leiden des Versicherten einigermassen stabil geworden und eine weitere Besserung nicht mehr zu erreichen gewesen sei. Dies entspricht denn auch den Angaben des Beschwerdegegners im vorinstanzlichen Verfahren, wonach er die Behandlung beim Psychiater abgebrochen habe, als er keine Fortschritte mehr gemacht habe. 6.- a) Nach Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, die durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist. In Übereinstimmung damit setzt Art. 18 KLV diesbezüglich die Folgen einer schweren Allgemeinerkrankung der Erkrankung gleich. Ursache für die zahnärztliche Behandlung kann demnach die schwere Allgemeinerkrankung oder aber ihre Folge sein. Indem Gesetz und Verordnung ausdrücklich als Ursache der zahnärztlichen Behandlung auch die Folgen einer schweren Allgemeinerkrankung nennen, drängt sich der Schluss auf, dass auch die Behandlung einer schweren Erkrankung als Folge derselben zu einer leistungspflichtigen zahnärztlichen Behandlung führen kann. Ist demzufolge die zahnärztliche Behandlung des Versicherten durch die medikamentöse Behandlung als Folge seiner schweren psychischen

Erkrankung bedingt, fällt sie in den Pflichtleistungsbereich des Krankenversicherers. b) Der behandelnde Zahnarzt hat am 20. September 1996 der Beschwerdeführerin auf deren Anfrage hin mitgeteilt, es entziehe sich seiner Kenntnis, ob allenfalls Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung der psychischen Erkrankung des Versicherten bei der Schädigung des Gebisses eine Rolle gespielt haben könnten. Diesbezüglich sei der behandelnde Arzt zu befragen. In den Akten finden sich keine Hinweise darauf, dass dies getan worden ist. Da bejahendenfalls eine Leistungspflicht gegeben wäre, sofern und soweit aus einer medizinischen Behandlung einer schweren psychischen Erkrankung eine schwere Beeinträchtigung der Kaufkraft der versicherten Person hervorgegangen wäre, ist die Sache an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit sie diese Abklärungen vornehme und über ihre Leistungspflicht neu verfüge." (sottolineature del redattore) A proposito dell'assunzione dei costi delle cure dentarie a seguito di malattia delle ghiandole salivari (art. 18 lett. d OPre; in particolare la xerostomia) va qui segnalata inoltre la sentenza del 29 gennaio 2002 nella causa I (K 106/99) pubblicata in DTF 128 V 59 (= SVR 2002, KV Nr. 43, pag. 157) dove il TFA ha affermato che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è tenuta a riconoscere prestazioni solo in caso di malattia non evitabile dell'apparato masticatorio; di massima deve trattarsi di un'affezione oggettivamente non evitabile. Il carattere non evitabile presuppone un'igiene boccale sufficiente avuto riguardo alle conoscenze odontologiche attuali; una persona assicurata che, per la sua costituzione oppure a seguito di malattie di cui è stata affetta o di cure subite, presenta una predisposizione accresciuta alle malattie dentarie non può limitarsi a un'igiene boccale comune: " (...) Sie hat hingegen die Zahnschäden, für welche die Kassenleistungen verlangt, als bei guter Mundhygiene vermeidbar bezeichnet. Ihrer Ansicht nach war die Mundhygiene der Beschwerdeführerin ungenügend, wären doch vier jährliche Kontrollen und Fluoridierungen angemessen und zumutbar gewesen. Aus den eingereichten Rechnungen für die Behandlungen ab 1. Januar 1996 (recte: 12. Januar 1996) sei jedoch ersichtlich, dass einzig am 28. März 1996 eine Fluoridierung und am 16. April 1996 eine Schmelzätzung und Dentinvorbehandlung mit Haftvermittler als Kariesprophylaxe durchgeführt worden seien. b) Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, bei den Fällen von Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV könne Karies unvermeidbar sein. Zur sachkundigen Beantwortung der Frage der Vermeidbarkeit sei - wie bereits im kantonalen Verfahren beantragt - eine medizinische Expertise notwendig. Sie habe eine ordentliche Zahnpflege betrieben und sei stets darauf bedacht gewesen, die Mundschleimhäute nicht austrocknen zu lassen. c) Die Vorinstanz hat sich der Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach die in Rechnung gestellten Zahnbehandlungen bei geeigneter Prophylaxe trotz der bestehenden Xerostomie mit Sicherheit vermeidbar gewesen wären, angeschlossen. Massgebendes Kriterium sei die objektive Unvermeidbarkeit. Die Vermeidbarkeit von Parodontitis und Karies werde damit in gewissem Sinne zu einer Vermutung. Zu einer geeigneten Prophylaxe gehöre in concreto nun aber, dass sie häufiger als nur zweimal innerhalb von 16 Monaten durchgeführt werde. 