

## **TI\_GERICHTE 36.2014.42 vom 16. Februar 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-02-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2014.42](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.42)

FR: TI\_GERICHTE 36.2014.42 du 16 février 2015

IT: TI\_GERICHTE 36.2014.42 del 16 febbraio 2015

### **Regeste**

Caduta e rottura di 3 denti. Dagli atti emerge che la caduta è concausa del danno ai denti anche se lo stato mandibolare era compromesso (parodontite). La Cassa deve assumere il caso d'infortunio, ma una protesi nuova non è economica. Rinvio atti per rimborso del costo del solo adattamento della protesi

### **Erwägungen**

#### **E. 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 États 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 si esprime così sull'argomento nel commentario alla LPGA (ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo-Basilea-Ginevra 2009, nn. 8, 9 e 10, pag. 73): " b) Bei der Ausarbeitung des KVG wurde eine Umschreibung des Unfallbegriffes auf gesetzlicher Ebene vorgeschlagen; dabei bezog 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. 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 obligatorischen 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 quindi precedentemente all'entrata in vigore della nuova LPGA vale anche ora sotto l'egida della LPGA e della sua definizione di infortunio (RAMI 2004 pag. 576). Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio: - l'involontarietà - la repentinità - il danno alla salute (fisica o psichica) - un fattore causale esterno - la straordinarietà di tale fattore. Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia. Sul tema si vedano inoltre le puntualizzazioni di Aldo Borella in "La giurisprudenza del Tribunale Federale delle Assicurazioni sulla nozione di infortunio", Temi scelti di diritto delle Assicurazioni sociali, pubblicato dalla CFPG edito da Helbing & Lichtenhahn, 2006 e Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance - accidents, Lausanne 1992, pagg. 44-51. In concreto occorre verificare se il danno alla dentatura della ricorrente accertato nell'agosto/settembre 2013 sia riconducibile all'incidente del 23 agosto 2013 avvenuto in vacanza all'estero. 2.3. Il 28 agosto 2013 (doc. 2) la ricorrente ha notificato alla Cassa malati che il 23 agosto precedente, alle ore 9.45, è inciampata in un gradino a \_\_\_\_\_ ed è caduta, battendo la faccia sul pavimento. La caduta le ha provocato la " Rottura ponte superiore denti. Rottura denti inferiori; contusioni alla testa, naso, braccio destro e sinistro e gamba destra e sinistra. ". Il dr. med. \_\_\_\_\_, sostituto del medico dentista curante, le ha prestato i primi soccorsi il 26 agosto 2013, mentre il dr. med. dent. \_\_\_\_\_ l'ha visitata il 2 settembre seguente. Il 12 settembre 2013 (doc. 3) quest'ultimo, suo dentista curante, ha compilato l'apposito formulario per le lesioni dentarie, indicando che l'assicurata era caduta dalle scale e che la prima consultazione dal dentista era avvenuta il 26 agosto 2013 presso il suo sostituto, dottor \_\_\_\_\_, mentre egli l'ha visitata il 2 settembre 2013. La misura immediata adottata dal collega è stata l'arrotondamento dei bordi delle linee di frattura del metallo e la revisione della base in resina in attesa di pianificare un nuovo intervento dopo la fase di urgenza (doc. 5). Quale misura terapeutica il dottor \_\_\_\_\_ ha previsto l'estrazione dei denti 31, 32 e 41 e la riparazione del ponte esistente e di tre denti. Il trattamento definitivo programmato consisteva nel rifare la protesi parziale superiore e inferiore. Il costo preventivato per questo trattamento ammontava a Fr. 5'695,75 (doc. 4). Prima di pronunciarsi sull'assunzione di queste spese, la Cassa malati ha trasmesso questa documentazione all'odontoiatra di fiducia, il quale ha concluso che il rimborso era dato soltanto per la protesi superiore, mentre il rifacimento della protesi inferiore andava rifiutato, visto che l'assicurata nemmeno l'aveva prima dell'incidente. Inoltre, la mobilità degli incisivi inferiori non era dovuta all'infortunio, dato il preesistente problema di parodontosi. La Cassa malati si è quindi rifiutata di assumere questo caso come prestazione obbligatoria, poiché riteneva che la lesione dentaria della mascella inferiore non fosse da considerare come un infortunio ai sensi dei citati disposti di legge, mancando il necessario nesso di causalità tra l'evento del 23 agosto 2013 ed il danno alla dentatura che il dentista

curante ha riscontrato e che intendeva curare con la confezione di una (nuova) protesi inferiore. La parodontosi esistente lasciava intendere che i denti 31, 32 e 41 erano oramai compromessi e quindi non erano più funzionali e tanto meno erano in grado di sopportare una normale sollecitazione. 2.4. La questione contestata va limitata alla verifica dell'esistenza di un nesso di causalità fra l'evento che si è realizzato il 23 agosto 2013 ed il danno alla salute occorso ai denti del mascellare inferiore della ricorrente. Gli altri elementi costitutivi dell'infortunio contemplati dall'art.

