

## **TI\_GERICHTE 36.2014.100 vom 28. Mai 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-05-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2014.100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.100)

FR: TI\_GERICHTE 36.2014.100 du 28 mai 2015

IT: TI\_GERICHTE 36.2014.100 del 28 maggio 2015

### **Regeste**

Rottura di un dente mangiando. Non è stato individuato il corpo estraneo, perciò non sono dati tutti gli elementi dell'infortunio. Cura all'estero. Il dentista non è convenzionato con sistema sociale statale, fattura con tariffe private, perciò D CH, NO ALC. Urgenza non è data. Cure possibili in CH

### **Erwägungen**

#### **E. 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, in ATSG Kommentar, 2a ed., Schulthess 2009, NN. 8, 9 e 10, pag. 73, così si esprime in merito: "(...) b) 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 unfallversicherungs-rechtlichen Umschreibung eine begriffliche Erweiterung vor. 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, weshalb die zusätzliche Erwähnung der Folge des Unfallereignisses lediglich als Präzisierung betrachtet wurde (vgl. MAESCHI, Kommentar, N. 10 zu Art. 4 MVG). Keine eigene Umschreibung des Unfalles enthielt das MVG, wobei hier der Unfallbegriff praxisgemäss nach dem Recht der

obligatorische Unfallversicherung bestimmt wurde (vgl. MAESCHI, Kommentar, N. 9 zu Art. 4 MVG). c) 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. d) 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 (vgl. SVR 2005 UV Nr. 2, U 123/04, E. 1.1).". Come rammenta l'autore zurighese, la giurisprudenza emanata 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., N. 34, pag. 79), 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 (vgl. Baer , 321 ff.). 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)". Si evince dunque dalla nozione stessa d'infortunio che il carattere straordinario non concerne gli effetti del fattore esterno, ma unicamente il fattore esterno in quanto tale. Pertanto, è irrilevante il fatto che il fattore esterno abbia causato delle affezioni gravi o inabituale. Il fattore esterno è considerato come straordinario quando eccede, nel caso concreto, il quadro degli avvenimenti e delle situazioni che si possono, obiettivamente, definire quotidiane o abituali (STFA K 207/00 del 26 settembre 2001; STFA K 202/00 del 18 settembre 2001; DTF 122 V 233 consid. 1; DTF 121 V 38 consid. 1a; DTF 118 V 61 consid. 2b; RAMI 1993 pag. 157 consid. 2a). 2.5. L'allora TFA ha avuto modo di definire le condizioni alla cui realizzazione è condizionata l'ammissione del carattere straordinario in caso di affezione dentaria. Nella sentenza DTF 112 V 201, l'Alta Corte 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 il Tribunale federale delle assicurazioni 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, ammettendo la straordinarietà del fattore esterno. Per la nostra Massima istanza il rapporto di causalità non può essere negato che quando si debba ammettere che il dente in questione non avrebbe sopportato una normale sollecitazione. Sono stati considerati come fattori esterni straordinari in particolare una scaglia di osso in una salsiccia (RAMI 1992 U 144 pag. 83 consid. 2b), un frammento di guscio di noce in un pane alle noci (DTF 114 V 169) o in una torta alle noci oppure ancora il sassolino in un preparato a base di riso (RAMI 1999 U 349 pag. 477) (DTF 112 V 205 consid. 3b; RAMI 1988 K 787 pag. 420 consid. 2b). Per contro, non sono stati considerati elementi esterni straordinari un chicco di mais non scoppiato nei pop-corn (DTF 112 V 205 consid. 3c), un nocciolo di ciliegia in una torta confezionata con ciliege non snocciolate (DTF 112 V 205 consid. 3c), un osso nel pollo o nella cotoletta, un residuo di guscio di cozza su una pizza ai frutti di mare (SVR 1999 UV Nr. 8), una perla decorativa su una torta dei Re Magi (RAMI 1985 pag. 24), un'oliva non snocciolata su una piccola pizza