6.- Den Darlegungen und insbesondere der Schlussfolgerung von Krankenkasse und Vorinstanz kann nicht beigespflichtet werden. a) Von einer "Vermutung" der Vermeidbarkeit von Karies kann nicht ausgegangen werden, auch nicht in "gewissem Sinne", wie das kantonale Gericht annimmt. Vielmehr gibt es Formen vermeidbarer und nicht vermeidbarer Karies. So hat der Verordnungsgeber mit der Aufnahme von Art. 18 lit. d KLV offensichtlich auch die Behandlung von Karies und andern Zahnschäden zur Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemacht, gerade eben in der

Erkenntnis, dass Speicheldrüsenerkrankungen und die daraus folgende Mundtrockenheit zu nicht vermeidbaren Zahnschäden führen können. b) Die der Krankenkasse unterbreiteten Rechnungen weisen Zahnbehandlungen ab 12. Januar 1996 aus. Die erste der in den Rechnungen ausgewiesenen zahnärztlichen Verrichtungen ist das provisorische Zementieren einer Krone. Die von der Beschwerdegegnerin behauptete unzureichende Mundhygiene der Versicherten müsste vor diesem Zeitraum ausgewiesen sein. c) Entscheidend kann sodann nicht sein, ob die Beschwerdeführerin eine weniger gute Mundhygiene gehabt hat, als von der Beschwerdegegnerin als nötig und zumutbar erachtet wird, sondern vielmehr, ob die Zahnbehandlungen bei der Speicheldrüsenerkrankung und der dadurch verursachten Mundtrockenheit mit erhöhter Kariesanfälligkeit durch eine genügende und zumutbare Mundhygiene hätten vermieden werden können. Ersteres würde nämlich auf eine Sanktionierung der Beschwerdeführerin hinauslaufen, indem sie wegen ungenügender Mundhygiene der Pflichtleistung selbst dann verlustig ginge, wenn die Zahnschäden trotz optimaler, d.h. genügender und zumutbarer Mundhygiene nicht vermeidbar wären. d) Der behandelnde Zahnarzt attestiert der Versicherten eine gute Mundhygiene. Wird - wie oben dargelegt - auf eine objektive Vermeidbarkeit der Zahnschäden abgestellt, gehört dazu eine allgemein übliche genügende Mund- und Zahnhygiene (Erw. 4a). Dies will indessen nicht heissen, dass eine versicherte Person, die auf Grund ihrer Konstitution, durchgemachten Krankheiten oder durchgeführten Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen hat, es mit der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen kann. Die Mundhygiene muss aber in jedem Fall sowohl in der täglichen Durchführung wie auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene in vernünftigen und zumutbarem Rahmen bleiben. e) Ob die Schäden, für welche die Versicherte Leistungen der Krankenkasse begehrt, bei einer solchen Mundhygiene im Sinne von Erw. 6d vermeidbar gewesen wären, kann den Akten nicht entnommen werden. Da die Beantwortung der Frage Fachwissen erfordert, hat die Beschwerdegegnerin darüber unter Wahrung der Parteirechte ein Gutachten einzuholen. Dabei geht es um die Abklärung, welche direkten Zahnschäden, vor allem Karies, und welche Folgeschäden bei einer genügenden Mundhygiene im oben dargestellten Sinne vermeidbar gewesen wären.“ (cfr. anche STFA del 19 settembre 2001 pubblicata in DTF 127 V 328). 