

TI_GERICHTE 36.2024.27 vom 14. Oktober 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-10-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2024.27

FR: TI_GERICHTE 36.2024.27 du 14 octobre 2024

IT: TI_GERICHTE 36.2024.27 del 14 ottobre 2024

Regeste

No assunzione costi trattamento dentario. Parodontite giovanile progressiva: non data a 60 anni. Osteopatia dei mascellari: non data, perché l'atrofia della mandibola non è estrema, è di grado Cawood III-IV e non VI come richiesto dalla giurisprudenza e da Atlante SSO, perciò non è una malattia grave OPre

Erwägungen

E. 1

Alla luce di quanto sopra, si chiede in primo luogo di voler concedere un congruo lasso di tempo, almeno sino al 30 novembre 2023, per completare la motivazione della presente opposizione, in particolare dopo aver potuto sentire il Dr. med. _____, attualmente assente dal suo Studio; parimenti si chiede di concedere all'opponente un colloquio personale con codesta Assicurazione, considerata la particolarità della situazione.

E. 2

Si ritiene ad ogni modo indispensabile, al fine di chiarire la reale situazione patologica dell'assicurata ed in particolare la reale estensione e livello dell'atrofia ossea riscontrata, una maggior disamina da parte del Dr. med. _____, affinché si esprima compiutamente su quanto da lui già esposto, ossia che un residuo osseo della mascella inferiore sussiste (seppur anche qui in minima parte) solo con riferimento ad una parte limitatissima dell'osso, mentre il resto della mascella è estremamente atrofizzato.

E. 2.4

Il 20 agosto 2002 il Dr. _____, medico-dentista, chirurgo maxillo facciale, fiduciario della Cassa, ha affermato: " (...) C'est sur la base de ces seuls documents que je vous livre mes conclusions ci-après: Avant toute chose, et pour simplifier, il me 'semble pouvoir' me joindre aux conclusions de votre médecin dentiste conseil, le Dr _____, telles qu'elles sont contenues dans ses lettres du 12 mars, puis du 2 mai 2001, à quelques nuances près cependant, nuances qui me paraissent importantes. Ainsi, je pense qu'il faut considérer la perte précoce des dents de Madame RI 1 comme assimilable à une parodontite juvénile progressive au chiffre 17 b 2 de la LaMal et qu'à ce titre, le traitement effectué à l'époque (environs de 1980) peuvent être à la charge de l'assurance, mais à l'époque seulement! Les lésions qui s'en sont suivies, à savoir une résorption centripète du maxillaire supérieur, et donc un articulé croisé dans le sens d'une pseudo-prognathie inférieur, assimilable au chiffre 210 de l'ordonnance sur l'Al, ne peuvent en aucun cas être retenues. Il s'agit là effectivement d'une anomalie acquise ne concernant, dans ce cas bien précis, que la résorption du maxillaire supérieur en direction centripète et comme résultante de la perte précoce des dents. Dès lors, ce n'est nullement au, titre des articles 19 a 22 ou 17 b 2 qu'il faille intervenir, mais uniquement au titre de l'article 17 c 3 de la LaMal (ostéopathie des