acquistata al supermercato contenente più olive (STFA U 454/04 del 14 febbraio 2006) oppure una scaglia di cartilagine in una salsiccia (RAMI 1992 U 144 pag. 84 consid. 2a e consid. 2c) (RAMI 1993 K 921 pag. 156 consid. 2b; RAMI 1988 K 787 pag. 420 consid. 2b). Nel caso esaminato da questo TCA con sentenza del 21 settembre 1995 (36.1995.114) 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. Anche per la rottura di un molare a causa di un ossicino contenuto in un salamino, il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni (STCA del 13 gennaio 1999, 35.1998.111, consid. 2.4) 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. In una sentenza argoviese del 21 novembre 2001 il TCA ha 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 (SVR 2002 KV Nr. 40). Anche in una sentenza friborghese il competente tribunale amministrativo 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 UV Nr. 8 pag. 25). Nella sentenza del 21 febbraio 2003 (U 229/01) il TFA ha lasciato aperta la questione a sapere se la presenza di un chicco grezzo in un " müesli " ai 5 cereali possa essere qualificata quale elemento estraneo all'alimento (cfr. consid. 2.2.). Colui che acquista una confezione di olive snocciolate e utilizza queste ultime per cuocere un pane alle olive, in occasione della consumazione del pane non deve contare sul fatto che esso contenga un'oliva con il nocciolo. Nel caso in cui l'assicurato morda il nocciolo di un'oliva durante la consumazione del pane e riporti in tal modo una lesione dentaria, è realizzata la nozione di infortunio, segnalatamente la straordinarietà del fattore esterno (STF 9C\_985/2010 del 24 aprile 2011 = SVR 2011 KV Nr. 16). Nella STF 9C\_553/2013 del 17 ottobre 2013 l'Alta Corte ha stabilito che nel caso concreto in cui la marmellata di ciliege è stata fatta in casa, se si trova un nocciolo che rompe un dente si deve parlare di un evento straordinario e quindi si configura la nozione di infortunio, perché in precedenza la torta casalinga fatta dallo stesso familiare non aveva mai presentato tali residui. Nella recente STF 8C\_893/2014 del 27 gennaio 2015, la circostanza che un'oliva con nocciolo fosse presente in un'insalata non è stata considerata come un fattore esterno straordinario e dunque non si era in presenza di un infortunio. 2.6. 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 Zivil-prozessrechts, IV ed., Berna 1984, pag. 136; Gygi , Bundes-verwaltungsrechtspflege, II. ed., pag. 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 è, 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 pag. 201 consid. 2c; 1984 pag. 468 consid. 3b; 1983 pag. 249; RAMI 1985 pag. 21; 1984 pag. 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 desumerne 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 è ammesso (RAMI 1990 pag. 46 consid. 2; STFA 30.12.1991 in re M). In una sentenza non pubblicata il TFA, in un caso 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 lavandino, 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 però fornire alcuna prova al riguardo, la nostra Massima Istanza ha escluso l'intervento di un fattore esterno straordinario (STFA inedita 21.11.1990 in re T.). Nella sentenza K 202/00 del 18 settembre 2001, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni 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 (cfr. consid. A): " (...) 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 e l'Alta Corte federale ha confermato la posizione dell'assicuratore, così esprimendosi al considerando 3: " b) 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)". (...) 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 l'Alta Corte 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.). In una sentenza del 3 ottobre 2003 (U 87/03) l'Alta Corte ha stabilito che un assicurato che si è rotto un dente mangiando un'insalata non era stato vittima di un infortunio. Infatti l'assicurato, sostenendo di aver gettato subito via l'oggetto duro che avrebbe morso, senza esaminarlo, non ha dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante che l'oggetto morso era un corpo estraneo all'alimento. Nella sentenza del 15 dicembre 2003 (36.2003.10), questo Tribunale ha esaminato il caso della rottura di un dente causata dalla masticazione di pane che avrebbe contenuto un sassolino. Si trattava di un molare già otturato e devitalizzato ed il Tribunale non ha ritenuto l'evento infortunistico, considerando in particolare (pag. 14 in fine e pag. 15): " (...) 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 inferirne 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 (...)". La nostra Massima Istanza, in una sentenza del 22 giugno 2005 (U 243/04), ha ribadito che onde poter procedere alla necessaria valutazione e determinare se l'oggetto all'origine di una lesione dentaria faccia o no usualmente parte dell'alimento consumato, occorre anzitutto che il corpo estraneo possa essere individuato. Nella sentenza 35.2005.78 dell'8 novembre 2005 (in ambito LAInf) la persona assicurata aveva, "masticando un boccone di riso", sentito un forte e fastidioso rumore, rendendosi subito conto di avere rotto un dente. L'assicurato aveva precisato che nel riso si era celato un sassolino, oggetto tuttavia non conservato. Non avendo dimostrato, per quanto da lui esigibile, l'evento straordinario, il Tribunale ha negato l'intervento dell'assicuratore. A questo proposito Aldo Borella ha ritenuto (op. cit., pag. 21/22): " Nella misura in cui le circostanze lo consentono, la persona che richiede determinate prestazioni assicurative deve rendere verosimili gli elementi costitutivi di infortunio . Basta che anche un solo criterio faccia difetto per liberare l'assicuratore infortuni da ogni sua responsabilità. La persona interessata deve segnatamente fornire una versione plausibile in merito alle circostanze caratterizzanti l'evento. Se ciò non è il caso, se l'assicurato fornisce delle spiegazioni inesatte o contraddittorie, se la descrizione dell'evento non è convincente, l'esistenza di un infortunio non verrà considerata verosimile. Occorre pertanto che il richiedente fornisca delle indicazioni concrete, precise e veritiere sull'episodio in esame in modo tale che l'assicuratore competente venga posto in condizione di farsi un quadro ben determinato della situazione e possa procedere a un accertamento in modo oggettivo . L'assicurato viene ad esempio meno a tale suo obbligo se, nel lamentare una lesione dentaria in seguito alla consumazione, di una salsiccia, si limita ad indicare di avere masticato qualcosa di duro.