8. Per quanto concerne il caso di specie l'insorgente ha chiesto alla Cassa l'assunzione dei costi per l'applicazione di una nuova protesi totale alla mascella superiore, in sostituzione di quella precedente, e di una protesi parziale alla mascella inferiore (doc. B), in applicazione dell'art. 19 lett. c OPre giusta il quale l'assicuratore deve assumere i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche in caso di radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna. In concreto l'applicazione dell'art. 19 OPre va esclusa poiché i trattamenti dentari non risultano essere stati necessari per la cura della grave malattia che ha colpito l'interessato. Con sentenza del 19 dicembre 2001 (K 39/98) il TFA ha infatti rammentato che “ Pur non limitandosi tale disposto a regolamentare solo gli interventi antecedenti, bensì garantendo in generale un'assistenza completa (quindi anche ricostruttiva) se la cura dentaria era necessaria al trattamento di una delle gravi malattie sistemiche contemplate dalla norma (cfr. DTF 124 V 199 con sid. 2d; Gebhard Eugster, Krankenversicherungs- rechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG, in: LAMal - KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 243), va osservato che siffatta condizione non si realizza in concreto, in quanto i trattamenti dentari in questione - a differenza della fattispecie regolata in DTF 124 V 196 segg.,

concernente una domanda di ricostruzione dentaria che faceva seguito a un intervento di estrazione necessario ai fini di una sostituzione di una valvola cardiaca - non risultano essere (stati) necessari per le cure della grave malattia che aveva colpito l'interessato. Si deve pertanto ritenere che le affezioni riscontrate sono unicamente conseguenza della malattia, rispettivamente dei suoi postumi. Per completezza si osserva che tale valutazione non modifica nemmeno il nuovo testo di ordinanza, in vigore dal 1° gennaio 1999. ” (sottolineatura del redattore) 9. Per quanto concerne l'art. 17 OPre, questa norma, offre due appigli ai fini di un'assunzione a carico dell'assicurazione di base delle spese di trattamento dentario connesse con la trattazione di affezioni tumorali maligne. Da un lato possono ricadere sotto il disposto dell'art. 17 lett. b, terza cifra, OPre le cure dentarie rese necessarie a seguito di un trattamento di chemioterapia originante malattie del parodonto (parodontopatie), tali affezioni potendo essere considerate effetti secondari irreversibili di medicinali (cfr. STFA del 19 dicembre 2001; K 39/98). Dall'altro il trattamento di affezioni dentarie conseguenti alla cura di tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo può essere posto a carico dell'assicurazione obbligatoria in applicazione diretta della lett. c, seconda cifra, OPre, anche se il danno dentario non è stato provocato (direttamente) dal tumore maligno in quanto tale, bensì dalle cure instaurate per il trattamento di tale malattia. Ai fini di chiarire la fattispecie, il TCA, in data 8 febbraio 2007, ha interpellato il medico curante, dr. dent. _____, chiedendo: " 1. Il trattamento effettuato dal 16 agosto al 5 dicembre 2005 è stato reso necessario in seguito alla chemioterapia e radioterapia subita dal paziente negli anni precedenti (perché)? C'è un nesso causale tra l'intervento e le cure di radioterapia e chemioterapia del 2001? 2. Il sopra citato intervento sarebbe stato necessario anche se il paziente non fosse stato sottoposto alla radioterapia e alla chemioterapia (perché)? 3. C'è un nesso causale tra la xerostomia parziale di cui soffre il paziente (secondo certificato medico del Dr. _____ del 5 gennaio 2006) e il danno ai denti? 4. Una profilassi e igiene dentale corretta ed adeguata avrebbe permesso di evitare il citato intervento? In caso di risposta negativa, per quale motivo non sarebbe stato possibile evitarlo? 5. Per quale motivo è stata sostituita la protesi totale alla mascella superiore? 6. Le chiediamo di prendere posizione in merito alle affermazioni della dentista di fiducia della Cassa, la quale ritiene che “in base alle tre radiografie che rappresentano i denti della mascella inferiore a sinistra, eseguite tra il 1960 e il 1974 si rileva che nel corso degli anni è insorta una perdita ossea progressiva, che caratterizza una situazione paradontale instabile. Si sono inoltre manifestate ripetutamente nuove lesioni cariose, cosa che denota una certa attività cariosa e complicazioni endodontiche. I referti dentali e paradontali esaminati per questo periodo non sono in relazione diretta con l'affezione tumorale insorta nel 2001 né con il suo trattamento.” (traduzione dell'assicuratore). 