maxillaires). ". D'avviso della scrivente Corte, sulla base di questo estratto non si può concludere nel senso indicato dalla ricorrente, secondo cui il diritto alla copertura dei costi da parte del suo assicuratore malattia si fonda sul fatto che la necessità di intervento attuale nel mascellare inferiore è data dalla parodontite giovanile progressiva accertata dal dottor _____ e dal TCA. Innanzitutto, il chirurgo maxillo-facciale consultato dalla Cassa malati a cui a suo tempo l'assicurata era affiliata, si riferiva al mascellare superiore e non a quello inferiore (mandibola) ora in esame. Inoltre, egli non ha indicato la presenza di una parodontite giovanile progressiva, ma ha ritenuto che la perdita precoce di denti del mascellare superiore era assimilabile a una parodontite giovanile progressiva prevista all'art. 17 lett. b cifra 2 OPre. Lo specialista ha poi chiaramente affermato che il trattamento effettuato dall'assicurata nel 1980 circa poteva essere posto a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria proprio perché si era in presenza, allora, di una parodontite giovanile progressiva e quindi ha specificato che solo a quell'epoca, e meglio quando l'interessata non era ancora ventenne, i costi di questo intervento dovevano essere assunti dalla Cassa malati. In quarto luogo, il dentista e chirurgo ha precisato che le lesioni che sono derivate dalla parodontite giovanile progressiva, quali un riassorbimento centripeto del mascellare superiore e dunque uno pseudo prognatismo inferiore, non potevano in alcun modo essere prese a carico dalla LAMal. Si trattava effettivamente di un'anomalia acquisita che concerneva soltanto il riassorbimento del mascellare superiore in direzione centripeta e come risultante della perdita precoce dei denti. Infine, il dottor _____ ha concluso che per questo motivo la Cassa malati non doveva intervenire sulla richiesta di trattamento del mascellare superiore in virtù dell'art. 17 lett. b cifra 2 OPre, ma unicamente giusta l'art. 17 lett. c cifra 3 OPre. 2.6.2. Per il caso ora in disamina, il 14 settembre 2023 (doc. 11) la Cassa malati qui resistente ha interpellato il PD dr. med. dr. med. dent. _____, anch'egli specialista in otorinolaringoiatria e chirurgo maxillo-facciale e orale e suo attuale medico fiduciario, sulla presenza di una parodontite giovanile progressiva ponendogli il seguente quesito: " Ist allenfalls eine juvenile progressive Parodontitis ausgewiesen? A: Eine solche ist aktuell nur anhand der Seitenzahn-Röntgenbilder von 1979 nachvollziehbar, auf denen bis 1982 kein peridentaler Knochenverlust in dem Ausmass stattfindet, der die VN für die Diagnose einer juvenilen Paro qualifizieren würde. Andere Unterlagen liegen nicht zur Beurteilung vor.". Questa Corte non può condividere l'interpretazione data dalla ricorrente su questa valutazione, laddove sostiene che " Lo stesso medico fiduciario Dr. med. _____ nel proprio rapporto del 16 settembre 2023 non esclude certo tale condizione [ndr: la presenza di una parodontite giovanile progressiva], limitandosi a rilevare di non disporre di documentazione ulteriore. " (doc. I punto 3.8 pag. 9) e poco dopo che " nelle proprie risposte, in particolare nell'ultima relativa all'esistenza di una parodontite giovanile dell'assicurata, limitandosi a dire che non vi sarebbero documenti che attestino tale circostanza. " (doc. I punto 3.10 pag. 9). Il dentista e chirurgo maxillo-facciale a cui la Cassa malati ha sottoposto per valutazione il caso dell'assicurata non ha affermato di non avere a disposizione dei documenti che attestino la presenza di una parodontite giovanile progressiva. Egli ha per contro rilevato che, a quel momento, era possibile formulare una diagnosi di parodontite giovanile progressiva solo sulla base delle radiografie dei denti laterali dal 1979, che fino al 1982 non mostrano che si è verificata alcuna perdita ossea peridentale tale da diagnosticare all'assicurata una parodontite giovanile. Lo specialista ha poi sì concluso che non erano disponibili altri documenti per la valutazione del caso, ma ciò non significa, ritiene l'insorgente, che l'assenza di altri documenti abbia portato il medico consulente dell'assicuratore malattia a non potersi pronunciare sull'esistenza di una

parodontite progressiva giovanile; egli l'ha invece espressamente negata. 2.6.3. Da quanto precede discende, in primo luogo, che anche se nel 2002 il chirurgo maxillo-facciale sentito dalla Cassa malati ha considerato la perdita di denti dall'arcata superiore assimilabile a una parodontite giovanile progressiva, non si può comunque concludere, in assenza di specifica documentazione, che tale patologia fosse presente pure sulla mandibola. In secondo luogo, l'esistenza di una situazione assimilabile alla parodontite giovanile progressiva va contestualizzata e limitata a prima del ventesimo anno di età, perciò sia negli anni 2002-2005 quando l'assicurata è stata valutata dagli specialisti e dal TCA in occasione della precedente controversia, sia nel periodo 2022-2024 oggetto del presente contendere, non si può più parlare di parodontite giovanile progressiva, avendo l'assicurata nel primo caso una quarantina d'anni e ora una sessantina. Su questo punto il dr. med. dr. med. dent.

