[AZA 7]
K 39/98 Ws

IVa Camera

composta dei giudici federali Borella, Rüedi e Widmer;
Grisanti, cancelliere

Sentenza del 19 dicembre 2001

nella causa

M._____, ricorrente, rappresentato dall'avv. Pier Carlo Blotti, Palazzo Banca dello Stato 4, 6710 Biasca,

contro

Concordia, Assicurazione svizzera malattie e infortuni, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna, opponente,

e

Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano

Fatti :

A.- M._____, nato nel 1959, assicurato contro le malattie presso la Concordia Assicurazione, a seguito della formazione di un linfoma non hodgkin alla tonsilla destra ha dovuto sottoporsi nel 1992 a trattamenti di chemio- e radioterapia, che gli hanno causato gravi carie secondarie a tutto l'apparato masticatorio, nonché danni parodontali e una aumentata predisposizione alle infezioni dell'osso mascellare. Nel corso del 1995/1996, l'interessato ha chiesto all'istituto assicuratore l'assunzione delle spese di cura dentaria dispensata nel 1994 e la garanzia di copertura per un trattamento di risanamento della cavità orale, prevedente in particolare interventi di otturazione, di cura radicolare e di revisione parodontale, ancora da eseguire e dichiarato indispensabile dal medico curante. Dopo avere consultato il parere del proprio sanitario di fiducia, prof. H._____ della Klinik X._____, ed avere acquisito la documentazione medico dentaria relativa allo stato precedente e successivo alle cure di chemio- e radioterapia, la Concordia, con atto 17 gennaio 1997, ha negato le chieste prestazioni, confermando il provvedimento con decisione su opposizione 20 marzo 1997.

B.- M._____, patrocinato dall'avv. Pier Carlo Blotti, ha deferito l'atto amministrativo al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino, chiedendo la condanna dell'assicuratore malattia ad assumere le spese delle cure dentarie - passate e future - occasionate dai trattamenti di chemio- e radioterapia.
Con pronunzia 14 gennaio 1998 la Corte cantonale ha respinto il gravame e rilevato che il trattamento effettuato nel 1994, sottoposto alla normativa della LAMI, non rientrava nell'ambito delle cure mediche poste obbligatoriamente a carico delle Casse, né l'interessato disponeva di una copertura complementare che gli avrebbe altrimenti garantito il rimborso delle spese sostenute. Per il resto, in merito all'assunzione da parte dell'assicuratore malattia dei costi relativi al prospettato risanamento dentario, i primi giudici hanno ritenuto non essere date le condizioni legali di prestazione.

C.- Sempre patrocinato dall'avv. Blotti, M._____ interpone ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, riproponendo la richiesta di assunzione dei costi per l'intervento ricostruttivo che deve ancora sostenere.
La Concordia Assicurazione propone la reiezione del gravame, mentre l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha rinunciato a determinarsi.

D.- Il 28 marzo 2000 il Tribunale federale delle assicurazioni, ordinando nel frattempo la sospensione della procedura, ha incaricato una commissione di esperti, composta dal prof. G._____ della Klinik Y._____, dal dott. C._____ della Ecole de Médecine Dentaire di Z._____ e dalla dott. G._____ della Klinik X._____, di allestire una perizia medico-dentaria in merito a una serie di questioni connesse in parte anche con la tematica qui in oggetto e comuni a diverse procedure pendenti dinanzi a questa Corte. Il referto è stato reso al Tribunale il 31 ottobre 2000 e discusso con gli esperti il 16 febbraio 2001, i quali, in data 21 aprile 2001, hanno prodotto un rapporto complementare.

Diritto :

1.- La procedura è stata sospesa per permettere la consultazione dei summenzionati specialisti. Con la presentazione del rapporto, il motivo della sospensione è venuto meno, sicché la procedura può essere riattivata.

2.- Oggetto della lite è il tema di sapere se a ragione la Corte cantonale ha respinto la domanda di copertura assicurativa di M._____ per gli interventi di risanamento dentario prospettati a riparazione dei danni conseguenti ai trattamenti di chemio- e radioterapia, cui l'insorgente è stato sottoposto per la cura del linfoma non hodgkin. Non più controversa è invece la questione relativa al rimborso delle spese occasionate dalle cure dentarie dispensate nel 1994, non essendo tale domanda più stata sollevata in questa sede.

a) L'art. 25 LAMal, applicabile in concreto, definisce le prestazioni generali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, senza però contemplare quelle relative ai trattamenti dentari, i cui costi vengono assunti dall'assicurazione sociale solo se le affezioni sono causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal), da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi (art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal), oppure se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal).

b) L'art. 33 cpv. 2 LAMal assegna 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 lett. d OAMal), il Dipartimento federale dell'interno ha concretizzato agli art. 17-19 dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) la norma di legge e specificato i casi di trattamento dentario che danno luogo a un obbligo prestativo. Così, l'art. 17 OPre (emanato in esecuzione dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal) racchiude la lista delle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio. Da parte sua, l'art. 18 OPre (realizzato a concretizzazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal) enumera le altre malattie gravi suscettibili di occasionare dei trattamenti dentari - si tratta di affezioni che non sono, come tali, malattie 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. Infine, l'art. 19a OPre concerne i trattamenti dentari conseguenti a infermità congenite.

