

TI_GERICHTE 36.2003.10 vom 16. Januar 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-01-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.10

FR: TI_GERICHTE 36.2003.10 du 16 janvier 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.10 del 16 gennaio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 37

pag. 316 consid. 3b). Ciò significa che tutte le decisioni emanate dopo il 1° gennaio 2003 sono rette dalla procedura di opposizione. Per quel che concerne il momento dell'emanazione della decisione è determinante la consegna alla posta (vedi DTF 119 V 95 consid. 4c si veda inoltre la lettera 29 novembre 2002 del TFA alle autorità di ricorso cantonali nel campo delle assicurazioni sociali). La procedura d'opposizione si applica a tutti i campi delle assicurazioni sociali, ad eccezione della previdenza professionale, fatte salve le eccezioni specificamente previste nelle leggi speciali alle singole assicurazioni sociali. Con l'introduzione della LPGA la LAMal ha subito importanti modifiche con effetto al 1 gennaio 2003. In effetti l'art. 1 LAMal recita: " Art. 1 Campo d'applicazione 1 Le disposizioni della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga alla LPGA. 2 Esse non sono applicabili ai seguenti settori: a. autorizzazione ed esclusione di fornitori di prestazioni (art. 35-40 e 59); b. tariffe, prezzi e stanziamento globale di bilancio (art. 43-55); c. 6 riduzioni di premi accordate ai sensi degli articoli 65, 65a e 66a e sussidi della Confederazione ai Cantoni conformemente all'articolo 66; d. liti tra assicuratori (art. 87); e. procedure dinanzi al tribunale arbitrale cantonale (art. 89)." Per quanto attiene alle norme relative alla procedura ed al contenzioso la nuova LAMal prevede, in particolare: " Art. 85 Opposizione (art 52 LPGA) L'assicuratore non può subordinare la notifica della decisione su opposizione all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso. Art. 86 Ricorso (art. 56 LPGA) L'assicuratore non può subordinare il diritto dell'assicurato di adire il tribunale cantonale delle assicurazioni all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso." L'art. 56 LPGA regola la materia del ricorso al Tribunale specificando che le decisioni su opposizione sono soggette ad impugnativa al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni (art. 57 LPGA). La norma specifica inoltre che il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione. Nel caso in esame l'amministrazione ha emanato una decisione su opposizione riferendosi quindi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, decisione su opposizione del 16 gennaio 2003 che è stata impugnata con l'atto in discussione. La nuova LPGA trova quindi applicazione per gli aspetti procedurali mentre nel merito si applicano le disposizioni in vigore in precedenza poiché da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme in vigore al momento in cui si realizza la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 127 V 467 consid. 1) ed il Tribunale

Federale delle assicurazioni, ai fini dell'esame di una vertenza, si fonda di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento dell'emanazione della decisione amministrativa contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b; STFA del 1 luglio 2003 nella causa G.C.-N., consid. 1.2., H 29/02).

2.2. L'assicurazione contro le malattie é stata regolamentata, sino al 31 dicembre 1995 dalla LAMI che é stata sostituita, con effetto a decorrere dal 1. gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Secondo quanto disposto dall'art 1a LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa. La LAMal accorda prestazioni in caso di infortunio, definito all'art. 4 LPGa, per quanto l'evento non sia a carico di alcuna assicurazione infortuni. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati (art. 13 OAMal) e gli altri rami d'assicurazione (art. 14 OAMal) sono diventate di diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Dal profilo procedurale, la LAMal ha operato una cesura completa fra i rimedi giuridici nell'assicurazione malattia sociale e nelle assicurazioni complementari: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa, per le vertenze relative alle seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile. Giusta l'art 47 cpv. 2-4 della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati (modificata in occasione dell'adozione della LAMal), per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie giusta la legge federale del 14.3.1994 sull'assicurazione malattie, i cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. Il 1. gennaio 1996 è entrata in vigore la legge di applicazione della LAMal (LCAMal) che, all'art. 75, prevede che le contestazioni degli assicuratori tra di loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazioni, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni. Nel caso di specie la petizione del 30 gennaio 2003 inoltrata dalla signora _____ verrà esaminata sia nell'ottica dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico sanitarie, con il presente giudizio, che alla luce delle coperture assicurative complementari di cui essa beneficia e che potrebbero entrare in linea di conto nel caso concreto, e ciò con giudizio separato _____. Nel merito 2.3. Nell'ambito dell'assicurazione malattia sociale sono coperti non solo la malattia ma anche, come evidenziato in precedenza, l'infortunio e la maternità. Gli infortuni non sono tuttavia coperti che nella misura in cui non siano presi a carico da un'altra assicurazione infortuni, che si tratti di assicurazione obbligatoria o privata. In quest'ottica l'assicurazione malattia sociale voluta con la LAMal risulta rivestire simultaneamente un ruolo sussidiario e complementare: sussidiario quando ha per compito di completare le lacune assicurative in ragione della sua funzione suppletiva e complementare quando può portare a prendersi carico delle spese non coperte o coperte solo parzialmente da un'assicurazione infortuni (v. Messaggio del CF concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991, pag. 123; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SVBR], Soziale Sicherheit, cifra 162 e seg.). Nel caso di specie la LAMal trova applicazione non risultando l'evento sopravvenuto alla ricorrente il 14 marzo 2002 ed annunciato il successivo 30 maggio 2002 a carico di altro assicuratore infortuni. Secondo l'art. 28 LAMal in caso