### **E. 2.12**

Secondo la giurisprudenza, tocca all'assicurato rendere verosimile, nei limiti della probabilità preponderante, l'esistenza, in concreto, di tutti gli elementi costitutivi d'infortunio. L'autorità amministrativa ed il giudice devono considerare un fatto come provato unicamente quando sono convinti della sua esistenza ( Kummer , Grundriss des Zivilprozessrechts, 4a ed., Berna 1984, pag. 136; Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 278 cifra 5; STFA del 27 agosto 1992 nella causa M.). Come visto, l'estinzione del nesso di causalità deve essere stabilita con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali. Per contro, la semplice possibilità che l'evento non espliciti più effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto a prestazioni, l'onere della prova non incombe all'assicurato, bensì all'assicuratore , che deve provare che le cause riconducibili all'infortunio non esplicano più effetti, non anche l'esistenza di un motivo estraneo all'incidente (RAMI 1994 n. U 206 pag. 328 consid. 3b). 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 (STFA del 26 settembre 2001 nella causa SWICA Organisation de santé contro G. e Tribunale amministrativo del Canton Ginevra, K 207/00, consid. 3c; STFA K 202/00 del 18 settembre 2001, consid. 3b; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b con riferimenti; DTF 117 V 264 consid. 3b). Nel diritto delle assicurazioni sociali la procedura è retta dal principio inquisitorio , secondo il quale i fatti pertinenti della causa devono essere constatati d'ufficio dal tribunale, che apprezza liberamente le prove senza essere legato da regole formali. Tuttavia, questo principio non è assoluto, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (citata STFA del 26 settembre 2001, consid. 3c; citata STFA del 18 settembre 2001, consid. 3b; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; Meyer , “Die Rechtspflege in der Sozialversicherung” in: Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira , “Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale” in: Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; Kurmann , “Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz” in: Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pag. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente chiesto loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati; in difetto di ciò, esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (DTF 125 V 195 consid. 2; SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; Pratique VSI 1994 pag. 220 consid. 4; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; Beati in: "Relazioni tra

diritto civile e assicurazioni sociali", Lugano 1993, pag. 1 seg.). Infatti, il principio inquisitorio dispensa le parti dall'obbligo di provare, ma non le libera dall' onere della prova : in caso di mancanza di prove, tocca alla parte che voleva dedurre un diritto sopportarne le conseguenze (DTF 117 V 264 consid. 3), a meno che l'impossibilità di provare un fatto possa essere imputata alla controparte (citata STFA del 26 settembre 2001, consid. 3c; citata STFA del 18 settembre 2001, consid. 3b; DTF 124 V 375 consid. 3; RAMI 1999 pag. 418, consid. 3). Su questi aspetti, si veda in particolare: Duc , Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, pagg. 827-828 e Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1997, pagg. 339-341, dove Locher rileva che "(...) besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann". Va rammentato 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 (citata STFA del 26 settembre 2001, consid. 3c; citata STFA del 18 settembre 2001, consid. 3b; STFA C 49/00 del 15 gennaio 2001; DTF 115 V 142 consid. 8b; DTF 113 V 312 consid. 3a e 322 consid. 2a; RAMI 1999 pag. 478, consid. 2b). È ancora doveroso ricordare che per stabilire se un evento ha carattere d'infortunio occorre, di regola, accertare direttamente il fattore esterno: non basta dedurre 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 segg. consid. 2). 2.13. Valutato attentamente l'insieme della documentazione presente agli atti, questo Tribunale constata che fra le parti rimane dibattuta la questione dell'esistenza di un nesso di causalità naturale tra la caduta del 23 agosto 2013 ed il danno agli incisivi inferiori della ricorrente. Questo Tribunale ha infatti eseguito un raffronto fra i pareri del medico dentista fiduciario della Cassa malati del 25 ottobre 2013 (doc. 7), del

#### **E. 4**

Lettre d'opposition du Dr \_\_\_\_\_ du 4.11.2013

#### **E. 5**

Lettre de confirmation de prise en charge partielle du traitement du Dr \_\_\_\_\_ du 12.11.2013

#### **E. 6**

Lettre de contestation de Mme RI 1 du 26.11.2013

#### **E. 7**

Voglia per cortesia produrre le più recenti radiografie e/o ortopantomografie eseguite sulla sua paziente prima del 23 agosto 2013. Sono le stesse che ha prodotto alla Cassa malati?

