

TI_GERICHTE 36.2014.7 vom 18. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.7

FR: TI_GERICHTE 36.2014.7 du 18 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 36.2014.7 del 18 giugno 2015

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi di un'osteotomia bimascellare in seguito ad un infortunio. Esame del nesso di causalità adeguata e naturale, dell'efficacia, dell'adeguatezza e dell'economicità dell'intervento. Rinvio all'assicuratore per determinare l'ammontare del rimborso

Erwägungen

E. 7

Aus welchem medizinischen Gründen wird eine Umstellungsosteotomie gemacht? Ich sehe keine klare medizinische Indikation zur Behandlung einer Krankheit oder Unfallfolgen. Vielmehr scheint die Indikation in erster Linie ästhetisch motiviert und allenfalls zur Behandlung des Schnarchens.

E. 8

War die Umstellungsosteotomie medizinisch indiziert? Wenn ja, aus welchen Gründen? Wenn nein, was war mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Grund? Nein, vgl. Unter Punkt 7.

E. 9

Steht die Osteosynthesematerialentfernung im Zusammenhang mit der Septumoperation oder der Umstellungsosteotomie? Ausschliesslich im Zusammenhang mit der Kieferumstellungsosteotomie.

E. 10

Ist das externe Gutachten akzeptabel und fundiert? Bitte begründen Sie Ihre Antwort. Das Gutachten ist in keiner Art und Weise fundiert. Die Versicherte wurde zwar durch den Gutachter untersucht, es finden sich allerdings keinerlei Angaben über die Anamnese und Befunde, welche der Gutachter bei der persönlichen Untersuchung der Versicherten erhoben hätte. Die Beantwortung der Fragen im Gutachten erschöpft sich in einfachen Behauptungen – ohne Begründungen oder weiter Ausführungen. Somit kann für den Leser des Gutachtens nicht nachvollzogen werden, wie er zu seinen Schlüssen respektive zu seinen gutachterlichen Beantwortungen gekommen ist. Zur Frage 1 stellt der Gutachter einzig fest, dass die genannten Eingriffe vom 7.4.2011 eine Verbesserung der Atmung bezweckten, ohne dies zu begründen oder auch nur darauf einzugehen, welche Eingriffe zur Behebung einer objektivierbaren Pathologie mit Krankheitswert zweckmässig waren (z.B. die Tatsache, dass lediglich eine Behinderung der Nasenatmung objektivierbar war und kein OSAS vorlag). Zur Frage 2 betreffend eines kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der durchgeführten Kieferosteotomie resp. der Osteosynthesematerialentfernung erschöpft sich die Beantwortung durch den Gutachter lediglich darin, dass er eine

Unfallkausalität bejaht, ohne dies überhaupt zu begründen. Diese Behauptung ist somit in keiner Weise nachvollziehbar. Dieselbe Kritik muss ich auch an der Beantwortung der weiteren Fragen 3 und 4 äussern: Es wird überhaupt nicht dargelegt, wie die genannten Eingriffe, die Atmung und die Kaufunktion verbessern sollen. Damit wird auch die Frage der medizinischen Indikation nicht nachvollziehbar beantwortet.

E. 11

Ist eine klinische Beurteilung, 3 Jahre nach der Umstellungsosteotomie, aussagekräftig? Eine solche Beurteilung ist nur sehr eingeschränkt aussagekräftig. Da der Vorzustand vor der Operation nicht mehr erfasst werden kann und damit auch nicht objektivierbar ist. Der Gutachter kann sich im Wesentlichen einzig auf die Angaben der Versicherten stützen. Somit sind die dokumentierten Befunde vor der bimaxilläre Osteotomie, d.h. die Akten überwiegend ausschlaggebend für die gutachterliche Beurteilung.