d'infortuni l'assicuratore copre le medesime prestazioni che in caso di malattia, l'art. 31 cpv. 2 LAMal dal canto suo pone a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie i costi per le cure del sistema masticatorio in caso di infortunio. Nel caso concreto le parti non contestano tale circostanza e l'assicuratore non ha negato per questa ragione il suo obbligo di prestazione. 2.4. Nel caso in esame la signora _____ ha notificato all'assicuratore malattia _____ che, mentre mangiava un pezzo di pane rustico, avrebbe morso un sassolino contenuto nel pane spaccando in due un dente molare. Come indicato l'assicuratore ha ritenuto di non doversi assumere la spesa di cura del dente ritenendo non adempiuta l'esistenza di un evento straordinario all'origine della lesione dentaria. Va anzitutto rilevato come il nuovo art. 4 LPGa, non direttamente applicabile alla presente fattispecie alla luce di quanto evidenziato sopra, definisca d'infortunio come segue: " È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte." In virtù della LAMal in vigore sino alla fine del 2002 l'infortunio era invece definito, come rammenta il TFA nella sentenza K 202/00 del 18 settembre 2001, nel seguente modo: " Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal). " La definizione di infortunio voluta con l'adozione della LAMal è, come indicato, sostanzialmente uguale a quella ripresa nella LPGa. La giurisprudenza del TFA in DTF 122 V 232 e segg., ricorda come: " (...) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 1996, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, il existe désormais - et pour la première fois - une définition légale de l'accident, qui figure à l'art. 2 al. 2 de cette loi. Cette définition, qui reprend celle de l'art. 9 al. 1 OLAA, avec une précision relativement aux effets de l'atteinte corporelle, est la suivante: « Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale » . Cette dernière phrase constitue quant à elle une version simplifiée du texte adopté par la Commission du Conseil des Etats à l'art. 4 al. 1 du projet de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (« ...qui compromet temporairement ou de manière permanente la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort » [FF 1991 II 183]). Il résulte de la définition même de l'accident (au sens de l'art. 9 al 1 OLAA comme au sens de l'art. 2 al. 2 LAMal) que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 118 V 61 consid. 2b, 283 consid. 2a ainsi que les références)." Dal canto suo Ueli Kieser nel nuovo commentario alla LPGa (ATSG Kommentar, Schulthess 2003 a pag. 57 e 58) così si esprime sull'argomento: " (...) Bei der Ausarbeitung des KVG wurde eine Umschreibung des Unfallbegriffes auf gesetzlicher Ebene vorgeschlagen; dabei sich der Vorschlag auf die Umschreibung von Art. 4 Abs. 1 E ATSG (vgl. BB1 1992 I 141; BGE 122 V 232 f.). AltArt. 2 Abs. 2 KVG umschrieb den Unfall in einer Art. 4 ATSG weitestgehend entsprechende Weise; zunächst wurde das Unfallereignis in Entsprechung zu altArt.9 Abs. 1 UVV definiert, und es wurde sodann festgelegt, dass Folge des Ereignisses eine gesundheitliche Beeinträchtigung sein müsse. Damit nahm der Gesetzgeber im Vergleich zur unfallversicherungsrechtlichen Umschreibung eine