#### **E. 8**

In un suo scritto del 4 novembre 2013 indirizzato a CO 1, lei indica che dal luglio 2012 gli incisivi inferiori sono stati trattati con un intervento parodontale a lembo e relativo splintaggio. La mobilità era di grado 1 e la prognosi nel tempo positiva, visto l'ottima compliance della paziente con un impegno quotidiano più che buono e con il regolare supporto di sedute di profilassi semestrali dall'igienista dentale. Dal canto suo, il medico dentista fiduciario della Cassa malati ha affermato che dalle radiografie risultava una perdita di stabilità terminale sui denti 41, 31 e 32 poiché restavano tra 1 e 2 mm di osso su queste radici. Inoltre, il dente 33 soffriva di una ciste periapicale e di una perdita di stabilità

di oltre il 70%, mentre sul dente 43 la perdita di struttura parodontale era del 60%. A suo dire, i problemi parodontale e periapicale non avevano nulla a che vedere con la caduta. Peraltro, i denti splintati non potevano più essere funzionali né sopportare il minimo colpo. Qual è la sua opinione in merito alla succitata analisi del dr. med. dent. \_\_\_\_\_? Cosa significa che il grado di mobilità degli incisivi era 1? Che avevano comunque una minima mobilità?

## E. 9

La protesi parziale è, in questa situazione, la soluzione più semplice ed adeguata.". Il dr. med. dent. \_\_\_\_\_, medico e medico dentista di fiducia della Cassa malati, il 29 ottobre 2014 (doc. 20) ha preso posizione sulle risposte fornite dal medico dentista interpellato dal Tribunale, esprimendosi così come segue: " (...) Pièces à disposition : - Lettre du Dr. \_\_\_\_\_ (Médecin-dentiste) du 07.10.2014 - Lettre du Dr. \_\_\_\_\_ (Médecin-dentiste) du 04.11.2013 - Avis à l'Assureur du Dr. \_\_\_\_\_ (Médecin-dentiste) du 29.01.2014 - Formulaire de lésions dentaires selon la LAMal du 12.09.2013 - Estimation d'honoraires de 5695.75 CHF du Dr. \_\_\_\_\_ (Médecin-dentiste) du 12.09.2013 - Bilan radiographique Diagnostic : Dentaire: - Fracture de la prothèse partielle supérieure - Luxation des 31, 32, 41 Traitements proposés par le médecin-dentiste traitant : - Extraction des 32, 31, 41 et réparation de la prothèse partielle inférieure - Confection de deux nouvelles prothèses partielles supérieure et inférieure Constatations / remarques particulières : Apparemment, selon la lettre du Dr. \_\_\_\_\_ du 04.11.2013, la patiente était munie d'une prothèse partielle inférieure, avant l'accident. Ceci est en contradiction avec l'avis du Dr. \_\_\_\_\_ du 22.10.2013. Par rapport au pronostic du bloc incisivo-canin inférieur, l'évaluation radiologique (sans évaluation clinique) est suffisante pour affirmer que ces dents sont compromises, même sans accident. Dire que, sur la base d'un examen clinique, les incisives et les canines inférieures étaient dans un bon état avant l'accident n'est pas crédible. La confrontation de l'analyse des radiographies et de l'examen clinique ne permet pas soutenir ce propos. Il faut souligner également que l'état bucco-dentaire général de la patiente (66 ans) qui a perdu toutes ses dents postérieures au maxillaire et à la mandibule avant l'accident n'est pas optimale... L'atteinte des dents restantes à la mandibule est telle qu'il vaut sans doute mieux envisager de les extraire pour éviter des lésions parodontales supplémentaires. Vouloir utiliser les dents 33 et 43 comme dents "piliers" pour supporter une prothèse partielle inférieure est trop risqué, compte tenu de leurs atteintes endodontiques et parodontales. La perte de ces dents n'est pas à mettre en relation avec le traumatisme, mais bien avec une infection antérieure à l'accident qui a endommagé le parodonte sur toutes les dents et le bloc-incisivo-inférieur en particulier. Prétendre le contraire est injustifié. Vouloir obtenir le remboursement d'une nouvelle prothèse partielle inférieure par l'assurance en prétendant que le traumatisme est responsable de la perte des dents antéro-inférieures n'est pas correct. Proposer de faire une nouvelle prothèse inférieure n'est pas justifié. L'Assureur est tenu de restituer l'état antérieur à l'accident, pas à l'améliorer. Refaire une nouvelle prothèse partielle inférieure améliore la situation bucco-dentaire de la patiente, car cette nouvelle prothèse remplace l'ancienne qui n'a pas été abîmée durant l'accident. Seule une modification / réparation de la prothèse partielle inférieure existante est discutable. Cette réparation a d'ailleurs été devisée dans l'estimation d'honoraires du 12.09.2013. Conclusion : En conclusion, je suis d'accord avec l'avis du Dr. \_\_\_\_\_ qui estime qu'il n'y a pas de lien entre la perte des 31, 32, 41 et l'accident. La confection d'une nouvelle prothèse partielle inférieure pour remplacer les incisives inférieures n'est donc pas justifiée.