E. 12

Wie beurteilen Sie, aus fachlicher Sicht, das externe Gutachten von Herrn Dr. PE 1. Das Gutachten ist meines Erachtens wertlos, da hier in der Beantwortung der Fragen einzig Behauptungen aufgestellt werden, ohne diese zu begründen. Es finden sich keinerlei Ausführungen über Befunde oder Angaben aus den Akten, welche es erst ermöglichen würden, die Feststellungen des Gutachtens zu werten bzw. nachzuvollziehen. Auf die wesentlichen Fragen in Bezug auf medizinischen Indikation und Unfallkausalität wird in diesem Gutachten gar nicht eingegangen, es werden in der Beantwortung der Fragen lediglich Behauptungen aufgestellt, ohne diese zu begründen. Aus fachlicher Sicht sind diese Behauptungen meines Erachtens nicht nachvollziehbar.

E. 13

Handelt es sich Ihrer Meinung nach, um eine objektive Prüfung durch den externen Gutachter? Bitte begründen Sie Ihre Antwort. Ich habe grosse Zweifel an der Objektivität dieses Gutachtens, da die Antworten zu den Fragen Zweifel an deren fachlichen Grundlage aufkommen lassen.“ (doc. 30) Il 12 gennaio 2015 il dr. med. _____ ha nuovamente preso posizione, affermando: " (...) 1. Ich sehe keinen Widerspruch zwischen meiner Stellungnahme unter Punkt 5. und Punkt 7. Im Gegenteil: Die beiden Aussagen sind kongruent: Ich sehe keine medizinische Indikation für die bimaxilläre Osteotomie, weder unter dem Gesichtspunkt des Unfalls noch unter dem Begriff Krankheit. Es finden sich keine Unfallfolgen, welche durch eine bimaxilläre Osteotomie behandelt werden müssten. Ebenso wenig findet sich eine Krankheit, ein Schlafapnoesyndrom ist nicht ausgewiesen. 2. Die bimaxilläre Osteotomie im Allgemeinen dient entweder einer Korrektur einer Dysgnathie oder der Behandlung eines schweren obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Beide Zustände liegen bei der Versicherten nicht vor. Die Behandlung des Schnarchens stellt keine Krankheitsbehandlung dar, ausserdem besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Kausalzusammenhang mit dem Unfall und dem Schnarchen. 3. Ich habe nicht behauptet, dass die bimaxilläre Osteotomie nur eine aus ästhetischen Gründen oder allenfalls zur Behandlung des Schnarchens durchgeführt worden sei, vielmehr habe ich unter Punkt 7 festgestellt bzw. vermutet, dass diese Operation aus ästhetischen Gründen oder allenfalls zur Behandlung des Schnarchens durchgeführt worden sei, da keine leistungspflichtigen Zustände vorliegen, welche diese Operation als Pflichtleistung begründen würden. 4. Warum diese Operation effektiv gemacht wurde, kann ich nicht klar nachvollziehen, zu den von Prof. _____ angegebenen Gründen (Schnarchen,