_____ è stato chiaro, escludendo espressamente dall'essere prese a carico dall'assicurazione malattia proprio secondo l'art. 17 lett. b cifra 2 OPre le lesioni che, a causa di tale patologia, negli anni sono seguite al cavo orale dell'assicurata. Non va infine dimenticato di rilevare che l'attuale medico fiduciario della Cassa malati ha analizzato la questione della parodontite giovanile progressiva sulla base delle radiografie laterali concernenti gli anni dal 1979 al 1982, e quindi fino all'anno del compimento dei 20 anni. Non si è invece pronunciato a sapere se tale patologia era presente nel 2022-2023, proprio perché, per la definizione stessa di cui all'art. 17 lett. b cifra 2 OPre, non può essere riscontrata in una persona sessantenne. Di conseguenza, conformemente a quanto indicato dal dottor _____ già nel 2002, il diritto della ricorrente al riconoscimento del trattamento dentario proposto ora dal dr. med. dent. _____ deve pertanto essere valutato solo e soltanto alla luce dell'art. 17 lett. c cifra 3 OPre.

E. 2.6

Parodontite giovanile progressiva: art. 17 lett. b cifra 2 OPre 2.6.1. La ricorrente, rifacendosi al precedente giudizio di questa Corte (STCA 36.2004.96 del 15 giugno 2005), sostiene di essere affetta da parodontite giovanile progressiva, come riconosciuto dall'allora medico fiduciario della sua precedente Cassa malati e dal Tribunale. In quella occasione, il TCA aveva riportato quanto segue: "

E. 2.7

Osteopatia dei mascellari: art. 17 lett. c cifra 3 OPre 2.7.1. Su questa tematica si erano già pronunciati degli specialisti in occasione della precedente vertenza quasi 20 anni fa, laddove oggetto del contendere era sia la posa di 4 (secondo la Cassa malati) o di 8 impianti (richiesti dall'assicurata) nel mascellare superiore per correggerne l'estrema atrofia ossea, sia la verifica dell'esclusione (per la Cassa malati) dell'assunzione dei costi per i trattamenti (futuri) alla mandibola. Nel già riferito scritto del 20 agosto 2002 il dr. med. dr. med. dent. _____ aveva affermato, come visto, che non si poteva intervenire sul mascellare superiore secondo l'art. 17 lett. b cifra 2 OPre, ma unicamente conformemente all'art. 17 lett. c cifra 2 OPre concernente l'osteopatia dei mascellari e a questo proposito, sempre al considerando 2.4 della succitata STCA 36.2004.96, il suo parere proseguiva così: " (...) La résorption de l'os alvéolaire du maxillaire supérieur a atteint, chez Mme RI 1, des limites extrêmes que l'on a coutume de qualifier de Cawood VI et qui, à elles seules, rendent tout traitement prothétique impossible. Seule une ostéotomie de ce qui reste du maxillaire supérieur, avec interposition d'une greffe d'os corticospongieux autologue, soit à partir de la crête iliaque de la patiente, interposée en sandwich au niveau de ce maxillaire supérieur et fixée d'emblée pour assurer sa stabilité par, en général, 4 implants, peut être envisagée.