Néanmoins, la confection de la prothèse partielle supérieure et éventuellement les extractions des 32, 31, 41 ainsi que la réparation de la prothèse partielle inférieure sont justifiées. Ce fait, l'Assureur reconnaît le traumatisme sur un terrain bucco-dentaire compromis.". Avendo riscontrato la presenza di elementi discordanti, il 26 novembre 2014 (doc. XVI) il TCA ha nuovamente interpellato il dr. med. dent. \_\_\_\_\_, chiedendo di voler precisare alcuni punti: " (...) 1. La signora RI 1 aveva una protesi parziale inferiore prima dell'infortunio? Se sì: 1) Quando è stata realizzata? 2) Su quali denti appoggiava? 3) Di quanti e quali elementi era composta? 2. Dopo l'infortunio : a) Ha provveduto in via provvisoria ad adattare una eventuale protesi provvisoria inferiore esistente? Se sì: 1) Quali interventi ha realizzato sul manufatto protesico per adattarlo? b) Ha confezionato una nuova protesi definitiva inferiore? Se sì: 1) Su quali denti appoggia? 2) Di quanti e quali elementi è composta la protesi definitiva? 3) Per quale motivo la protesi inferiore esistente non poteva essere utilizzata come protesi definitiva (aggiunta dei 3 elementi estratti ed eventuali altre riparazioni), dopo le modifiche apportate in via provvisoria? 3. Come accennato al telefono, le ho fatto presente che nel suo scritto del 4 novembre 2013 alla Cassa malati CO 1 ha chiaramente affermato che " È corretta la vostra affermazione che, prima dell'infortunio, la signora RI 1 non aveva una protesi parziale inferiore. ". Poiché questa affermazione stride con quanto dichiarato nel Questionario sulle lesioni dentarie da lei compilato il 12 settembre 2013 in cui indica la presenza sia di una protesi superiore sia di una inferiore e lei stesso mi ha verbalmente confermato di non essere stato preciso rilasciando questa affermazione, la invito cortesemente a meglio specificare la stessa. Inoltre, rilevo che l'assicurata medesima, nella dichiarazione d'infortunio, ha indicato a proposito delle lesioni subite con l'infortunio: " Rottura ponte superiore denti. Rottura denti inferiori (...) ", e quindi non si riferisce ad una protesi (anche) inferiore. 4. È giusto affermare che a seguito dell'infortunio del 23 agosto 2013 la protesi inferiore della sua paziente si è lesa? Cosa le è capitato? 5. Nel Questionario sulle lesioni dentarie da lei compilato il 12 settembre 2013 è indicato che i denti 32, 31 e 41 si sono lussati e, alla specifica domanda (4.3) se vi sono state " lesioni a protesi o a denti artificiali/lesioni ad apparecchi ortopedici del mascellare ", lei ha indicato (unicamente) la " Frattura della protesi parziale superiore ". Come mai? 6. Eventuali sue osservazioni.". L'8 dicembre 2014 (doc. XVII) l'odontoiatra curante ha prodotto la cartella clinica dell'assicurata relativa al periodo dal 2003 al 2013 e ha così risposto alle domande del TCA: " (...) 1. La signora RI 1 è mia paziente dal 18 luglio 2003 e sin da allora aveva una protesi scheletrata parziale inferiore. Questa protesi sostituiva i denti 34/35/36/42/44/45/46/47 e poggiava con due ganci su 33 e 43. 2. A) In data 6.9.2013 ho constatato che i danni subiti nell'infortunio del 23.8.2013 erano elevati e avevano compromesso i denti 31/32/41 in modo grave rendendo necessaria la loro estrazione. Questi denti sono stati estratti il 10.9.2013 e fatti aggiungere dal laboratorio alla protesi esistente che ho riconsegnato l'11.9.2013. B) ho provveduto a preparare gli appoggi, impronta di precisione e alle procedure di registrazione per l'esecuzione di una nuova protesi inferiore nel periodo 21.10.2013-27.11.2013 per poi consegnare una nuova protesi parziale scheletrata in data 2.12.2013. Questo manufatto poggia sui denti 33 e 43 e sostituisce i denti 37/36/35/34/32/31/41/42/44/ 45/46/47. Il vecchio manufatto e in special modo la forma dell'armatura e degli appoggi sui denti residui non potevano più garantire una funzionalità corretta. 3. La mia frase era evidentemente riferita ai denti incisivi inferiori che erano oggetto della contestazione, nell'infortunio la protesi parziale inferiore (correttamente citata nel formulario compilato) non era stata danneggiata quindi non era oggetto di discussione. Va da se che l'assicurata non è persona