(...) L'application del principio inquisitorio esclude per definizione un onere della prova nel senso di un onere della deduzione delle prove (Beweisführungslast). Si giustifica pertanto parlare di onere della prova solo nella misura in cui, in loro mancanza (Beweislosigkeit), la decisione risulterà sfavorevole a quella parte che intendeva durre un suo diritto da una circostanza di fatto che è rimasta non provata . ". Il Tribunale federale ha avuto modo di precisare la sua giurisprudenza sull'onere della prova nella STF 8C\_1034/2009 del 28 luglio 2010 concernente un'assicurata che, mentre mangiava il risotto, ha sentito un rumore sotto il dente, poi forti dolori fino alla radice, ma niente di visibile all'occhio nudo. Il Tribunale cantonale delle assicurazioni sociali del Cantone Ginevra ha accolto il ricorso dell'assicurata e ha condannato l'assicuratore infortuni a farsi carico dei costi del trattamento relativo alla lesione subita dal dente, peraltro privo di carie e di otturazione, entrato in contatto con un elemento duro che doveva essere un corpo estraneo al risotto. Statuendo sul ricorso dell'assicuratore infortuni, il Tribunale federale l'ha accolto, negando l'esistenza di un fattore straordinario. L'Alta Corte ha così precisato la sua decennale giurisprudenza: " 4.3 Par ailleurs, il incombe à celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b p. 140 et les références). En cas de bris d'une dent, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a considéré que la simple présomption que le dommage dentaire se soit produit après avoir mordu sur un corps étranger dur ne suffit pas pour admettre l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire (RAMA 2004 n° U 515 p. 421 consid. 2.2, arrêt U 64/02). Cette conclusion est valable non seulement lorsque la personne déclare avoir mordu sur "un corps étranger" ou "quelque chose de dur", mais encore lorsqu'elle croit avoir identifié l'objet. Lorsque les indications de la personne assurée ne permettent pas de décrire de manière précise et détaillée le "corpus delicti", l'autorité administrative (ou le juge, s'il y a eu un recours) n'est en effet pas en mesure de porter un jugement fiable sur la nature du facteur en cause, et encore moins sur le caractère extraordinaire de celui-ci (cf. parmi d'autres, arrêts U 67/05 du 24 mai 2006, consid. 3.2, U 202/05 du 3 avril 2006, consid. 2.2). On notera encore que dans le cadre de la mise en consultation du projet de loi modifiant la LAA, il était proposé que l'assurance-accidents n'alloue plus de prestations pour les lésions dentaires qui se produisent lors de la mastication afin de prévenir les abus. Cette modification n'a finalement pas été retenue dans le message du Conseil fédéral mais il a été rappelé que la prévention des abus devait passer par un examen approfondi du droit aux prestations dans le cas concret (FF 2008 V 4891).

4.4 Il y a lieu de donner raison à la recourante. En effet, il ressort des pièces du dossier qu'à aucun moment l'intimée n'a indiqué clairement la nature d'un éventuel corps étranger se trouvant dans le risotto. Bien au contraire, la déclaration d'accident mentionne qu'elle n'a rien noté de "visible à l'oeil nu". L'assurée a répété, dans le questionnaire reçu de l'intimée, qu'elle n'avait pu "rien voir de visible". Elle n'a jamais été en mesure de fournir des explications concernant la nature de l'objet en question, ni d'en faire une description.

4.5 Les indications de l'assurée ne permettaient ainsi pas de décrire de manière précise et détaillée le "corpus delicti". La juridiction cantonale n'était donc pas en mesure de porter un jugement fiable sur la nature du facteur dommageable en cause. Il n'apparaît pas, au degré de vraisemblance prépondérante, que la dent s'est fendue sur un petit caillou (ou sur un autre corps étranger) plutôt que sur un élément constitutif du risotto (grain de riz mal cuit ou grain de riz non décortiqué). On ajoutera que les avis des médecins-dentistes, selon lesquels

la lésion serait d'origine traumatique, ne changent rien à cette appréciation. En effet, ils ne permettent de tirer aucune conclusion décisive au sujet de l'existence d'un corps exogène sur lequel se serait brisée la dent (pour des cas comparables RAMA 1993 n° K 921 p. 156 consid. 4 p. 159 s. ainsi que les arrêts U 67/05 du 24 mai 2006 consid. 4 et U 202/05 du 3 avril 2006 consid. 3). En conclusion, il est certes possible, mais nullement établi au degré de vraisemblance requis que la lésion dentaire soit la conséquence d'un accident au sens juridique du terme. (...)" (sottolineature del TCA) Questa giurisprudenza è stata ripresa dal Tribunale federale nella STF 9C\_995/2010 del 1° dicembre 2011, in cui è stato esaminato il caso di un assicurato ticinese che ha rotto un dente, che avrebbe poi inavvertitamente ingoiato, mentre mangiava dei fagiolini a casa di un'amica. Questo TCA (36.201097) ha confermato l'operato dell'assicuratore, che ha rifiutato di prendere a carico il trattamento previsto per la lesione dentaria ribadendo che - in assenza del corpo estraneo che avrebbe causato l'infortunio - non era possibile stabilire la presenza e la natura di un fattore esterno straordinario. Il TF ha ribadito che per ammettere l'esistenza di un fattore esterno straordinario in caso di lesione di un dente non basta la semplice presunzione che il danno dentario si sia prodotto dopo avere masticato un corpo estraneo duro (RAMI 2004 n. U 515 pag. 421 [U 64/02] consid. 2.2). Questa conclusione vale sia se la persona interessata dichiara di avere masticato un corpo estraneo o qualcosa di duro, sia se crede di avere identificato l'oggetto. Il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha infatti a più riprese affermato che se le indicazioni della persona assicurata non consentono di descrivere in maniera precisa e dettagliata il "corpus delicti", l'autorità amministrativa (o il giudice in caso di controversia giudiziaria) non è in grado di emettere un giudizio attendibile sulla natura del fattore in causa, e ancor meno sul carattere straordinario dello stesso. L'Alta Corte ha in specie tutelato la valutazione delle precedenti istanze, giacché dagli atti è risultato che il ricorrente non è in nessun modo riuscito a indicare chiaramente la natura di un eventuale corpo estraneo che si trovava nei fagiolini consumati. Addirittura l'assicurato, nelle sue prime dichiarazioni, nemmeno ha accennato all'esistenza di un corpo estraneo. Per il TF, l'assicurato non è stato in grado di fornire (in sede amministrativa) delle spiegazioni riguardanti la natura dell'eventuale, misterioso oggetto, né tanto meno di farne una descrizione. Né indicazioni più precise sono emerse dall'audizione, in sede giudiziaria cantonale, della teste che ha unicamente potuto direttamente accertare che durante la cena l'amico "si è lamentato di qualcosa che non andava, quindi si è alzato ed è andato in bagno e quando è tornato mi ha mostrato il dente che mancava". Le indicazioni dell'assicurato non consentivano pertanto di descrivere in maniera precisa e dettagliata il "corpus delicti". In mancanza di indicazioni maggiormente circostanziate, il Tribunale federale ha concluso che niente permetteva di escludere che la lesione - di un dente peraltro precedentemente ricostruito - fosse ad esempio riconducibile a un banale atto di masticazione (cfr. sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 67/05 del 24 maggio 2006 consid. 4.2 e U 202/05 del 3 aprile 2006 consid. 3.2). Il TCA poteva dunque ritenere che la lesione dentaria non era necessariamente (secondo il grado di verosimiglianza preponderante), ma tutt'al più possibilmente causata da un infortunio nel senso giuridico del termine. 2.7. La questione contestata è circoscritta all'esistenza di un elemento esterno straordinario nel cibo ingerito dall'assicurato. Gli altri elementi costitutivi dell'infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGA sono infatti manifestamente realizzati. Il 25 maggio 2013 (erroneamente il formulario riporta il mese di aprile) il ricorrente ha notificato alla Cassa malati che "Durante la colazione mangiando cereali ho sentito un dolore al dente 15.". Egli ha poi descritto il tipo di cereali e di cioccolato come pure ha fornito il luogo di acquisto dei prodotti e il nome del produttore.