eingeschränkte Kiefergelenksbeweglichkeit) habe ich ja bereits Stellung genommen. 5. Dass die bimaxilläre Osteotomie in Zusammenhang mit dem Unfall stehen soll, wie offenbar die Richter suggerieren, kann ich nicht nachvollziehen. Es müssten Unfallfolgezustände vorliegen, welche die Kieferosteotomie notwendig machen würden. Z.B. eine Okklusionsstörung (Dysgnathie). Solche Zustände liegen bei der Versicherten nicht vor. Ich sehe hier die Möglichkeit, die Sache noch weiter auszuführen, ohne mich zu wiederholen. In meiner letzten Stellungnahme – wie auch in früheren Stellungnahmen – habe ich bereits mehrfach dargelegt, weshalb die bimaxilläre Osteotomie keine Pflichtleistung darstellt: Es finden sich keine Befunde oder Zustände, welche eine Indikation für diese Operation darstellen würden – und gleichzeitig eine Unfallfolge oder eine Krankheit darstellen würden. Gemäss KVG gelten nach wie vor die WZW-Kriterien, diese sind bezüglich der Kiefergelenksproblematik nicht erfüllt.“ (doc. XL/1) Da parte sua il Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. h.c. mult. Dr. sc. h.c. _____, interpellato dal TCA per prendere posizione sulla perizia e sulle affermazioni del 17 novembre 2014 del dr. med. _____, il 3 febbraio 2015 ha rilevato: " (...) Ich möchte vorausschicken, dass mir die Patientin sehr gut bekannt ist, und zwar schon nach dem schweren Unfall von 1996, als sie in meiner Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie im USZ, als ich noch Direktor dieser Klinik war, behandelt wurde. Beide Gutachter haben sich Mühe gegeben, den Zustand und die Behandlungen der Patientin bei einer sehr komplexen Problematik aus unterschiedlicher Sicht gerecht zu beurteilen. Die Diskrepanzen zwischen den Beurteilungen sind teilweise auch aufgrund der Tatsache entstanden, dass seit dem Unfall mehr als 15 Jahre vergangen sind, worauf auch Dr. _____ in seinem Gutachten hinweist. In meiner Stellungnahme gehe ich speziell auf die Punkte 5 und 7 im Gutachten von Herrn Dr. _____ ein. Es ist auch nicht leicht bei einem derartigen komplexen, schweren Unfall mit Schädigung des Gehirn selbst, des Auges, des Schädelknochens, der Schädelbasis, der Kiefergelenksregion, des Mittelgesichts und des Unterkiefers und der dazugehörigen bedeckenden Weichteile, die eigentliche Problematik nicht aus dem Auge zu verlieren. Es ist nämlich unbestreitbar, dass sämtliche durchgeführten Operationen einschliesslich der letzten Operation mit bimaxillärem Eingriff nie erfolgt wären, wenn nicht dieser schwere Reitunfall passiert wäre. Die Primäroperation und die folgende Operation vom 27.01.2003 waren nicht in der Lage, die Unfallfolgen, nämlich Knochen- und Weichteilasymmetrien deutlich zu korrigieren, geschweige denn eine restitutio ad integrum zu erzielen. Die damals durchgeführten Massnahmen wie Browlift rechts, eine subalare Lippenexzision rechts, Ausgleich der auch heute noch bestehenden Facialparese rechts, die Augmentationen mit lyophilisiertem Knorpel und Fett, die Weichteilaugmentation im Bereich der Augenhöhle und der Wange sowie Liposuction im Bereich des Jochbeinregion, konnten die durch den Schweren Unfall verursachten Weichteilverschiebungen sowie riesige vom Ohr nach Unten um den ganzen Unterkiefer verlaufende Narbe nicht kaschieren. Es liegt uns der Operationsbericht aus dem Jahr 1996 vor, doch ging es hier teilweise um lebensrettende Massnahmen und weniger vitale Operationen wurden natürlich nicht durchgeführt. Ich erwähne hier die Fraktur durch das rechte Kiefergelenk, die zu einer Arthrosis deformans geführt hat und zu einer starken Bewegungseinschränkung mit einer Mundöffnung von nur 30 mm. Die von Herr Dr. _____ monierte Bemerkung aus meinem Zeugnis, dass die vorhandene Arthroseproblematik mittels Umstellungsosteotomie verbessert werden könne, mag für andere Fälle Gültigkeit haben. Doch besteht auch bei Frau RI 1 eine Asymmetrie und Bewegungseinschränkung in diesem Gelenk, die durch Umstellungsosteotomie mobilisiert