competente in ambito odontoiatrico e pertanto le affermazioni vanno contestualizzate alle sue conoscenze, se un paziente chiama "ponte superiore" una protesi parziale sta a chi ha competenze capire cosa significa, per quanto riguarda i denti inferiori per l'assicurata si tratta effettivamente di una "rottura denti inferiori" anche se di fatto il danno è stato al parodonto (struttura che tiene il dente in situ) e non al dente in quanto tale. 4. Come già asserito la protesi inferiore esistente non si è lesa ma non era più utilizzabile a lungo termine per sostituire anche i denti che si è dovuto estrarre a causa dell'infortunio. 5. Cfr. 3/4".

Trasmesse alla Cassa malati sia le domande sia le risposte sopra riportate (doc. XVIII), il dr. med. dent. \_\_\_\_\_ ha dato il 7 gennaio 2015 (doc. 21) il suo parere al riguardo: " (...) Les réponses données par le Dr \_\_\_\_\_ au Tribunal Cantonal des assurances n'apportent aucuns éléments nouveaux. Dès lors, je maintiens ma position prise en janvier 2014, à savoir: · Vu l'état parodontal préexistant, la mobilité des incisives inférieures n'a rien à voir avec l'accident. · Cette mobilité était assurément présente avant l'accident puisqu'il ne reste que quelques millimètres de tissu de soutien sur ces dents · Le pronostic de ces dents était très mauvais et elles auraient dû être extraites · L'assureur n'est pas tenu de prendre en charges les traitements pour la mandibule puisqu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'accident et les dégâts constatés." . 2.11. Il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Per la valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la sua denominazione quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; RAMI 1991 pag. 311 consid. 1; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì semplicemente il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di

affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

## **E. 12**

novembre 2013 (doc. 10), del 29 gennaio 2014 (doc. 13) e dell'11 marzo 2014 (doc. 17) con le osservazioni formulate dalla ricorrente per il tramite del suo medico dentista curante il 4 novembre 2013 (doc. A2), mentre personalmente il 26 novembre 2013 (doc. A4) ed il 1°

marzo 2014 (doc. A6). A ciò si sono aggiunte le risposte date dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ in data 7 ottobre 2014 (doc. IX) e 8 dicembre 2014 (doc. XVII) ai quesiti del Tribunale (docc. VIII e XVI) e le relative prese di posizione finali del 29 ottobre 2014 (doc. 20) del dr. med. dent. \_\_\_\_\_ e del 7 gennaio 2015 (doc. 21) del dr. med. dent. \_\_\_\_\_.

Da questa documentazione emerge dunque che per dimostrare l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra il danno riportato ai denti e l'evento dell'estate 2013, la ricorrente ed il suo medico dentista sostengono che lo stato dei denti contusi nell'incidente e del parodonto fosse tale che solo un urto violento – come appunto lo sbattere del viso contro il pavimento a seguito di una caduta – avrebbe potuto causare la lussazione dei tre incisivi inferiori e quindi metterne a rischio l'instabilità stessa, con conseguente confezionamento di una protesi inferiore in sostituzione dei denti vacillanti, visto che essi affermano che in assenza di eventi traumatici i denti inferiori sarebbero durati ancora a lungo. A loro dire, tale circostanza proverebbe l'origine infortunistica del danno alla salute, che si è manifestato, ha precisato il curante, sul parodonto e non sui denti in quanto tali (doc. XVII risposta n. 3) e nemmeno sulla protesi inferiore (doc. XVII risposta n. 4) Se il medico dentista curante attribuisce la confezione di una nuova protesi inferiore alla lussazione dei denti 32, 31 e 41 avvenuta al momento dell'incidente, la Cassa malati esclude, dal canto suo, un nesso di causalità con la caduta, affermando che le condizioni di (in)stabilità di questi incisivi erano già piuttosto precarie a causa delle importanti lesioni parodontali e del problema periapicale. Pertanto, anche senza l'evento traumatico in discussione si sarebbe arrivati a dovere sostituire questi denti, peraltro già splintati e non più funzionali. Il TCA constata quindi che c'è un'evidente divergenza d'opinione fra le parti in causa. Il medico dentista curante ha affermato che senza eventi esterni traumatici la durata nel tempo degli incisivi inferiori sarebbe stata ancora abbastanza lunga - addirittura per anni - e quindi non è d'accordo con l'opinione del collega, secondo cui i denti splintati, a causa del pessimo stato del parodonto, non potevano più essere funzionali e nemmeno sopportare il minimo colpo. La Cassa malati sostiene infatti che i denti erano compromessi, anche senza l'incidente, perciò non è possibile affermare che gli incisivi e i canini inferiori (31, 32 e 41) erano in buono stato prima dell'evento traumatico.