Nel questionario compilato il 24 maggio seguente dal dott. \_\_\_\_\_ dello studio dentistico \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, la dinamica dell'infortunio è descritta come "Masticando cereali a colazione rottura dente 15 ". In un secondo momento, con un'e-mail del 25 agosto 2013 (doc. 8) l'interessato ha informato la Cassa malati che "La rottura dell'intarsio del dente è dovuta ad un elemento estraneo non previsto nelle derrate alimentari: nel mio caso poteva essere un sassolino o nocciolo.". Infine, con l'opposizione l'assicurato ha dapprima evidenziato che "ormai da anni fa colazione con i cereali senza avere mai trovato pezzi di noccioli o altri corpi estranei nei cereali" (doc. A17 punto 3 pag. 4) e poi che "ha sempre custodito il corpo estraneo, che ha poi però gettato in quanto fino al momento della decisione del 22 ottobre 2013 nessuno (né \_\_\_\_\_ né CO 1) gli aveva mai detto che avrebbe dovuto conservarlo." (doc. A17 punto 4 pag. 5). La Cassa malati, che ha accumulato un incomprensibile e ritardo nella trattazione della controversia impiegando un anno esatto per emettere la decisione impugnata, ha ritenuto di non doversi assumere la spesa della cura del dente 15, giacché l'oggetto all'origine dell'evento non sarebbe stato sufficientemente reso verosimile. Pertanto, la resistente ha giudicato non adempiuta la condizione dell'esistenza di un fattore esterno straordinario che avrebbe provocato la lesione dentaria in questione.

2.8. Già si è detto che tocca all'assicurato rendere verosimile, nei limiti della probabilità preponderante, l'esistenza, in concreto, di tutti gli elementi costitutivi di un infortunio. Inoltre, e soprattutto, egli deve descrivere in maniera precisa e dettagliata il "corpus delicti". Nel caso concreto il ricorrente non ha comprovato, per quanto attiene all'evento in discussione del 10 maggio 2013, e per quanto ci si potesse attendere da lui, la straordinarietà dell'evento. Egli non è infatti stato in grado di indicare la causa esatta della rottura del dente 15. Un (sottinteso) elemento imprevisto od un imprecisato corpo estraneo mentre stava facendo colazione non appaiono, come visto, indicazioni sufficienti, chiare ed atte per l'assicuratore a completare la verifica di quanto avvenuto. Vero è che in un secondo momento il ricorrente ha affermato che il corpo estraneo poteva essere un sassolino o un nocciolo, che può avere dato all'assicurato la sensazione di un corpo estraneo in bocca. Queste, ed altre ipotesi, costituiscono però delle incertezze che, in virtù dei principi giurisprudenziali evocati in precedenza, non possono ricadere sulle spalle della Cassa malati resistente. Va infatti ricordato che nella già citata sentenza 8C\_1034/2009 (cfr. consid. 2.6), il TF ha stabilito che il semplice fatto di presumere che la lesione dentaria si sia prodotta a causa di un "corpo duro" o "qualcosa di simile", non appartenente all'alimento ingerito, non è sufficiente per provare l'esistenza del fattore straordinario. Spetta all'assicurato rendere verosimile l'esistenza di tutti gli elementi costitutivi dell'infortunio e quindi descrivere in maniera dettagliata e precisa il "corpus delicti". La suevocata giurisprudenza del Tribunale federale è chiara e rigorosa, perciò la circostanza che l'assicurato credeva di avere identificato l'oggetto indicando potesse trattarsi di un sassolino oppure di un nocciolo non può venire in aiuto al ricorrente ritenuto che, a dipendenza dell'alimento ingerito e delle circostanze del caso, l'elemento esterno riscontrato può fare scaturire la realizzazione del presupposto della straordinarietà dell'evento e quindi della configurazione di un infortunio nel senso giuridico del termine. Pertanto, soltanto l'individuazione corretta e precisa del corpo estraneo è determinante per sapere se la lesione dentaria sia stata causata, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, da un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGA. Nella fattispecie, però, ciò non è avvenuto. Nemmeno viene in aiuto al ricorrente la circostanza che egli avrebbe sempre custodito il corpo estraneo fino all'emanazione della decisione formale, dato che nemmeno egli precisa la natura di questo corpo esogeno contro il quale si sarebbe rotto il dente. In effetti,