7. Eventuali osservazioni.” (doc. V) Il 5 marzo 2007 il curante ha affermato: " 1. Ho già espresso nella mia lettera del 04 05 2006 (pag. 2) al servizio del medico fiduciario della CO 1 il mio parere in merito a questa questione. Le cure oncologiche non hanno certamente migliorato la situazione già un poco precaria della dentatura del paziente. 2. Come potete rilevare dalla cronologia degli interventi eseguiti al paziente dal 1970 ai giorni nostri, egli era sempre venuto regolarmente per sedute di profilassi e igiene. La situazione paradontale della sua dentatura era stata tenuta abbastanza sotto controllo malgrado la retrazione progressiva dell'osso alveolare. Poi dopo l'intervento alla gola, le cure radio- e chemioterapiche il paziente si è trovato in una situazione psicologica, ben comprensibile, che non lo stimolava più a seguire ulteriori cure oltre a quelle necessarie dopo l'intervento. Così la situazione sia paradontale che dal punto di vista delle carie è notevolmente peggiorata, complice anche la mancanza di saliva, e ha

portato alla decisione di allestire la protesi inferiore sostituendo anche la parziale superiore esistente con una totale. Certamente a lungo andare queste cure sarebbero state necessarie. La situazione con le cure subite è però "precipitata". 3. Certamente la fortissima mancanza di saliva, come molti studi clinici dimostrano, ha avuto una influenza notevole sui denti. Oltre che la situazione parodontale già presente, anche la dentina delle radici esposte dei denti rimanenti è degenerata (diventata molle) e si è cariata molto più velocemente di quanto sarebbe successo senza questo problema della xerostomia. 4. Il paziente da anni aveva il problema parodontale che però, come già detto sopra, eravamo riusciti a tenere sotto controllo. Certamente con una profilassi più intensiva si sarebbe potuto procrastinare ancora per diversi anni la soluzione di estrarre i denti e sostituirli con protesi. Ma la malattia parodontale è progressiva, può essere rallentata, ma con l'avanzare dell'età le estrazioni divengono quasi sempre necessarie. 5. Nell'arcata superiore avevo inserito una protesi parziale come provvisorio a lunga durata nel maggio del 1987 che poi era stata sostituita il 25 maggio 1991 con una totale definitiva. Tale protesi era "adattata" ai denti dell'arcata inferiore per poter permettere la masticazione. Quando ho allestito la nuova protesi inferiore avrei dovuto modificare quella superiore sostituendo tutti i denti che nel frattempo si erano abrasati ed eseguire un ribasaggio per poter ottenere una corretta articolazione delle due protesi. I costi per tali "riparazioni" mi sembravano sproporzionati per una protesi che era stata allestita più di 14 anni prima. 6. Come già detto precedentemente il paziente soffriva da anni di un problema parodontologico che però da anni e anche grazie all'igiene praticata, sotto controllo nel limite del possibile. Con le cure oncologiche, la conseguenza e comprensibile demotivazione del paziente, questa situazione è sfuggita di mano e peggiorata molto più velocemente della probabile evoluzione normale, il che ha portato a dover eseguire le cure conosciute. 7. Rimango dell'opinione che le cure radio- e chemioterapiche se non sono la causa di questi danni, certamente hanno influito a che la situazione precipitasse." (doc. VII) Da parte sua la dentista fiduciaria della Cassa, dr. med. dent., Parodontologin SSO, _____, ha affermato: " Grundsätzlich teile ich die Meinung des behandelnden Zahnarztes, dass die durchgeführte Behandlung ungeachtet des Grundleidens hätte vorgenommen werden müssen. Dies da bei dem Patienten- wie es der behandelnde Zahnarzt in seinem Schreiben vom 4.5.06 erwähnt hat- die seit 1970 vorhandene parodontale Erkrankung nie wirklich stabilisiert werden konnte und über die Jahre hinweg eine Progression aufgewiesen hatte. Die durchgeführten DH-Sitzungen haben vielleicht das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt, aber