begriffliche Erweiterung vor (vg. EUGTER, Krankenversicherung, Rz. 94). Indessen ergaben sich in der Anwendung von altArt. 9 Abs. 1 UVV und altArt. 2 Abs. 2 KVG keine relevanten Unterschiede; denn die Folge des Unfallereignisses in der Form einer gesundheitlichen Beeinträchtigung wurde mit Selbstverständlichkeit bereits bei der Definition von altArt. 9 Abs. 1 UVV miteingeschlossen (vgl. EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 94 Fn. 201), weshalb die zusätzliche Erwähnung der Folge des Unfallereignisses lediglich als Präzisierung betrachtet wurde (vgl. MAESCHI, Kommentar, Rz. 10 zu Art. 4 MVG). Keine eigene Umschreibung des Unfalles enthielt das MVG, wobei hier der Unfallbegriff praxismässig nach dem Recht der obligatorische Unfallversicherung bestimmt wurde (vgl. MAESCHI, Kommentar, Rz. 9 zu Art. 4 MVG). 5 b) Damit ist davon auszugehen, dass im bisherigen Sozialversicherungsrecht ein einheitlicher Unfallbegriff Verwendung fand. Die im Wortlaut unterschiedlichen Definitionen von altArt. 9 Abs. 1 UVV sowie altArt. 2 Abs. 2 KVG änderten daran nichts. Mit Art. 4 ATSG wurde in bewusster Fortführung des bisherigen Unfallbegriffes (vgl. dazu BB1 1999 4545; AB 2000 S 176) eine für alle Sozialversicherungszweige massgebende einheitliche Definition gewählt. Damit behält die bisherige Rechtsprechung zum Unfallbegriff weiterhin ihre Massgeblichkeit." 2.5. Come rammenta l'autore zurighese la giurisprudenza emanata quindi precedentemente l'entrata in vigore della nuova LPGA vale anche ora sotto l'egida della LPGA e della sua definizione di infortunio. In particolare, per quanto attiene ai danni ai denti, Kieser (op. cit., pag. 63), a proposito del tema dell'Ungewöhnlichkeit dell'infortunio, così si esprime: "(...) Zahnschäden : Von Belang ist, ob der Zahn mit einem Gegenstand in Kontakt kommt, der im Rahmen des Alltäglichen nicht an einem Zahn gelangt; nicht entscheidend ist, ob es sich im betreffend Lebensmittel um einen Fremdkörper handelt. Bejaht wurde die Ungewöhnlichkeit bei einer Nusschale in der Nusschokolade, verneint hingegen bei einem Zwetschgenstein im Tutti-Frutti (vgl. BGE 112 V 205, 114 V 170 f.; vgl. ferner SVR 1999 UV Nr. 8 [Pizza], 2001 KV Nr. 50 [Nusschale]). Beim Ansetzen eines Blasinstrumentes an die Lippen wird in der Regel eine Ungewöhnlichkeit nicht angenommen, wenn dabei ein Zahnschaden auftritt (vgl. SVR 2002 KV Nr. 40)." Nella sentenza 112 V 201 il TFA ha ritenuto come la rottura di un dente mangiando una torta di ciliege di propria confezione con frutta non snocciolata non è qualificabile quale infortunio; il danno al dente non essendo stato determinato da un fattore esterno di natura straordinaria. In DTF 114 V 169 e segg. il TFA ha considerato l'adeguatezza del rapporto di causalità tra la masticazione di un pane alle noci contenente il resto di un guscio e la rottura di un dente, e quindi il danno alla dentatura. Per l'Alta Corte il rapporto di causalità non può essere negato che quando si debba ammettere che il dente in questione non avrebbe sopportato una normale sollecitazione. In una sentenza argoviese (Versicherungsgericht des Kanton Aargau) del 21 novembre 2001 è stato ritenuto come non possa essere ammesso un infortunio se un musicista esperto porta alle labbra uno strumento a fiato procurandosi un danno ai denti, ciò nemmeno se il gesto è dettato dalla fretta. Mentre in una sentenza friborghese il tribunale amministrativo del Cantone di Friburgo ha ritenuto che "il fatto di masticare un pezzo di pizza non costituisce un evento straordinario. Determinante perché un tale evento sia considerato come infortunio è se tale fattore esterno è straordinario, ciò che si verifica quando esso eccede il limite degli eventi quotidiani o di quanto può essere definito abituale" (SVR 1999 Nr. 8 pag. 25 UV). Più recentemente il TFA in una sentenza del 18 settembre 2001 ha dovuto occuparsi del caso di una donna, nata nel 1967, che il 7 aprile 1999 ha notificato al suo assicuratore malattia un danno ad un dente mangiando un pane semi bianco e masticando "un morceau de consistance dure" avvenuto