l'affermazione secondo cui da anni l'assicurato fa colazione con i cereali e mai vi ha trovato pezzi di noccioli o altri corpi estranei, non consente ancora di trarre una conclusione certa e decisiva sull'esistenza e sulla natura di un eventuale corpo esterno, considerato che il "corpus delicti" non viene descritto in maniera precisa e dettagliata (STF 9C\_995/2010). In queste circostanze, non è possibile emettere un giudizio attendibile sulla natura del fattore in causa e ancora meno sul carattere straordinario dello stesso. Stante quanto precede, tutti gli elementi costitutivi dell'infortunio ex art. 4 LPGa non sono realizzati e, pertanto, sulla base dell'art. 28 LAMal e dell' art. 31 cpv. 2 LAMal (che pone a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie i costi per le cure del sistema masticatorio in caso di infortunio), la Cassa malati resistente non è tenuta ad assumersi i costi del trattamento dentario di cui ha beneficiato l'assicurato nell'estate 2013. 2.9. I costi per il trattamento dentario a cui si è sottoposto il ricorrente nell'estate 2013 non possono nemmeno essere accollati alla Cassa malati a titolo di prestazioni in caso di malattia (art. 3 LPGa). Infatti, per l'art. 31 cpv. 1 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie: a. se le affezioni sono causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio; o b. se le affezioni sono causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi; o c. se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi. Non v'è alcun dubbio che, nell'evenienza concreta, il problema ai denti occorso all'assicurato il 10 maggio 2013 non abbia nulla a che vedere con le gravi malattie sistemiche previste dal citato art. 31 cpv. 1 LAMal, che a sua volta rinvia agli artt. 17-19a OAMal per l'elenco esaustivo di dette malattie. Da queste norme l'insorgente non può dunque invocare alcun diritto a suo favore con attinenza alla frattura del dente 15. 2.10. Il TCA rileva, inoltre, che alla conferma del rifiuto della presa a carico da parte di CO 1 della cura a cui il ricorrente si è sottoposto presso lo studio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, si giunge anche in applicazione degli Accordi bilaterali vigenti fra la Svizzera e l'Unione Europea, i quali, a loro volta, per l'evenienza concreta rinviano alla legislazione nazionale e quindi all'applicazione del concetto di urgenza, qui non data. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGa, è considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Per l'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34. Giusta l'art. 25 cpv. 1 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Queste prestazioni comprendono, tra l'altro, secondo l'art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal, gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico. Con sentenza 9C\_562/2010 del 29 aprile 2011 (pubblicata in SVR 2012 KV Nr. 8), al consid. 3.1 il TF ha rammentato che la LAMal è retta dal principio di territorialità. Tuttavia, a norma dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, il Consiglio federale può decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 o 29 LAMal eseguite all'estero per motivi di ordine medico (prima frase). Sulla base di questa delega di competenza, l'autorità esecutiva ha emanato l'art. 36 OAMal, intitolato "Prestazioni all'estero". Secondo il primo capoverso di questo disposto, il Dipartimento federale dell'Interno, sentita la competente commissione, designa le prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 e 29 della legge, i cui costi sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle

cure medico-sanitarie se le stesse non possono essere effettuate in Svizzera (un elenco di queste prestazioni non è tuttavia stato allestito; cfr. DTF 131 V 271 consid. 3 pag. 274; DTF 128 V 75). Secondo il suo secondo capoverso, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Per il suo capoverso 4, le prestazioni di cui ai capoversi 1 e 2 sono assunte al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera. Sono quindi salve le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni (art. 36 cpv. 5 OAMal). Va ancora evidenziato che, oltre all'urgenza, di norma, soltanto gravi lacune nell'offerta di cura ("Versorgungslücke") giustificano di distanziarsi dal principio della territorialità (sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2; Gebhard Eugster, Kranken-versicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2a edizione, n. 482). Si tratta, di norma, di cure che richiedono delle tecniche altamente specializzate o di trattamenti complessi di malattie rare, per le quali, proprio in ragione di questa rarità, la Svizzera non dispone di un'esperienza diagnostica o terapeutica sufficiente (Eugster, op. cit., n. 480 segg.; DTF 134 V 330). Per contro, se il trattamento adeguato è realizzato correntemente in Svizzera e corrisponde a dei protocolli largamente riconosciuti, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi per un trattamento eseguito all'estero (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 134 V 330; DTF 127 V 138 consid. 5 pag. 147), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275).

2.11. In concreto, non è contestato che trattandosi di una fattispecie che presenta elementi di carattere transfrontaliero, il caso deve essere deciso non solo sulla base delle norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal, bensì anche alla luce delle norme dell'Accordo del 21 giugno 1999 sulla libera circolazione delle persone tra la Confederazione Svizzera da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra (ALC; RS 0.142.112.681) e dei regolamenti cui rinvia (DTF 140 V 98). A questo proposito va rammentato che fino al 31 marzo 2012 le parti contraenti applicavano tra di loro il regolamento (CE) n. 1408/71 (DTF 140 V 98, consid. 5.2). Una decisione del Comitato misto del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345) ha attualizzato il contenuto dell'Allegato II all'ALC con effetto dal 1° aprile 2012, prevedendo che le Parti applicheranno tra di loro il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, modificato dal regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (DTF 140 V 98, consid. 5.2). Il regolamento (CE) n. 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) non permette di far valere alcun diritto per il periodo anteriore alla data della sua applicazione (DTF 138 V 392 consid. 4.1.3). Nell'evenienza concreta la cura all'estero è avvenuta nel corso dell'estate 2013. Al caso di specie, visto che il ricorrente è domiciliato in Svizzera ed è stato curato in \_\_\_\_\_, si applica di conseguenza il regolamento (CE) n. 883/2004. Per l'art. 19 del regolamento (CE) n. 883/2004: " 1 . Fatte salve disposizioni contrarie del paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della