2.14. Ora, come indicato nelle considerazioni che precedono, per ammettere l'obbligo contributivo dell'assicurazione malattia riguardo ad un infortunio, occorre stabilire un nesso di causalità naturale ed adeguata (DTF 127 V 103 consid. 5b/bb) anche solo parziale (DTF 119 V 337 consid. 1), tra l'evento ed il conseguente danno alla salute. Non occorre che l'evento sia stato la sola o la diretta causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento abbia provocato un danno alla salute e ne costituisca, in questo senso, una semplice concausa (DTF 117 V 376 consid. 3a; DTF 115 V 134 consid. 3; DTF 112 V 376 consid. 3a; STFA U 136/99 del 16 marzo 2000, consid. 2b; STFA U 324/99 del 10 gennaio 2001, consid. 2b). La giurisprudenza precisa ancora che se uno stato patologico preesistente è aggravato oppure si manifesta in seguito ad un infortunio, l'obbligo dell'assicurazione di corrispondere le prestazioni cessa soltanto se l'evento non costituisce (più) la causa naturale (e adeguata) del danno, ossia se quest'ultimo è da ricondurre soltanto ed esclusivamente a fattori extrainfortunistici (STFA U 319/2002 del 2 settembre 2003, consid. 1.3; RAMI 1992 pag. 75, consid. 4b). Ciò si verifica in particolare con il ripristino dello stato di salute esistente immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante) oppure con il raggiungimento di quello stato che, prima o poi, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe intervenuto anche senza l'infortunio (status quo sine). L'estinzione del nesso di causalità deve esser stabilita con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali. Per contro, la semplice

possibilità che l'evento non espliciti più effetto causale non è sufficiente (citata STF 8C\_820/2007 del 29 ottobre 2008, consid. 4). D'avviso del Tribunale, occorre partire dall'esame dei fatti, dai quali emerge chiaramente che la notifica di infortunio del 28 agosto 2013 (doc. 2) riporta che l'inciampo contro un gradino ha comportato che l'assicurata è caduta malamente, battendo per terra il viso, e ciò ha provocato - per quanto concerne il ricorso in oggetto - la lussazione dei denti inferiori (32, 31 e 41), contusioni alla testa, al naso e ad entrambe le braccia e le gambe. A causa dell'impatto subito dalla ricorrente, la cui bocca ha quindi battuto per terra il 23 agosto 2013, il medico dentista curante ha in seguito (12 settembre 2013) rilevato una lussazione dei denti 32, 31 e 41, splintati un anno prima insieme al dente 33 (doc. IX risposta n. 4) e che prima dell'intervento avevano acquistato, grazie a questo intervento, un grado di mobilità 1, altrimenti vi sarebbe stato addirittura almeno un grado 3 (doc. IX risposta n. 8). Questo manufatto, o protesi, è stato funzionale fino al momento della caduta, ossia ha resistito fino a quando un impatto di un'intensità al di sopra del normale, come può essere quello, per una persona anziana, di cadere inavvertitamente sulle scale senza avere la necessaria prontezza di ripararsi il viso, ha sprigionato una forza trasversale tale da lussare i tre incisivi inferiori splintati fra di loro. Vista la dinamica dei fatti, l'età della ricorrente ed i danni da quest'ultima riportati (si ricorda che anche la protesi superiore si è fratturata), questo Tribunale ritiene, con la necessaria verosimiglianza preponderante che, fra i danni subiti dall'assicurata con la caduta, vi sia anche il danno alla dentatura e meglio agli incisivi inferiori. Il TCA evidenzia che nulla, dalla documentazione raccolta, permette di ritenere, con la necessaria verosimiglianza preponderante, che il danno si sarebbe avverato comunque anche in assenza dell'evento del 23 agosto 2013. In effetti anche ammettendo, come sostenuto dalla Cassa malati, la preesistenza di uno stato mandibolare compromesso da una importante parodontite - il suo medico dentista di fiducia (doc. 13) ha individuato una perdita di struttura parodontale terminale sui denti 41, 31 e 32, poiché restavano solo tra 1 e 2 mm di osso sulle radici, l'elemento 33 soffriva di una cisti periapicale e di una perdita di struttura parodontale di oltre il 70%, mentre sul dente 43 questa perdita era del 60% -, ciò che interromperebbe, a suo dire, il nesso di causalità con l'incidente, il TCA è dell'avviso che l'evento del 23 agosto 2013 debba essere almeno considerato come una concausa del danno ai denti e quindi della lussazione degli elementi 32, 31 e 41, come il medico dentista curante ha riscontrato successivamente all'incidente, con necessità di rifare la protesi parziale già presente poggiante sui pilastri 33 e 43. In questo senso, l'evento assicurato deve essere considerato quale fattore perlomeno concausale per il concretizzarsi del pregiudizio riscontrato ai denti dell'insorgente. La situazione preesistente (parodonto compromesso) ha infatti contribuito all'insorgenza del danno, il quale, visti i tempi e le modalità in cui si è manifestato, deve però per il resto essere ricollegato, almeno parzialmente, all'incidente in questione (STFA U 319/2002 del 2 settembre 2003, consid. 2.3). Tutto ben considerato, quindi, questa Corte ritiene dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante (la semplice possibilità, come detto, non basta) caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr., fra le tante, DTF 129 V 56 consid. 2.4), che fra l'evento occorso alla ricorrente il 23 agosto 2013 ed il danno riscontrato ai suoi denti, in particolare agli elementi dentari 32, 31 e 41, esiste una relazione di causalità naturale perlomeno parziale - ed adeguata -, avendo l'incidente almeno aggravato la situazione dei denti interessati, stante la presenza di un parodonto non in buono stato (STFA U 319/2002 del 2 settembre 2003, consid. 3.2; STCA 36.2012.5 del 20 marzo 2013; STCA 36.2011.3 del 23 maggio 2011; STCA 36.2008.150 del 16 febbraio 2009; STCA 36.2005.27 del 16 giugno 2006). La Cassa