il precedente 16 marzo 1999. Richiesta di fornire spiegazioni dettagliate l'assicurata aveva segnalato quanto segue: " Elle indiquait notamment qu'en mangeant du pain, elle avait buté sur une particule de consistance «dure-solide», qu'elle n'avait pas vu le corps dur et qu'elle ignorait de quoi il s'agissait, l'ayant avalé. Le pain avait été acheté à M." L'assicuratore aveva rifiutato le prestazioni richieste. L'alta Corte federale – dal canto suo – ha confermato la posizione dell'assicuratore negando le prestazioni. In Ticino, per il caso della rottura di un molare a causa di un ossicino contenuto in un salamino, il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni (nella sentenza 13 gennaio 1999 in re _ pag. 3) ha rammentato che: " ... non sono stati considerati elementi esterni straordinari un chicco di mais non scoppiato nei pop-corn, un nocciolo di ciliegia in una torta confezionata con ciliege non snocciolate oppure una scaglia di cartilagine in una salsiccia (RAMI 1988 p. 420 consid. 2b; STFA 16.1.1992 in re E. non pubbl.; RAMI 1992 U144, p. 83 consid. 2a e p. 84 consid. 2c, 1993 p. 156ss, consid. 2b). ed ha confermato la decisione dell'assicuratore di rifiutare le prestazioni. Anche nel caso esaminato da questo TCA, relativo alla rottura di un dente mangiando del pane al sesamo da parte dell'assicurato, è stata confermata la decisione dell'assicuratore di rifiutare le prestazioni (TCA _____ in re _ sentenza del 21 settembre 1995). In una sentenza non pubblicata il TFA, in un caso analogo a quello in discussione in cui un'assicurata aveva sostenuto di aver rotto un dente masticando del pane in cui c'era un corpo estraneo la cui identità non aveva controllato avendo sputato il tutto nel lavabo, ha negato l'azione di un elemento esterno nonostante una perizia giudiziaria avesse escluso un'altra causa (STFA 27.8.1992 in re M. non pubbl.). Parimenti, in un caso precedente in cui l'assicurato aveva pure affermato di aver rotto un dente contro qualcosa di duro mentre mangiava del pane senza fornire alcuna prova al riguardo, il TFA ha escluso l'intervento di un fattore esterno straordinario (STFA inedita 21.11.1990 in re T.). Questo principio era già stato applicato dal TFA in precedenza in altri due casi in cui gli assicurati avevano affermato di aver rotto un dente masticando qualcosa di duro senza essere in grado di identificare l'oggetto causa della lesione: in entrambi i casi il TFA ha ritenuto non essere stata resa verosimile l'esistenza di un fattore esterno straordinario (STFA 30.4.1991 in re R.; 16.1.1992 in re T. non pubbl. citate in STFA 27.8.1992 in re M.). Va ancora rammentato come, secondo la giurisprudenza, tocca all'assicurato rendere verosimile, nei limiti della probabilità preponderante, l'esistenza di tutti gli elementi costitutivi d'infortunio. L'autorità amministrativa e il giudice devono considerare un fatto come provato, unicamente quando sono convinti della sua esistenza (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, IV ed., Berna 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, II. ed., p. 278 cifra 5; STFA 27.8.1992 in re M.). Nell'ambito delle assicurazioni sociali, il giudice si basa, per la sua decisione, salvo disposizione contraria della legge, sui fatti che, non potendo essere stabiliti in maniera irrefutabile, appaiono come i più verosimili, cioè su quelli che presentano un grado di verosimiglianza preponderante. Non é, quindi, sufficiente che un fatto possa essere considerato quale un'ipotesi possibile. Fra tutti gli elementi di fatto allegati, il giudice deve ritenere soltanto quelli che sembrano più probabili, ricordando che non esiste, nel diritto delle assicurazioni sociali, il principio secondo il quale l'amministrazione e il giudice dovrebbero statuire, nel dubbio, a favore dell'assicurato (DTF 115 V 142 consid. 8b; 113 V 312 consid. 3a e 322 consid. 2a; 112 V 32 consid. 1a; RCC 1986 p. 201 consid. 2c; 1984 p. 468 consid. 3b; 1983 p. 249; RAMI 1985 p. 21; 1984 p. 269 consid. 1; STFA 27.8.1992 in re M.). È, però, doveroso ricordare che, per stabilire se un evento ha carattere d'infortunio, occorre, di regola, accertare direttamente il fattore esterno: non basta inferirne l'esistenza partendo dal danno alla salute nell'assunto che, senza l'azione di quel fattore, il danno non si