Après reconstruction de ce maxillaire supérieur actuellement presque totalement manquant, une restauration dentaire s'appuyant sur les implants-vis utilisés pour la fixation de la greffe, mais éventuellement sur d'autres implants complémentaires (et ceci en fonction du résultat de la prise de la greffe osseuse), peut être envisagée. Il n'est pas dans les buts d'une assurance-maladie de base de conserver chez tous les patients, et ceci jusqu'à leur mort, une denture complète, mais bien plutôt de réparer les seuls éléments reconnus comme parfaitement pathologiques qu'ils ont développés de leur vivant. Dans le cas particulier de Mme RI 1, seule la perte précoce des dents du maxillaire supérieur et la résorption extrême, tout à fait pathologique, de son os du maxillaire supérieur peut être considérée comme devant être réparée aux frais de l'assurance de base. Encore une fois, si l'on considère les critères d'économicité d'un traitement, le seul remplacement des dents manquantes, après prise de la greffe osseuse, par le biais de prothèses dentaires conventionnelles, devrait être envisagé. Tout traitement faisant appel à l'implantation de dents artificielles, et quel que soit leur type, peut être considéré comme un traitement excédant les buts et les principes d'une assurance-maladie de base. En résumé, je propose donc la prise en charge de la seule intervention du Dr. _____, qui prévoit une greffe en sandwich du maxillaire supérieur fixée par 4 implants, à l'exclusion de toute autre mesure, soit dentaire, soit au niveau de la mandibule ." (Doc. C)" (le evidenziature sono della redattrice). Inoltre, sempre al considerando 2.4 del precedente giudizio, questo Tribunale aveva pure riportato il parere del 18 febbraio 2004 del Prof. Dr. med. dr. med. dent. _____, " chef de division " presso il _____, anch'egli specialista in otorinolaringoiatria, chirurgia maxillo-facciale e medico dentista consulente dell'assicuratore malattia, il quale si è espressamente pronunciato sulla mandibola come segue: "

E. 3

On peut affirmer en l'état, qu'une intervention au maxillaire inférieur n'est pas pris en charge en vertu de la LAMal dans la mesure où la pathologie que présente votre assurée (édentation partielle inférieure) ne rentre absolument pas dans la classification de Cawood pour ce qui est l'OPAS, et ne rentre pas non plus dans le cadre des malformations congénitales pas plus que le prognathisme mandibulaire relatif acquis en raison de la perte de dimension verticale et non pas congénital. (Doc. E)" (la sottolineatura è della redattrice) Se, quindi, vent'anni fa, soltanto la perdita precoce dei denti del mascellare superiore e l'estremo riassorbimento dell'osso del mascellare superiore, di carattere certamente patologico, potevano essere riparati ricostruendo il mascellare superiore dell'assicurata, a quel momento quasi totalmente assente, ponendo i costi a carico dell'assicuratore malattia in virtù dell'art. 17 lett. c cifra 3 OPre, la stessa conclusione non ha però potuto essere tratta, negli anni 2002-2005, per il mascellare inferiore. Il professor _____ ha infatti categoricamente escluso nel 2004 che la perdita parziale di denti dalla mandibola rientrasse fra la classificazione di Cawood tale da avere carattere di malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio, escludendo perciò che un intervento al mascellare inferiore potesse e dovesse essere preso a carico dalla LAMal. 2.7.2. Vent'anni dopo, nel 2022 il dottor _____ ha posto la diagnosi di osteopatie dei mascellari ai sensi dell'art. 17 lett. c cifra 3 OPre, non precisando, però, se tale patologia si riferiva a entrambi i mascellari o soltanto a quello inferiore, oggetto del trattamento proposto. Più preciso, al riguardo, è stato il PD dr. med. dr. med. dent. _____, che il 6 giugno 2023, interpellato dal medico dentista curante, dopo aver visitato l'assicurata ha diagnosticato una atrofia mandibolare Classe Cawood III/IV, poiché dall'esame intraorale ha riscontrato: " Dentizione residuale antero-laterale nel terzo quadrante, denti mobili. Vestiboli tutti liberi, nessun dolore, nessun