malati deve dunque assumersi il caso d'infortunio. 2.15. 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. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, tra l'altro, 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 (lett. a); le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b) e la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune (lett. e). Va ancora evidenziato che i presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli artt. 25 segg. sono specificati all'art. 32 LAMal. Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli artt. 25-31 LAMal devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente (art. 32 cpv. 2 LAMal). L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità di prestazioni eseguite da medici svizzeri sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; RAMI 2000 KV 132 pag. 283 seg. consid. 3; STFA K 39/01 del 14 ottobre 2002, consid. 1.3). Inoltre, per l'assicurazione obbligatoria, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli artt. 25-33 (art. 34 cpv. 1 LAMal). In presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia (in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal [Eugster, Krankenversicherung in SBVR, N. 291, pag. 494]), acquista importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni (Eugster, op. cit., NN. 293-296, pagg. 494-495). Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (DTF 127 V 147 consid. 5, 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 52). L'autorità dovrà limitare l'obbligo prestativo ai casi in cui il trattamento esterno dovesse presentare, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole ("einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert", cfr. sentenza K 141/03 del 17 gennaio 2005). Ciò presuppone la prova che nel Cantone non esista nessuna possibilità di cura oppure che un provvedimento diagnostico o terapeutico ivi praticato, se confrontato con l'alternativa proposta altrove, comporti rischi importanti e considerevolmente più elevati e che perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un

trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile nel Cantone di domicilio e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (cfr. anche sentenza K 39/01 del 14 ottobre 2002, consid. 1.3). 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 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Eugster, op. cit., N. 966, pag. 725), così come neppure il fatto che una clinica specializzata abbia maggior esperienza nel settore specifico (cfr. sentenza citata del 14 ottobre 2002, consid. 1.3). Per l'art. 56 LAMal, il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura (cpv. 1) e la remunerazione può essere rifiutata per le prestazioni eccedenti questo limite (cpv. 2). Secondo il cpv. 5, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori prevedono nelle convenzioni tariffali misure destinate a garantire l'economicità delle prestazioni. Essi vegliano in particolare affinché sia evitata una ripetizione inutile di atti diagnostici, quando l'assicurato consulta più fornitori di prestazioni. Per costante giurisprudenza sviluppatasi in ambito LAMI e ripresa nella LAMal (SVR 1999 KV 6 p. 12; RAMI 1998 n. KV 988 pag. 4 consid. 3a; cfr. RAMI 1999 n. KV 64 pag. 68 consid. 3b) sono considerate ineconomiche le misure mediche che non sono applicate nell'interesse del paziente oppure quelle che vanno oltre ciò che è richiesto dallo scopo concreto del trattamento. In tali circostanze le casse hanno il diritto di rifiutare l'assunzione dei costi di misure terapeutiche non necessarie o di misure che potrebbero venire adeguatamente sostituite da altre meno costose (DTF 108 V 32 consid. 3a; 101 V 72 consid. 2; RJAM 1983 n. 557 pag. 287). L'assicurato non ha alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 125 V 98 consid. 2b). Quindi se due misure risultano efficaci e appropriate si deve procedere a ponderare i costi e i benefici del trattamento (RAMI 1998 K 988 p. 4 consid. 3b e c). In tale ambito la LAMal (art. 57) attribuisce un ruolo importante al medico fiduciario - rafforzato rispetto alla vecchia LAMI -, il quale è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento. Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 consid. 2d e dottrina citata). 2.16. Nell'evenienza concreta, il TCA ritiene che la terapia proposta ed eseguita dal dottor \_\_\_\_\_, pur essendo adeguata ed efficace, non è però economica. Infatti, l'assicurata avrebbe potuto (ri)ottenere una funzione masticatoria - ed estetica - sufficiente senza necessità di sostituire la sua protesi parziale inferiore, ma semplicemente adattando la protesi provvisoria inferiore già esistente. Prova ne è che, espressamente interpellato al riguardo da questo Tribunale, il medico dentista curante ha affermato di avere agito proprio in tal senso, ovvero estraendo gli incisivi splintati 32, 31 e 41 che erano stati compromessi dalla caduta e facendoli poi aggiungere dall'odontotecnico allo scheletrato già esistente, cosicché già il giorno seguente l'assicurata poteva disporre nuovamente della sua protesi inferiore, adattata. Va qui inoltre osservato che nell'attesa della confezione della nuova protesi parziale inferiore, che ha richiesto la preparazione degli appoggi, la presa dell'impronta di precisione e le procedure di registrazione, preparativi che sono durati un mese (dal 21 ottobre al 27 novembre 2013), la ricorrente ha comunque portato senza problemi per quasi tre mesi la protesi esistente (dall'11 settembre al 2 dicembre 2013), adattata con dei nuovi incisivi in sostituzione di quelli estratti. Ritenuto poi che, per ammissione dello stesso dr. med. dent. \_\_\_\_\_, la nuova protesi inferiore poggiava, come la precedente, sui pilastri 33 e 43 e che, sempre come il manufatto esistente, essa