sarebbe potuto produrre. Questo procedimento induttivo, di regola, non é ammesso (cfr. RAMI 1990 p. 46ss consid. 2 ; STCA 30.12.1991 in re _). Nel senso sopra esposto il TFA si è espresso nella sentenza citata del 18 settembre 2001: " Ainsi que l'a maintes fois exprimé le Tribunal fédéral des assurances, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 208 consid. 6b). En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (dans l'assurance-accidents : art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a à propos de l'art. 274d al. 3 CO). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b; DTA 1998 n° 48, p. 284)." Principio ulteriormente ribadito in una recente sentenza cantonale urana (Obergericht Uri, Verwaltungsrechtliche Abteilung, sentenza 3 giugno 2000, in SVR 2001 KV 50 pag. 145).

2.6. Nel caso in esame la signora _____ ha segnalato all'assicuratore malattia un infortunio, nei termini descritti nelle precedenti considerazioni, il 28 maggio 2002 e ciò dopo oltre due mesi dalla rottura del dente che l'assicurata riconduce, nella dichiarazione d'infortunio, al morso dato ad un "sasso contenuto nel pane". Gli accertamenti eseguiti e di cui è traccia agli atti indicano come – dopo l'evento – la signora _____ si sia recata dal dott. _____ per i primi controlli ma abbia rinunciato agli interventi da parte di questo professionista a causa del loro preventivato costo optando per una cura presso il dott. _____. A questo medico _____ ha trasmesso un formulario con richiesta di informazioni (doc. _) dalle cui risposte (del 16 giugno 2002) si deduce che il dente fratturato è il numero 7 già oggetto – con altri – di otturazioni e colpito da paradontosi. Il medico ha specificato inoltre di avere già eseguito la ricostruzione del moncone. A richiesta dell'assicuratore il dott. _____ ha trasmesso le radiografie eseguite il 20 marzo 2002. Nello scritto 8 luglio 2002 della signora _____ a _____ l'assicurata ha rilevato quanto segue: "(...) - Il dente si è spaccato in mezzo quanto ho morso una pietra contenuta nella fetta di pane. Ovviamente un dente non si rovina mangiando semplicemente una fetta di pane rustico, come da voi interpretato. - Al momento dell'infortunio il dente era sano e non dava nessun problema. La riparazione da voi accennata è stata eseguita d'urgenza dalla _____ poiché la ferita era molto dolorosa e per evitare delle infezioni, subito dopo l'incidente. - Il dott. _____ in seguito ha eseguito la riparazione definitiva del dente (vedi fattura). - Sono assicurato contro tale infortunio non solo dalla