nicht wirklich aufgehalten. Weshalb nie eine über die DH-Betreuung hinausreichende Parodontalsanierung zur Stabilisierung der parodontalen Verhältnisse erfolgt ist, entzieht sich meinen Kenntnissen. Eine parodontale Erkrankung die mit den angeordneten Massnahmen nicht unter Kontrolle gebracht werden kann, führt früher oder später zum Zahnverlust. Aus diesem Grund musste 1991 die Restbeziehung im OK extrahiert und durch eine Totalprothese ersetzt werden. Im UK war die Progression weniger schnell vorangeschritten, so dass die Zahnextraktion um ein paar Jahre verzögert werden konnten. In wie weit und ob überhaupt der Zeitpunkt der Zahnextraktion durch die Radiotherapie beeinflusst worden ist, kann nicht eruiert werden. Eine Radiotherapie hat weniger Einfluss auf das parodontale Geschehen als auf die Kariesprävalenz. Letzteres ist die Folge einer durch die Radiotherapie bewirkten Xerostomie. Im vorliegenden Fall kann jedoch nicht von einer eigentlichen Xerostomie gesprochen werden, sondern eher von einer Speichelflussverminderung. Von einer Xerostomie spricht man erst bei einer stimulierten Speichelfliessrate von 0,8-1,0 ml Speichel pro Minute und im vorliegenden Fall, Irrtum vorbehalten wird eine

Speichelflussrate von 2.0 ml pro Minute beschrieben. Ein Zahnloser Kiefer ist ständigen Knochenveränderungen unterworfen. Das Ausmass der Veränderungen ist sehr individuell. Je nach Patient muss eine Prothese selten oder eben öfters den neuen Gegebenheiten angepasst werden. Geringe Veränderungen können mit einer einfachen Anpassung der Basis erfolgen, sprich Unterfütterung. Grössere Knochenveränderungen bedingen eine Neuanfertigung einer Prothese. Eine 14 Jahre alte Prothese ist, ungeachtet des Grundleidens, nicht mehr optimal an die Verhältnisse angepasst. Suboptimale Passgenauigkeit, instabile Zahnposition und durch den Gebrauch abgenutzte Kauflächen der künstlichen Zähne bedingen früher oder später eine Neuanfertigung.“ (doc. X) 10. Quanto alla valenza probante d'un rapporto medico, secondo la giurisprudenza 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, 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozial-versicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). I referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure ad un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti a mettere in discussione la loro attendibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/bb e pag. 110 consid. 3c). Per quel che riguarda invece le perizie di parte, il Tribunale federale delle assicurazioni ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore, da un punto di vista probatorio, di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). In relazione poi alle attestazioni del medico curante, la nostra Massima istanza ha già ripetutamente stabilito che il giudice può ritenere, secondo la generale esperienza della vita, che, nel dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente, egli tenda ad esprimersi a suo favore (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4 con riferimenti). Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze precisando qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV 10 pag. 35 consid. 4b). 11. In concreto i due specialisti sono concordi nel ritenere che il paziente era già affetto da una parodontopatia precedentemente all'inizio del trattamento per la cura della grave affezione di cui soffriva il ricorrente (doc. VII, dr. med. _____: “ il paziente da anni aveva il problema parodontale che però, come già detto sopra, eravamo riusciti a tenere sotto controllo ”; e doc. X: dr. med. _____: “ Dies da bei dem Patienten [...] die seit 1970 vorhanden parodontale Erkrankung nie wirklich stabilisiert werden konnte [...] “). Il dentista curante, alla domanda a sapere se l'intervento sarebbe stato necessario anche se il paziente non fosse stato