gonfiore alla palpazione. Osso alveolare atrofico. Cresta a spigoli vivi a livello 42-26, Cawood classificazione IV. A livello 31 a 35 cresta rotonda, piatta, Cawood classificazione III. Mucosa calma. Orofaringe, pavimento della bocca, palato, resto dei vestiboli senza caratteristiche particolari.". E nel consigliare quale trattamento dentario adottare, ha ribadito la classificazione della patologia rilevata: " Procedere: Una ricostruzione protesica stabile e funzionalmente adeguata richiede il posizionamento di 4 impianti interforaminali nella mandibola in presenza di una atrofia mandibolare di classe Cawood III/IV.". 2.7.3. Nella STF 9C_50/2008 del 10 luglio 2007, pubblicata in SVR 2008 KV Nr. 3, l'Alta Corte ha ricordato che nella STFA K 113/99 del 21 novembre 2001 l'allora Tribunale federale delle assicurazioni aveva riconosciuto un'atrofia della cresta alveolare con grado Cawood VI nella mascella superiore come osteopatia ai sensi dell'art. 17 lett. c cifra 3 OPre, ma non un'atrofia del mascellare inferiore, molto più piccola (cfr. consid. 5.2.1). Nel caso giudicato nel 2007, l'Alta Corte ha evidenziato che la sentenza impugnata non conteneva alcun accertamento di fatto su una possibile atrofia estrema delle ossa dei mascellari, non adeguata all'età, che potesse giustificare le prestazioni secondo le linee guida della LAMal, l'Atlante SSO e la giurisprudenza. Secondo la perizia di una clinica per la chirurgia maxillo-facciale di un ospedale universitario, esisteva un'atrofia delle ossa nei punti in cui erano stati estratti i denti del ricorrente all'età di 23 anni. Si trattava di un'atrofia dell'osso alveolare. Sulla base di ulteriori dichiarazioni specialistiche indicate in detta perizia, il Tribunale federale ha concluso che la perdita ossea era molto probabilmente esclusivamente dovuta all'estrazione dei denti all'età di 23 anni. Ciò deponeva contro l'estrema atrofia di grado Cawood VI, che interessa anche il corpo della mascella. Di conseguenza, non esisteva una osteopatia ai sensi dell'art. 17 lett. c cifra 3 OPre e la sentenza del Tribunale cantonale che ha respinto il ricorso dell'assicurato è stata quindi confermata (cfr. consid. 5.2.2). Nella STF 9C_830/2010 del 21 dicembre 2010 il Tribunale federale si è pronunciato sul ricorso formulato dalla Cassa malati di un'assicurata allora 70enne che presentava un'atrofia del mascellare superiore di grado Cawood VI, ossia l'intero processo alveolare era ridotto fino alla base della mascella, tanto che non era possibile inserire una protesi per motivi anatomici-morfologici (Atlante delle malattie con effetti sul sistema masticatorio, edito dalla Società svizzera di odontostomatologia, 2008, pag. 39 seg.; STF 9C_50/2007 del 10 luglio 2007, consid. 5.2.1 pubblicata in SVR 2008 KV Nr. 3). L'Alta Corte ha quindi ribadito quanto stabilito in precedenti giudizi (STF 9C_584/2008 del 2 novembre 2008, consid. 3.3; STF 9C_50/2007 del 10 luglio 2007, consid. 5.2.1 pubblicata in SVR 2008 KV Nr. 3; STFA K 113/99 del 21 novembre 2001, consid. 3) e dunque che è indubbio che una atrofia mascellare di gravità Cawood VI costituisce una malattia grave ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal e dell'art. 17 OPre (cfr. consid. 3). Inoltre, il Tribunale federale ha evidenziato che quanto indicato dal citato Atlante SSO a pagina 39 era coerente con quanto argomentato dal TCA, il quale ha fatto riferimento alla Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia, dove le cause del riassorbimento del processo alveolare dopo la perdita dei denti erano descritte come diverse e in larga misura non ancora del tutto note. Pertanto, su tale base dell'affermazione degli specialisti dell'SSO secondo cui l'atrofia (fino al corpo della mascella) di gravità Cawood VI non è dovuta esclusivamente alla perdita dei denti, il Tribunale federale ha dedotto che la ricostruzione della mascella è una prestazione obbligatoria dell'assicurazione malattia, poiché non può essere causata soltanto dalla perdita dentale (eventualmente evitabile). Invece, l'obbligo di prestazione dell'assicurazione malattia si estende ai trattamenti dentari soltanto nella misura in cui essi sono direttamente causati dalla malattia di base. Sono escluse le cure odontoiatriche che sarebbero state