sostituiva i denti 37/36/35/34/42/44/45/46/47 ed in seguito anche i citati elementi dentari 32, 31 e 41 appositamente aggiunti, in sé, quindi, tanto la protesi vecchia quanto quella nuova vanno ritenute identiche (anche) dal profilo funzionale. Pertanto, in virtù del principio dell'economicità delle cure, non v'era quindi alcun motivo per riconfezionare un manufatto uguale al precedente, peraltro già adattato alla bocca dell'assicurata e perfettamente funzionale. Non va infatti dimenticato che il dottor \_\_\_\_\_ ha precisato che la protesi inferiore esistente non è stata lesa dalla caduta, ma solo che la stessa non era più utilizzabile a lungo termine per sostituire anche i denti estratti (doc. XVII risposta n. 4). Neppure gli elementi dentari 33 e 43 su cui appoggiava la protesi sono stati lesionati con l'incidente. Di conseguenza, l'affermazione del medico dentista curante secondo cui " Il vecchio manufatto e in special modo la forma dell'armatura e degli appoggi sui denti residui non potevano più garantire una funzionalità corretta. " (doc. XVII risposta n. 2) non è condivisibile e non va perciò tutelata, non essendo delle conseguenze da porre in relazione con la caduta. Tutto ben considerato, quindi, il TCA conclude che la soluzione adottata non si rivela economica e pertanto che, come hanno affermato gli esperti interpellati dalla Cassa malati (doc. 21), debbano essere riconosciuti soltanto i costi dell'estrazione degli elementi dentari 32, 31 e 41, così pure la riparazione della protesi parziale inferiore, essendo questo intervento adeguato, efficace ed economico per il ripristino della dentatura della ricorrente e dunque della sua funzionalità. Non va infatti dimenticato che, per giurisprudenza costante (STFA P 22/02 del 5 agosto 2002; DTF 124 V 200 consid. 3 e riferimenti), se più trattamenti entrano in considerazione, nell'ambito delle prestazioni complementari, come per l'assicurazione malattie, occorre comparare i costi ed i benefici di ogni singolo trattamento considerato. Se uno di essi permette di raggiungere lo scopo cercato – il ripristino della funzione masticatoria – ed è sensibilmente meno caro di altri, l'assicurato non ha quindi diritto al rimborso delle spese del trattamento più caro. In virtù di queste considerazioni, la decisione su opposizione deve di conseguenza essere annullata e gli atti rinviati alla Cassa malati, affinché si pronunci sul rimborso del costo del trattamento dentario eseguito nel quarto trimestre del 2013 dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ a seguito dell'infortunio del 23 agosto 2013, ma limitatamente all'operazione di adattamento della protesi parziale inferiore preesistente (estrazione dei tre incisivi e inserimento di nuovi incisivi sulla protesi esistente). La confezione di una nuova protesi parziale inferiore non deve invece essere riconosciuta ai sensi della LAMal. Parzialmente vincente in causa e patrocinata da un legale, alla ricorrente vanno attribuite delle indennità per ripetibili ridotte (art. 61 lett. g LPGa).

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