werden kann einerseits und durch die Neupositionierung des Köpfchens bei der Ramusosteotomie durchaus eine funktionelle Verbesserung erzielt werden kann. Dies ist auch der Fall und kann bewiesen werden. Nach dem Eingriff besteht jetzt eine Mundöffnung von 44 mm, also eine normale Öffnung im Gegensatz zu früher, wo der Schneideakanteabstand nur 30 mm war. Die Patientin hat auch keinerlei Beschwerden mehr in diesem Gelenk, Sie könne alles essen, sogar einen grossen Sandwich, was vorher nicht der Fall war. Für den Kauvorgang hat der Eingriff viel geholfen. In Anbetracht der Komplexität dieses schweren Unfalls ist auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Deviation des Nasenbeins nach rechts und die damit verbundenen endonasalen Deviationen mit dem Unfall im Zusammenhang stehen. Ohne die damaligen Computertomogramme kann dies nicht genau geklärt werden. Die nach dem grossen Unfallereignis bestehenden funktionellen und ästhetischen Störungen sind zwar bekannt, aber möglicherweise nicht genügend synoptisch gewürdigt worden. Das Ziel am 07.04.2011 durchgeführten Eingriffs wurde weitgehend erreicht. Es konnte die Asymmetrie besser als in den früheren Eingriffen korrigiert werden, durch die Streckung und Verlängerung und die 3-dimensionale Rotation der Kiefer konnten auch die Weichteilasymmetrien deutlich verbessert werden. Gleichzeitig wurden die zweifelsohne sehr engen Atemwege, die zu extremen Schnarchen geführt hatten, erweitert und das Schnarchen verschwand. Wir geben Herrn Dr. _____ selbstverständlich recht, dass für reines Schnarchen eine bimaxilläre Operation zwar nicht die Therapie der Wahl ist, aber das bimaxilläre 3-dimensionale Rotation Advancement ist die Therapie der Wahl bei der schweren Asymmetrie, die diese Patientin sich bei ihrem Reitunfall zuzog. Dass die engen Atemwege normalisiert wurden und das Schnarchen auch eliminiert wurde, zeigt gleichzeitig die hervorragende Wirkungsweise der bimaxillären Rotation Advancements in funktioneller und ästhetischer Hinsicht. Es macht keinen Sinn, sich auf einzelne Punkte zu fixieren, wie die Septumverkrümmung oder die grossen Muscheln oder das Schnarchen, es geht um die Gesamtsituation nach schwerem Trauma. Es ist ein Faktum, dass durch den letzten Eingriff nahezu alle funktionellen und ästhetischen Probleme gelöst wurden, d. h. nahezu eine Restitutio ad integrum erfolgte. Ich hoffe mit diesen Ausführungen einen synoptischen Beitrag zur Beurteilung der komplexen traumabedingten Situation der Patientin zu erbringen.“ (doc. XLI) Il 2 giugno 2015 il perito è stato sentito nel suo studio dal Giudice delegato del TCA e dal vicecancelliere redattore. Il PD dr. med. dr. med. dent. PE 1, ha affermato: " (...) Quale premessa il perito precisa che quello della Sig.ra RI 1 è un caso eccezionale particolarmente complesso che non può essere trattato se non vi è una sufficiente e maturata esperienza. In merito alla perizia _____, il perito rileva come il fiduciario della cassa non abbia avuto a disposizione la cefalografia del 27.04.2010 se non in forma cartacea mentre il perito ha avuto a disposizione il documento da cui ha potuto rilevare l'insieme delle circostanze. _____ non ha rilevato le vie respiratorie mentre sul documento acquisito dal perito ciò era possibile perché vi è la ricalcatura dello spazio faringale. Il perito mostra le due radiografie (cefalografia) del 27.04.2010 e quella successiva del 02.09.2011 ed indica i luoghi di strozzamento della respirazione prima e dopo l'intervento del 07.04.2011. Questo elemento mostra come non ci sono vie aeree libere ed il russare è dimostrazione di questa circostanza. Con riferimento alla risposta 7 di _____, occorre dire che vi sono 2 ragioni fondamentali per fare questo tipo di intervento. La prima è riferita all'articolazione che aprendosi maggiormente costituisce una protezione a fronte di successivi possibili danni, migliora complessivamente la situazione e il rischio connesso all'intervento, che sussiste che anche il Prof. _____ ha