sottoposto alla radioterapia e alla chemioterapia, ha inoltre affermato che “ certamente a lungo andare queste cure sarebbero state necessarie ” (doc. VII). La dentista fiduciaria condivide l’opinione secondo la quale le cure eseguite sarebbero state necessarie a prescindere dalla grave malattia sistemica di cui è affetto l’insorgente. Infatti l’affezione parodontale è presente da diversi anni (doc. X). Certo, come giustamente rileva il curante, le cure oncologiche non hanno di sicuro migliorato la situazione, già precaria, della dentatura del paziente (doc. VII). Tuttavia, lo stesso curante alla precisa richiesta di sapere se una profilassi e igiene dentale corretta ed adeguata avrebbe permesso di evitare l’intervento subito ha affermato che “ certamente con una profilassi intensiva si sarebbe potuto procrastinare ancora per diversi anni la soluzione di estrarre i denti e sostituirli con protesi. Ma la malattia parodontale è progressiva, può essere rallentata, ma con l’avanzare dell’età le estrazioni divengono quasi sempre necessarie. ” (doc. VII) In altre parole l’insorgente era affetto da una parodontosi da diversi anni. La malattia continuava a progredire e, prima o poi, gli interventi effettuati sarebbero stati da eseguire. La profilassi dentaria, come si vedrà meglio in seguito, non è stata sufficiente e, se fosse stata adeguata, avrebbe permesso di procrastinare ulteriormente l’estrazione dei denti. Da quanto sopra e dagli altri atti medici agli atti emerge che le cure effettuate non sono causa diretta della radio e chemioterapia del 2001, poiché, da una parte la parodontosi già era presente da diversi anni e, d’altra parte, questi interventi sarebbero, comunque, dovuti essere eseguiti. In queste condizioni, in assenza di un nesso causale tra l’intervento e i danni ai denti, non può trovare applicazione neppure l’art. 17 OPre. 12. Va infine esaminato se al caso di specie si può applicare l’art. 18 lett. d OPre malattie delle ghiandole salivari), rammentato tuttavia che con sentenza del 29 gennaio 2002 nella causa I (K 106/99) pubblicata in DTF 128 V 59 = SVR 2002, KV Nr. 43, pag. 157) il TFA ha affermato che l’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è tenuta a riconoscere prestazioni solo in caso di malattia non evitabile dell’apparato masticatorio; di massima deve trattarsi di un’affezione oggettivamente non evitabile. Il carattere non evitabile presuppone un’igiene boccale sufficiente avuto riguardo alle conoscenze odontologiche attuali; una persona assicurata che, per la sua costituzione oppure a seguito di malattie di cui è stata affetta o di cure subite, presenta una predisposizione accresciuta alle malattie dentarie non può limitarsi a un’igiene boccale comune. Nel caso di specie la dentista fiduciaria, parodontologa SSO, con riferimento all’attestato del Dr. med. _____, rileva che viene descritto un flusso salivare di 2.0 ml al minuto. A questo proposito, il 5 gennaio 2006, il dr. _____, spec. FMH ORL, chirurgia cervico-facciale, ha affermato: " La radioterapia interferisce sulla vascolarizzazione dei denti e produce anche una xerostomia. Nel caso del signor RI 1 si tratta di una xerostomia parziale ed uno stimolo massimale con acido citrico 15% ha provocato un flusso di saliva di appena 2 ml in 1 minuto e prosciugando completamente le ghiandole salivari. Dopo un ripetuto massaggio e stimolo, la bocca è rimasta completamente asciutta. Conclusione: xerostomia post-radioterapeutica con discreto residuo salivario.” (doc. 10, sottolineatura del redattore) La specialista rileva tuttavia che si è in presenza di una xerostomia a partire da un tasso di flusso salivare stimolato pari a 0.8-1.0 ml al minuto (doc. X). Come emerge dalle annotazioni di un altro medico fiduciario, il dr. med. _____, in concreto non si può parlare di vera e propria xerostomia, bensì di “ oligosialia ” (doc. 11). Sia come sia, a prescindere dalla malattia di cui effettivamente è affetto l’insorgente, va rilevato che alla domanda di sapere se c’è un nesso causale tra la xerostomia (parziale) e il danno ai denti, il curante ha affermato che la dentina “ si è cariata molto più velocemente di quanto sarebbe successo senza questo problema della xerostomia.