dimora. Tali prestazioni sono erogate per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione. 2. La commissione amministrativa elabora un elenco delle prestazioni in natura che, per essere corrisposte nel corso della dimora in un altro Stato membro, necessitano per motivi pratici dell'accordo preventivo tra la persona interessata e l'istituzione che presta le cure." A proposito della normativa concernente la necessità di recarsi in un altro Stato per ricevere le cure adeguate, il regolamento (CE) n. 1408/71 prevedeva all'art. 22 norme analoghe. Al riguardo, nella sentenza 9C\_562/2010 del 29 aprile 2011 il Tribunale federale ha rammentato al considerando 3.2 che per l'art. 22 n. 1 lett. a punto i del regolamento n. 1408/71, il lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni (...) e il cui stato di salute richieda prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, ha diritto alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente (sul tema cfr. Silvia Bucher, *Le droit aux soins en cas de séjour temporaire dans un pays européen* in: Olivier Guillod/Dominique Sprumont/Béatrice Despland [a cura di], *Droit aux soins*, Berna 2007, pag. 84 segg.; Beat Meyer, *Auslandsleistungen nach KVG und im Bereich der Bilateralen Abkommen*, in: *Jahrbuch des Schweizerischen Konsumenten-rechts* 2003, pag. 67 segg.; Christian Schürer, *Die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung gemäss Abkommen EU/CH über die Personenfreizügigkeit [APF]*, in: René Schaffhauser/ Christian Schürer [a cura di], *Die Durchführung des Abkommens EU/CH über die Personen-freizügigkeit [Teil Soziale Sicherheit]* in der Schweiz, 2001, pag. 139 segg.). Inoltre, ai considerandi 5.1 e 5.2 della citata sentenza federale del 2011, il TF ha evidenziato che il diritto nazionale è applicabile nella misura in cui non intervengono disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. È quanto riserva del resto espressamente l'art. 36 cpv. 5 OAMal. L'ALC si propone di garantire agli assicurati la necessaria copertura medica in caso di malattia anche durante un soggiorno all'estero. Questa garanzia si concretizza attraverso l'aiuto dell'assicuratore malattia estero o del sistema sanitario nazionale a favore e a carico dell'assicuratore malattia o del sistema sanitario nazionale dello Stato competente per la sicurezza sociale del paziente (Gebhard Eugster, *Die obligatorische Krankenpflege-versicherung*, in: Ulrich Meyer, [editore], *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, Band XIV, *Soziale Sicherheit [SBVR]*, 2a ed., no. 488 pag. 564). L'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71 disciplina l'assistenza reciproca in materia di prestazioni in natura nel caso di persone che dimorano in uno Stato membro diverso da quello competente. L'esistenza dell'evento assicurato malattia non si determina in base alla regolamentazione dello Stato competente (sul concetto v. art. 1 lett. q regolamento n. 1408/71), bensì dello Stato che presta l'assistenza. Similmente e per motivi pratici, ritenuto che l'istituzione che presta assistenza sarebbe altrimenti confrontata con l'arduo compito di applicare il diritto estero in materia di prestazioni, la loro concessione - come del resto anche la partecipazione alle spese dell'assicurato (sentenza 9C\_61/2007 del 25 febbraio 2008 consid. 3) - avviene nelle forme e secondo le disposizioni dell'istituzione che presta l'aiuto. In caso di assistenza fornita all'estero è dunque irrilevante che la prestazione

costituisca una prestazione obbligatoria in Svizzera. Per contro, chi fa valere il diritto a prestazioni deve essere assicurato contro le malattie conformemente al diritto dello Stato competente (Eugster, op. cit., no. 495-498 pag. 566). Il diritto nazionale e in particolare l'art. 36 cpv. 2 OAMal ritornano invece applicabili laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, quale è quello sancito dall'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71, non dovesse funzionare. Ciò si verifica in particolare se la persona assicurata si fa curare da un fornitore di prestazioni non ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria (Eugster, op. cit., no. 504 pag. 569). Le prestazioni in natura sono infatti erogate secondo le disposizioni legali, il catalogo delle prestazioni e le tariffe (sociali) dello Stato di dimora e sono a carico dell'istituzione competente. Ora, il fatto che si applichino le tariffe legali del luogo di dimora implica ugualmente che il fornitore di prestazioni estero debba fornire le prestazioni nell'ambito dell'assicurazione sociale contro le malattie. Se il fornitore di prestazioni estero è un operatore privato che non dispensa cure per l'assicurazione malattie legale, esso è libero in questo caso di applicare le proprie tariffe di diritto privato. In siffatta evenienza non vi è più spazio per un'assistenza reciproca ai sensi dell'art. 22 n. 1 regolamento n. 1408/71 e ritorna applicabile esclusivamente la legislazione svizzera. Il che significa che un rimborso dei costi da parte dell'assicuratore malattia svizzero può intervenire solo nell'ambito e nei limiti dell'art. 36 OAMal (Eugster, op. cit., no. 539 pag. 577).