3.- Occorre innanzitutto determinare le disposizioni applicabili alla fattispecie.

a) L'istanza precedente, allacciandosi in sostanza alla tesi sostenuta dalla Cassa, ha rifiutato ogni prestazione rilevando in particolare che l'art. 19 OPre prevederebbe, perlomeno nella sua versione valida fino al 31 dicembre 1998, l'assunzione solo di quelle cure dentarie necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica dispensate anteriormente alla terapia vera e propria, ciò che non si avvererebbe in concreto in quanto il trattamento dentario ha avuto luogo in una fase successiva alla radio- e chemioterapia, conclusasi nel corso del 1992. Similmente, i giudici cantonali non hanno ritenuto applicabile l'art. 18 OPre poiché il linfoma non hodgkin non figura nell'elenco, ritenuto esaustivo, delle malattie gravi sistemiche contenuto in tale disposto e non può nemmeno essere considerato una malattia delle ghiandole salivari ai sensi dell'art. 18 lett. d OPre, come è stato riconosciuto dall'oncologo curante, dott. V._____. Infine, la pronunzia di primo grado ha escluso un caso di applicazione dell'art. 17 lett. c, seconda cifra, OPre in quanto, pur potendo la patologia riscontrata, come accertato dallo stesso dott. V._____, configurare un tumore maligno al collo ai sensi del citato disposto, l'affezione dentaria

non è stata provocata dal linfoma in sé, quanto dalle cure instaurate per la cura di tale malattia.
Da parte sua, l'insorgente fa valere un obbligo prestativo della Cassa sulla base dell'art. 17 lett. c, seconda cifra, OPre o comunque in virtù dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal, rilevando che in quest'ambito dovrebbero trovare spazio pure le cure dentarie resesi necessarie a seguito del trattamento di una malattia sistemica.

b) In sostanza, la Corte cantonale ha correttamente ritenuto inapplicabile la norma dell'art. 19 OPre, nella sua versione determinante, valida fino al 31 dicembre 1998 (DTF 121 V 366 consid. 1b e riferimenti). Pur non limitandosi tale disposto a regolamentare solo gli interventi antecedenti, bensì garantendo in generale un'assistenza completa (quindi anche ricostruttiva) se la cura dentaria era necessaria al trattamento di una delle gravi malattie sistemiche contemplate dalla norma (cfr. DTF 124 V 199 consid. 2d; Gebhard Eugster, Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG, in: LAMal - KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 243), va osservato che siffatta condizione non si realizza in concreto, in quanto i trattamenti dentari in questione - a differenza della fattispecie regolata in DTF 124 V 196 segg. , concernente una domanda di ricostruzione dentaria che faceva seguito a un intervento di estrazione necessario ai fini di una sostituzione di una valvola cardiaca - non risultano essere (stati) necessari per le cure della grave malattia che aveva colpito l'interessato. Si deve pertanto ritenere che le affezioni
riscontrate sono unicamente conseguenza della malattia, rispettivamente dei suoi postumi. Per completezza si osserva che tale valutazione non modifica nemmeno il nuovo testo di ordinanza, in vigore dal 1°gennaio 1999. Parimenti, il Tribunale cantonale, osservando come la norma - anche nella sua nuova versione in vigore dal 1°gennaio 1999 - non contempli nel proprio elenco, ritenuto esaustivo da questa Corte (DTF 124 V 185), la patologia accusata dal ricorrente, ha pure rettamente escluso un'applicazione dell'art. 18 OPre, per cui le conseguenze lamentate, che renderebbero necessario un risanamento totale della cavità orale, non possono essere poste a carico dell'assicuratore nemmeno in virtù di tale disposto. Merita invece di essere esaminato il disposto dell'art. 17 OPre, la cui applicabilità è stata esclusa dall'istanza precedente.