necessarie in assenza della patologia di base. Pertanto, se la perdita dei denti fosse stata - con probabilità preponderante - evitabile, ad esempio se fosse stata riconducibile a un'igiene orale insufficiente e a una parodontite che ne deriva, una protesi dentaria che non sia ancorata a degli impianti per ripristinare la capacità masticatoria non costituirebbe un trattamento dentario ai sensi dell'art. 17 OPre (cfr. consid. 5.1). Anche l'ultima versione dell'Atlante SSO (4a edizione 2018, aggiornata al 2024) ribadisce a pagina 42, per quanto concerne l'aspetto clinico dell'osteopatia dei mascellare prevista all'art. 17 lett. c cifra 3 OPre, che nella zona del mascellare ci deve essere una atrofia estrema dell'osso della mascella, che interessa anche il corpo della mascella, tanto che per motivi anatomici-morfologici non è possibile inserire delle protesi. Grado di atrofia secondo Cawood VI: Atrofia fino al corpo della mascella: " Im Kieferbereich: extreme Atrophie des Kieferknochens, auch den Kieferkörper betreffend, sodass aus anatomisch-morphologischen Gründen kein Zahnersatz eingegliedert werden kann. Atrophiegrade nach Cawood VI: Atrophie bis auf den Kieferkörper.". Seguono poi sei disegni che, distintamente per il mascellare superiore e per quello inferiore, visti frontalmente, raffigurano l'osso mascellare quando i gradi Cawood sono di tipo III, IV e VI e sotto a queste piccole rappresentazioni la didascalia recita: " Schema der Atrophiegrade nach Cawood: Bei Klasse VI ist der ganze Alveolarfortsatz bis auf die Kieferbasis abgebaut. Dieser Zustand ist nicht allein auf Zahnverlust zurückzuführen. (Quelle: ZHK)". L'Atlante delle malattie con effetti sul sistema masticatorio, edito dalla Società svizzera di odontostomatologia (SSO), 4a edizione 2018, aggiornata al 2024, concernente le malattie gravi e non evitabili che colpiscono il sistema della masticazione, porta sull'insieme delle patologie per le quali i costi dei trattamenti dentari sono coperti dall'assicurazione malattia obbligatoria. Sebbene non siano vincolanti per il giudice delle assicurazioni sociali (DTF 124 V 351), le indicazioni contenute interpretano e concretizzano dal profilo medico dentistico le disposizioni in materia (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014, consid. 5.3).

2.7.4. Considerato che nell'evenienza concreta, indubbiamente, l'atrofia mandibolare che si è presentata agli specialisti non è di grado Cawood VI, visto che il PD dr. _____ ha accertato che la mandibola atrofica presenta una gravità Cawood III/IV e quindi il riassorbimento dell'osso alveolare del mascellare inferiore della ricorrente non ha raggiunto dei limiti estremi - come invece il mascellare superiore già negli anni 2002-2005 -, in assenza di un'atrofia estrema, ovvero fino al corpo dell'osso mascellare, non è dunque possibile porre a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria i costi del trattamento dentario preventivato - e in parte già realizzato - dal dottor _____ sulla mandibola. Il Tribunale federale ha infatti riconosciuto che un'atrofia mascellare di gravità Cawood VI costituisce una malattia grave ai sensi dell'art. 31 cv. 1 lett. a LAMal e dell'art. 17 OPre (STF 9C_830/2010 del 21 dicembre 2010, consid. 3) rispettivamente che in un caso i presupposti per un'atrofia estrema di grado Cawood VI non erano dati e dunque non esisteva un'osteopatia ai sensi dell'art. 17 lett. c cifra 3 OPre (STF 9C_50/2008 del 10 luglio 2007). Ne discende che è malvenuta la ricorrente a concludere che le sue condizioni orali erano tali che si era in presenza di un'atrofia estrema del mascellare inferiore di grado Cawood VI, malgrado lo specialista che essa stessa ha interpellato nel giugno 2023 ha diagnosticato, senza alcun dubbio, un'atrofia mandibolare di grado Cawood III/IV. Infatti, conformemente alla giurisprudenza citata, una simile gravità di atrofia non porta a potere pretendere dall'assicurazione malattia obbligatoria, sulla base dell'art. 17 lett. c cifra 3 OPre, il riconoscimento dei costi del trattamento dentario preventivato rispettivamente in parte già realizzato dal suo medico dentista. La decisione impugnata deve pertanto essere

confermata. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAMal, la procedura non è soggetta a spese non avendone previste il legislatore (art. 61 lett. f bis LPGA; STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021; Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

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