2.12. Come ha ben evidenziato il Tribunale federale nella citata 9C\_562/2010 (cfr. consid. 5.2 e 5.3), per poter determinare quale diritto sia applicabile (l'art. 36 cpv. 2 OAMal - quindi il concetto di urgenza - torna applicabile se l'art. 22 n. 1 lett. a del regolamento n. 1408/71 - con la nozione di prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico -, e quindi l'assistenza reciproca internazionale, non dovesse funzionare) occorre dapprima verificare se l'assicurato si sia fatto curare da un fornitore di prestazioni (non) ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria e se abbia o no applicato le tariffe legali del luogo di dimora. Infatti, se il fornitore di prestazioni estero è di natura privata non convenzionata con il sistema sanitario statale, occorre accertare il suo sistema di fatturazione. Se il fornitore di prestazioni ha fatturato le proprie prestazioni secondo tariffe private e al di fuori del sistema sociale (italiano) di copertura sanitaria, la richiesta di rimborso andrà trattata unicamente alle condizioni ed entro i limiti posti dall'art. 36 OAMal (cfr. a tal proposito SVR 2010 KV n. 18 pag. 70 [9C\_35/2010] consid. 3 - 5). Se per contro dovesse risultare che la struttura in questione ha fornito le proprie prestazioni nell'ambito di tale sistema (ossia sociale), la domanda di rimborso soggiacerà alle disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni (art. 22 n. 1 lett. a regolamento 1408/71 e art. 34 regolamento di applicazione 574/72) e l'assicuratore dovrà effettivamente stabilire se l'intervento eseguito all'estero era necessario dal punto di vista medico per la continuazione del soggiorno all'estero (le cui modalità, ha affermato il TF, dovranno essere comunque meglio chiarite stante la vicinanza della struttura di cura al luogo di residenza abituale dell'assicurato) e per quindi impedire che l'assicurato fosse costretto a rientrare anzitempo in Svizzera (cfr. la decisione n. 194 del 17 dicembre 2003 della Commissione amministrativa delle Comunità europee per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti concernente l'applicazione uniforme dell'art. 22 n. 1 lettere a e i: GU 2004 L 104 pag. 127 seg.).

2.13. Nella fattispecie, dagli accertamenti eseguiti (www.luraghi.net consultato il 22 aprile 2015) e dalla verifica delle fatture agli atti (docc. A21 e A22), non risulta - e il ricorrente né sostiene né ha prodotto la prova del contrario - che lo studio odontoiatrico \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ sia un istituto privato convenzionato con il sistema sanitario statale. Pertanto, il dottor \_\_\_\_\_ ha

fatturato al ricorrente le proprie prestazioni secondo tariffe private ed al di fuori del sistema sanitario statale. Ritenuto quindi che l'assicurato si è fatto curare da un fornitore di prestazioni non ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria, la richiesta di rimborso delle spese del trattamento ricevuto all'estero deve essere trattata unicamente alle condizioni ed entro i limiti posti dall'art. 36 OAMal. Essa non può pertanto soggiacere alle disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni e, dunque, l'art. 19 n. 1 regolamento n. 883/2004 non torna applicabile. Ne discende che non occorre (più) stabilire se l'intervento eseguito a \_\_\_\_\_ era necessario dal punto di vista medico per la continuazione del soggiorno del ricorrente all'estero. D'altronde, è indubbio che il 10 maggio 2013 l'insorgente si sia espressamente recato in \_\_\_\_\_ per farsi curare il dente fratturato, quindi egli non dimorava - per viaggio o per vacanza - all'estero al momento in cui si è rotto il dente e dunque al termine della cura sarebbe comunque tornato nel nostro Paese. Già solo, anche, per questo motivo, gli Accordi Bilaterali non possono essere posti a fondamento delle pretese creditorie dell'assicurato nei confronti della sua Cassa malati. Stanti così le cose, dunque, il diritto dell'insorgente di ottenere un rimborso delle spese derivanti dal trattamento dentario in \_\_\_\_\_ deve essere valutato alla luce del diritto nazionale e meglio dell'art. 34 LAMal e soprattutto dell'art. 36 OAMal. 2.14. Circa i ricoveri d'urgenza all'estero, va ancora evidenziato che il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) si è dimostrato sempre particolarmente restrittivo nel riconoscere il rimborso delle cure ad assicurati che si sono recati in un altro Paese per sottoporsi ad interventi che potevano essere eseguiti in Svizzera. Con sentenza del 5 agosto 2003 (K 65/03) il TFA ha respinto il ricorso di un'assicurata che il 19 gennaio 2002 era stata ricoverata d'urgenza in Svizzera e il 23 gennaio 2002 è partita per l'Italia per visitare la propria famiglia, dove è stata operata il 25 gennaio 2002. Tra i tanti elementi che escludevano l'urgenza, vi era pure la circostanza che l'operazione era stata effettuata due giorni dopo la visita medica in Italia e che non vi fossero, agli atti, documenti medici che avrebbero potuto far ritenere che un rientro in Svizzera non sarebbe stato possibile. Con sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, il TF ha affermato: " 4.3 Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume inoltre i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera risulta inopportuno. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Decisiva è la circostanza che l'assicurato necessita, subito e in maniera imprevista, di un trattamento all'estero (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2). 5. 5.1 Nel caso di specie, come rettamente osservato dai primi giudici, alle cui considerazioni si rinvia, è pacifico che il trattamento in esame non può essere ritenuto urgente, non fosse altro poiché lo stesso è stato pianificato con adeguato anticipo dopo che lo stato di salute della ricorrente è peggiorato nel corso del 2003.". Nell'evenienza concreta il ricorrente, già in cura presso lo studio odontoiatrico \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, lo stesso giorno in cui si è fratturato l'elemento dentario 15 si è appositamente recato, nel pomeriggio, dal suo medico dentista curante, presso il quale aveva comunque fissato in precedenza un appuntamento per un controllo. In queste circostanze, quindi, è evidente che l'assicurato non soggiornava temporaneamente all'estero quando è sopraggiunta la necessità di recarsi da un dentista. Pertanto, in virtù della definizione legale stessa, non si può affermare che esistesse l'urgenza di sottoporsi ad un trattamento medico e che il rientro in Svizzera risultasse inopportuno. L'art. 36 cpv. 2 OAMal stabilisce inoltre chiaramente che non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero

allo scopo di seguire questo trattamento, ciò che in concreto si è chiaramente realizzato.