LAMAL ma pure anche dalla LCA. Inoltre esiste una sentenza del Tribunale Federale delle Assicurazioni che obbliga le assicurazioni in simili casi di pagare il danno. (U165/98 del 211.04.1999)." (cfr. doc. _) La signora _____ non è stata in grado di produrre il sasso rispettivamente la pietra che indica come causa della rottura del dente. Ha invece prodotto una attestazione del dott. _____, medico dentista di _____, secondo cui il dente in questione sarebbe stato devitalizzato ed otturato ma in perfetto stato. Dalle fatture prodotte agli atti risulta che presso la _____ è stata eseguita una consultazione d'urgenza il 14 marzo 2002, una radiografia ed una anestesia per infiltrazione per un importo fatturato di CHF 80,60. Il dott. _____, per cure prestate dal 20 marzo al 3 aprile 2002, ha esposto complessivamente CHF 398.- (comprensivi di CHF 126.- per intervento dell'igienista) specificando le seguenti prestazioni: consultazione, radiografia, impronta del mascellare e spese di laboratorio (tutti interventi del 20 marzo 2002). Dal canto suo il dott. _____ ha eseguito i suoi interventi tra il 16 ed il 23 maggio 2002 (ossia ancora antecedentemente alla segnalazione dell'infortunio all'assicuratore malattia) ed ha fatturato l'importo di CHF 1'379,25 per il condizionamento della dentina, la corona, la ricostruzione e spese di laboratorio. Non solo il sasso asserita causa della rottura di un dente comunque già otturato e devitalizzato, non è stato tenuto e prodotto all'assicuratore, ma neppure è stato possibile potere eseguire delle verifiche dirette sul dente rotto da parte del medico fiduciario dell'assicuratore siccome, prima della segnalazione dell'infortunio, ma comunque 2 mesi dopo l'evento, la ricostruzione è stata eseguita dal medico curante. Si è rilevato, nelle considerazioni precedenti, come per stabilire se un evento ha carattere d'infortunio, occorre, di regola, accertare direttamente il fattore esterno: non basta inferire l'esistenza partendo dal danno alla salute nell'assunto che, senza l'azione di quel fattore, il danno non si sarebbe potuto produrre. Nel caso concreto il sasso non è stato tenuto e prodotto all'assicuratore con la segnalazione dell'evento e la riparazione del dente antecedente alla notifica dell'infortunio non ha permesso nessuna diretta verifica. Il dente in questione era inoltre già stato oggetto di cure ed era devitalizzato come rammenta il dott. _____, pur essendo in perfetto stato non poteva certamente essere considerato alla stregua di un dente sano come rammenta l'assicuratore malattia da ultimo nello scritto 2 settembre 2003. Il giudice delegato ha acquisito presso il patrocinatore dell'assicurata il doc. __, lettera di risposta dell'assicurata ad una richiesta di complemento di informazioni formulata da _____ alla signora _____ in merito alla rottura del dente. In quella lettera, datata 11 giugno 2002, la signora _____ ha ribadito che la causa dell'evento dannoso è stata una pietra contenuta in un pane ai 4 grani, pietra che l'assicurata indica di avere "... tolto dalla bocca", il pane essendo stato acquistato presso la _____ e precisa che, presente ai fatti, vi era il marito. Il Giudice delegato ha quindi interpellato il signor _____, marito dell'assicurata, sottoponendogli precise domande (doc. _ del 18 agosto 2003), cui il signor _____ ha risposto con atto pervenuto il 26 agosto 2003 al TCA specificando in particolare di essere stato presente ai fatti, svoltisi durante la colazione verso le ore 7.30, indicando come la signora _____ stesse mangiando una fetta di pane con burro e marmellata e di avere mostrato un'espressione di dolore correndo in bagno. La signora _____ – secondo il racconto del marito – ha quindi sputato il rimanente boccone contenente il pezzo duro nel lavabo del bagno. L'interpellato ha poi precisato di non avere visto l'oggetto che ha causato la rottura del dente, ha indicato di averne sentito il rumore "... simile allo scheggiarsi di un sassolino" precisando che "Secondo il rumore sentito, doveva essere un sassolino" che si sarebbe "frantumato, secondo il rumore stritolante". Il signor _____ ha precisato che la moglie ha sputato

della mollica di pane, di non avere controllato la causa della rottura del dente siccome reazione non spontanea, e di avere notato il dente rotto. Viste le risposte alle domande poste dal giudice delegato non appare dimostrato, secondo la verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali, che la causa della rottura del dente sia stata un sassolino od una piccola pietra contenuta nel pane, e non invece un seme indurito dalla cottura del pane la cui presenza è prevedibile nel prodotto. Ricondurre al sassolino la causa del danno al dente è deduzione che hanno operato l'assicurata ed il di lei marito senza che tale ipotesi sia stata ulteriormente corroborata. La signora _____ non è, purtroppo, stata in grado di dimostrare – secondo i principi validi in materia di assicurazioni sociali dedotti dalla giurisprudenza federale riassunti nelle considerazioni precedenti – la straordinarietà della causa del danno al dente molare. Alla luce delle considerazioni esposte si deve ritenere come non comprovato un infortunio e, di conseguenza, va confermata la decisione dell'amministrazione di negare prestazioni in virtù dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. Il ricorso va respinto senza conseguenza di tasse e spese e senza concessione di ripetibili.

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