4.- a) Secondo l'art. 17 OPre, l'assicurazione di base assume i costi delle cure dentarie attinenti, tra l'altro, alle seguenti malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal), la condizione essendo che l'affezione abbia il carattere di malattia e la cura andando assunta dall'assicurazione solo in quanto la malattia la esiga:

a. malattie dentarie:
1. granuloma dentario interno idiopatico;
2. dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, ciste);
b. malattie del parodonto (parodontopatie):
1...
3. effetti secondari irreversibili dovuti a medicamenti;
c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli;
1..
2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo;
d. ...;
e. ...;
f. ...

b) Per quanto qui d'interesse, gli esperti consultati, richiesti di esprimersi sul concetto di malattia previsto dalla norma d'ordinanza, hanno rilevato la necessità di distinguere le affezioni gravi dell'apparato masticatorio da quelle non gravi ed evidenziato che l'OPre giustamente si limita a riconoscere solo per le prime, quelle appunto di rilevanza patologica, un obbligo di prestazione. Il Tribunale federale delle assicurazioni, come già ha avuto modo di pronunciarsi in due recenti vertenze (sentenze del 28 settembre 2001 in re J., K 78/98, e del 19 settembre 2001 in re M., K 73/98, entrambe destinate alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale), associandosi alle considerazioni degli esperti, ne conclude che il concetto di malattia ai sensi dell'art. 17 OPre non è identico a quello altrimenti valido in ambito LAMal (art. 2 cpv. 1),ilprimodovendosiqualificareperdaremaggiorerilievoalrequisitodigravitàesattodallegislatoreincasoditrattamentodentario.

c) La norma in esame offre due appigli ai fini di un'assunzione a carico dell'assicurazione di base delle spese di trattamento dentario connesse con la trattazione di affezioni tumorali maligne. Così, come ha appena osservato questa Corte, da un lato possono ricadere sotto il disposto dell'art. 17 lett. b, terza cifra, OPre le cure dentarie resesi necessarie a seguito di un trattamento di chemioterapia originante malattie del parodonto (parodontopatie), tali affezioni potendo essere considerate effetti secondari irreversibili di medicamenti (cfr. sentenza citata del 28 settembre 2001 in re J.). Dall'altro, contrariamente a quanto ritenuto dal Tribunale cantonale, il trattamento di affezioni dentarie conseguenti alla cura di tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo può essere posto a carico dell'assicurazione obbligatoria in applicazione diretta della lett. c, seconda cifra, OPre, anche se il danno dentario non è stato provocato (direttamente) dal tumore in quanto tale, bensì dalle cure instaurate per il trattamento di tale malattia (sentenza del 14 dicembre 2001 in re V., K 104/99).

5.- Nell'evenienza concreta, è incontestato che il linfoma non hodgkin costituisca un tumore maligno del collo. Allo stesso modo, è pacifico che le cure instaurate per il trattamento di tale male abbiano dato luogo a lesioni dentarie multiple, nonché ad affezioni parodontali.
Ora, in considerazione dei principi giurisprudenziali suesposti, si giustifica di rinviare gli atti alla Cassa affinché, previo nuovo accertamento del caso, determini in quale misura le affezioni dentarie e parodontali accusate dal ricorrente siano da qualificare conseguenza della grave malattia o comunque siano da ricondurre agli effetti delle cure instaurate per il suo trattamento e, posta questa premessa, indichi quali interventi prospettati dal medico curante di M._____ siano definiti alla cura di tali affezioni. Esaminato in particolare il requisito di causalità - che gli atti all'inserto non sembrano comunque mettere in dubbio -, l'istituto assicuratoredovràesprimersisull'estensionedeldirittoaprestazioni, conformementeaiprincipidiefficacia, appropriatezzaedeconomicità(art. 32cpv. 1LAMal).

Per questi motivi, il Tribunale federale delle assicurazioni,
pronuncia :

I.La procedura è riattivata.

II.Il ricorso di diritto amministrativo è accolto nel senso che, annullati il giudizio 14 gennaio 1998 del Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino e la decisione su opposizione 20 marzo 1997, gli atti sono rinviati alla Concordia perché statuisca di nuovo circa il diritto a prestazioni nel senso dei considerandi.

III. Non si percepiscono spese giudiziarie.

IV.La Concordia verserà al ricorrente la somma di fr. 2000. - (comprensiva dell'imposta sul valore aggiunto) a titolo di indennità di parte per la procedura federale.

V.Il Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino statuirà sulla questione delle spese ripetibili di prima istanza, tenuto conto dell'esito del processo in sede federale.

VI.La presente sentenza sarà intimata alle parti, al Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano, e all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Lucerna, 19 dicembre 2001

In nome del
Tribunale federale delle assicurazioni
Il Presidente della IVa Camera :

Il Cancelliere :