2.15. Quanto al rinvio al diritto nazionale e a i limiti posti dall'art. 36 OAMal laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni non dovesse funzionare , va evidenziata ancora la possibilità dell'assunzione dei costi delle prestazioni all'estero se le stesse non possono essere effettuate in Svizzera (art. 36 cpv. 1 OAMal). Al riguardo, il ricorrente ha sollevato la censura secondo cui il medesimo trattamento non avrebbe potuto essere effettuato in Svizzera ed in particolare in Ticino. Egli ha osservato che si è recato dal suo medico dentista curante all'estero perché, stante il suo stato di salute, già in passato aveva adottato nel campo medico determinate scelte (dentista associato a chiropratico) in linea con le sue convinzioni in merito alle connessioni tra le diverse discipline per garantire un corretto stato di salute (doc. I pag. 6) e sul territorio ticinese non vi sarebbe uno studio medico dentistico associato a chiropratico per la cura di pazienti con particolare attenzione ai disturbi cranio sacrali e alla postura. Questa censura non può trovare accoglimento. Dalla descrizione dell'intervento preventivato dal dottor \_\_\_\_\_ non emergono infatti elementi per far ritenere che questo tipo di operazione o un'operazione con risultati analoghi non sarebbe stata fruibile in Svizzera e che nel nostro Paese vi fosse una grave lacuna nell'offerta delle cure dentarie, tali da permettere di distanziarsi dal principio della territorialità, ossia di cure che richiedano delle tecniche altamente specializzate o di trattamenti complessi di malattie rare, per le quali, proprio in ragione di questa rarità, la Svizzera non dispone di un'esperienza diagnostica o terapeutica sufficiente (Eugster, op. cit., n. 480 segg.; DTF 134 V 330). Inoltre, la semplice esecuzione di un intarsio sull'elemento dentale 15 da parte di un medico dentista ordinario non incide(va) sulla metodica di cura scelta dall'assicurato in funzione del suo stato di salute generale, che l'ha visto optare per un approccio interdisciplinare. D'altronde, l'insorgente non ha neppure comprovato che nel nostro Paese non avrebbe potuto ottenere le medesime cure in un lasso di tempo ragionevole , vista la risposta ("Non saprei") data dal \_\_\_\_\_ l'11 febbraio 2015 (doc. C2) alla domanda n. 11 dell'assicurato volta a sapere se esistono degli studi dentistici in Ticino che adottano dei professionisti con una modalità interdisciplinare per la cura del paziente: omeopata, ingegnere biomedicale, chiropratico. Rilevato che un intervento di intarsio overlay su un dente è notoriamente effettuato in Svizzera nella maggior parte degli studi dentistici, non vi è dunque alcun motivo per distanziarsi, in questo ambito, dal principio della territorialità. Nulla avrebbe di conseguenza impedito al ricorrente di effettuare il medesimo intervento nel nostro Cantone, dove è domiciliato. Va a questo proposito rammentato che in DTF 134 V 330, il TF ha evidenziato come i "motivi d'ordine medico" di cui all'art. 34 cpv. 2 LAMal vanno interpretati in maniera rigorosa (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275 con riferimento a GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, tesi Losanna 2004, pag. 262). Occorre infatti evitare che i pazienti ricorrano su grande scala a una forma di "turismo medico" a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria. A tal proposito va ricordato che il sistema della LAMal si basa su un regime di convenzioni tariffarie con gli stabilimenti ospedalieri. Una parte del finanziamento ospedaliero si fonda su tali convenzioni (art. 49 LAMal). Orbene, volere riconoscere agli assicurati il diritto di farsi curare a spese dell'assicurazione obbligatoria presso uno stabilimento altamente specializzato all'estero al fine di ottenere - comprensibilmente - le migliori possibilità di guarigione oppure di farsi curare dai migliori specialisti all'estero per la cura di una patologia in particolare significherebbe minare nelle sue fondamenta questo sistema di finanziamento e, di conseguenza, anche la pianificazione ospedaliera che gli è intrinsecamente connessa. Con il

tempo, ciò potrebbe in effetti compromettere il mantenimento di una offerta terapeutica di qualità in Svizzera, essenziale per la sanità pubblica (DTF 131 V consid. 3.2 pag. 276 con riferimento alle analoghe considerazioni espresse in materia, ma in ambito comunitario, dalla Corte di giustizia delle Comunità europee [CGCE] per giustificare delle restrizioni alla libera prestazione dei servizi: v. sentenze del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e Van Riet , C-385/99, Racc. 2003, pag. I-4509, n. 72 segg. e del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms , C-157/99, Racc. 2001, pag. I-5473, n. 72 segg.). È d'altronde questa una delle ragioni per le quali l'assicurato, in assenza di motivi medici, non ha diritto al rimborso di un importo equivalente delle spese che sarebbero occorse per la realizzazione del trattamento in Svizzera. In questi casi, l'assicurato non può prevalersi del diritto alla sostituzione della prestazione (DTF 131 V 271 consid. 3.2 ibidem con riferimento). 2.16. Alla luce di tutto quanto esposto è a giusta ragione che la Cassa malati resistente ha rifiutato di assumersi i costi del trattamento dentario all'estero attinente all'evento del

#### **E. 10**

maggio 2013. In queste condizioni il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

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