” (doc. VII, sottolineatura del redattore). In altre parole la xerostomia parziale ha accelerato un processo che comunque era già in atto. Anche volendo, per ipotesi di lavoro, riconoscere il nesso causale tra il danno ai denti e la diminuzione del flusso salivare, va evidenziato che nel caso di specie le misure profilattiche e di igiene dentale non sono state sufficienti. Come visto, u na persona che, per la sua costituzione oppure a seguito di malattie di cui è stata affetta o di cure subite, presenta una predisposizione accresciuta alle malattie dentarie non può limitarsi a un’igiene boccale comune. In concreto, pur comprendendo che, dopo l’intervento subito e le cure radio e chemioterapiche, il paziente si sia trovato in una situazione psicologica di grande disagio e che non abbia più avuto stimoli, perlomeno temporaneamente, di seguire la profilassi necessaria, per giurisprudenza costante (cfr. in particolare la DTF 128 V 59), non si giustifica l’assenza di una corretta igiene orale che avrebbe impedito l’insorgere dei danni ai denti nei modi e nei tempi verificatisi. Interpellato dall’assicuratore per conoscere i provvedimenti profilattici adottati negli ultimi anni (doc. 6), il 25 ottobre 2005 il curante ha indicato che “ come vede, vista la sua situazione e i denti molto malconci, non c’è stata profilassi. ” (doc. 7). La dentista fiduciaria aveva già accertato questa circostanza il 3 giugno 2006 quando, sulla base delle affermazioni del curante, aveva evidenziato che l’ultimo trattamento di igiene dentale ha avuto luogo nel 2001. In seguito il paziente si è sottoposto solo a trattamenti antidolorifici (“ Die letzte DH-Behandlung erfolgte im Jahr 2001, anschliessend wurden beim Patienten nur noch Schmerzbehandlungen durchgeführt .”). Dopo l’insorgere della malattia sistemica è stato eseguito un trattamento di igiene dentale e di fluorizzazione. Da allora, dunque negli ultimi 4 o 5 anni, non ci sono stati provvedimenti di profilassi (“ nach Auftreten der Grunderkrankung wurde nur gerade zum Zeitpunkt der Strahlentherapie eine DH und Fluorbehandlung durchgeführt. Seither, also in den letzten 4 bis 5 Jahren wurden gar keine prophylaktischen Massnahmen betrieben. “). Lo stesso curante ha affermato che „ con una profilassi più intensiva si sarebbe potuto procrastinare ancora per diversi anni la soluzione di estrarre i denti e sostituirli con protesi. “ (doc. VII) In queste condizioni, in assenza di una profilassi corretta, va esclusa anche l’applicazione dell’art. 18 OPre (DTF 128 V 59).

13. L’insorgente, nel suo ricorso, ha chiesto l’assunzione di ulteriori prove (richiamo dell’intero incarto medico da parte del dentista curante e dell’assicuratore, dal dr. med. _____ di _____, ecc.). Questo Tribunale, oltre ad aver esaminato la documentazione medica prodotta dalle parti, ha interpellato per iscritto il medico curante ed ha sottoposto le risposte alle parti per osservazioni. La dentista fiduciaria ha rilasciato un ulteriore referto medico. Gli attestati medici, non contestati nel loro contenuto, approfonditi, tengono conto delle malattie pregresse del paziente e sono sufficienti per poter statuire in merito alla vertenza senza dover far capo ad ulteriori accertamenti. 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 il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

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