considerato, diventa relativo a fronte del possibile beneficio che si può trarre dall'intervento. Il perito si riferisce qui anche alla risposta 3 del Dr. _____ 29.11.2014 dove il fiduciario evidenzia il rischio dell' intervento. Questa riflessione in se è giusta ma a fronte della situazione e dei rischi di un peggioramento lo status della paziente permetteva di ritenere il rischio dell' intervento minimo rispetto ai possibili effetti positivi. In merito alla risposta nr. 7 _____ il perito ne rileva il carattere generale e la mancanza di specificità, ribadisce sinteticamente i concetti di Kifergelenk schutz ossia la protezione dell' ATM, la respirazione e la funzione masticatoria. Quest'ultimo aspetto è prioritario nella valutazione perché questo tipo di intervento viene posto in atto quando la masticazione o meglio la sovrapposizione dei denti non è perfetta. A ciò va aggiunto un aspetto di infiammazione possibile. Senza una buona capacità respiratoria nasale la respirazione deve avvenire attraverso la bocca ciò che conduce al disseccamento delle gengive con la conseguenza di infiammazioni alle gengive e possibili danni al parodonto. Precisa il perito che la funzione masticatoria della paziente era , prima dell' infortunio, molto verosimilmente migliore e quindi con buona verosimiglianza vi è un nesso tra l' infortunio e la necessità dell' intervento così come è stato fatto. È vero che la paziente ha avuto, in conseguenza all' intervento, un miglioramento estetico ma questo non è il motivo dell' intervento. Ho già detto le ragioni che lo hanno reso necessario. Il perito può confermare che la rimozione del materiale di osteosintesi nella mascella superiore e in quella inferiore lato destro sono la conseguenza dell' operazione 07.04.2011. Per concludere il perito evidenzia che oltre a quanto già espresso, ha eliminato i fattori dolorosi che la paziente aveva. La critica di _____ alla perizia (nr. 10) non mi sembra corretta perché con il referto io ho risposto in maniera sintetica ma puntuale alle domande che mi sono state poste, effettuando tutte le ricerche necessarie. Nel mio referto non ho riportato puntualmente questi aspetti essendo prioritario fornire le risposte.” (doc. LI) 2.9. Secondo la giurisprudenza, 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). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha stabilito 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare 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 proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 2.10. 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).

Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale, alla luce dell'insieme degli atti all'inserto, per i motivi che seguono, ritiene che le patologie curate tramite l'intervento eseguito il 7 aprile 2011, e di riflesso anche quello prospettato il 3 aprile 2013 che è una conseguenza della prima operazione, siano, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, in nesso causale naturale ed adeguato con l'infortunio subito dalla ricorrente il 4 maggio 1996. In altre parole, senza l'infortunio, l'insorgente non avrebbe mai dovuto subire l'intervento del 7 aprile 2011 (e quello prospettato il 3 aprile 2013). Il Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c. _____, che si è occupato dell'insorgente sin dai primi soccorsi resisi necessari dalla grave caduta da cavallo del mese di maggio 1996, e che dunque meglio di tutti conosce nel dettaglio l'intera fattispecie e l'evoluzione dello stato valetudinario della ricorrente nel corso del tempo, essendosi occupato anche dell'operazione del 27 gennaio 2003, che tuttavia non ha permesso di correggere l'asimmetria delle ossa e dei tessuti molli provocata dall'infortunio (doc. XLI: "Die Primäroperation und die folgende Operation vom 27.01.2003 waren nicht in der Lage, die Unfallfolgen, nämlich Knochen- und Weichteilasymmetrien deutlich zu korrigieren"), ha confermato a più riprese che l'intervento del 7 aprile 2011 è stato eseguito in seguito ai danni causati dal grave accadimento del 4 maggio 1996 (doc. XLI: Es ist nämlich unbestreitbar, dass sämtliche durchgeführten Operationen einschliesslich der letzten Operation mit bimaxillärem Eingriff nie erfolgt wären, wenn nicht dieser schwere Reitunfall passiert wäre ") e meglio per ovviare all'asimmetria del viso (doc. A4/7: " Der jetzige Zustand weist eine sehr starke Asymmetrie des Gesichtes auf, wobei die rechte Gesichtsseite deutlich flacher ist, hier läuft auch die breite Narbe vertikal über die Wange. Der rechte Unterkiefer ist wesentlich schmaler als der linke und weiter median stehend"), ad una limitazione nella mobilità dell'articolazione mandibolare, alle difficoltà respiratorie ed ai dolori risentiti dalla ricorrente. Grazie all'osteotomia vi è inoltre stato un miglioramento funzionale della mandibola (doc. XLI: " Doch besteht auch bei Frau RI 1 eine Asymmetrie und Bewegungseinschränkung in diesem Gelenk, die durch Umstellungsosteotomie mobilisiert werden kann einerseits und durch die Neupositionierung des Köpfchens bei der Ramusosteotomie durchaus eine funktionelle Verbesserung erzielt werden kann. Dies ist auch der Fall und kann bewiesen werden"). L'operazione ha permesso di ottenere una normalizzazione dell'apertura del morso, la sparizione di dolori nell'articolazione (doc. XLI: " Nach dem Eingriff besteht jetzt eine Mundöffnung von 44 mm, also eine normale Öffnung im Gegensatz zu früher, wo der Schneideakanteabstand nur 30 mm war. Die Patientin hat auch keinerlei Beschwerden mehr in diesem Gelenk, Sie könne alles essen, sogar einen grossen Sandwich, was vorher nicht der Fall war. Für den Kauvorgang hat der Eingriff viel geholfen.") ed il miglioramento notevole dell'asimmetria (doc. XLI: „ Das Ziel am 07.04.2011 durchgeführten Eingriffs wurde weitgehend erreicht. Es konnte die Asymmetrie besser als in den früheren Eingriffen korrigiert werden, durch die Streckung und Verlängerung und die 3-dimensionale Rotation der Kiefer konnten auch die Weichteilasymmetrien deutlich verbessert werden ."). Inoltre è stato possibile allargare le vie respiratorie che avevano portato l'interessata a notevoli ed importanti russamenti, facendoli scomparire. La circostanza che i danni di cui era affetta la ricorrente fossero da

ascrivere all'infortunio del 4 maggio 1996 e meglio che vi sia un nesso di causalità naturale ed adeguata (DTF 127 V 103 consid. 5b/bb) anche solo parziale (DTF 119 V 337 consid. 1), trova conferma anche nella tomografia del 15 marzo 2011 e meglio nel referto del 16 marzo 2011 del dr. med. _____, il quale ha attestato la presenza di cambiamenti posttraumatici pronunciati a livello dello scheletro facciale e di cambiamenti artrotici posttraumatici della mandibola destra con una deiscenza ossea che va dall'orecchio medio fino all'articolazione della mandibola destra (doc. 4A/19: " Ausgeprägt posttraumatische Veränderungen vom Gesichtsschädel bis in die mittlere Schädelgrube rechts reichend. " (...) „, Posttraumatische arthrotische Veränderung des rechten Kiefergelenkes bei knöcherne Dehizens von Tegmen tympani bis an die Eminentia articularis reichend Komplette Verlegung des Mittelohres und der mastoidalen Zellen, (...) “; cfr. anche doc. 4A/5 del Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c. _____; „ Vor der erneuten Operation am 7.4.2011 bestanden bei RI 1 seit Jahren zunehmende Schmerzen nicht nur im rechten gebrochenen Kiefergelenk, das schwere arthrotische Veränderungen mit Knochenanlagerungen ventral aufweist (siehe Befund des Computertomogramms von 16.3.2011), sondern auch eine knöcherne Dehizens verlaufend vom Mittelohr über die Gelenkpfanne in die Eminentia articularis des rechten Kiefergelenks. Kiefergelenksschmerzen traten zunehmend auch im linken Kiefergelenk wegen massiver Überlastung durch asymmetrischen Unterkieferstrukturen auf .“). Il curante condivide l'opinione del medico fiduciario, dr. med. _____, laddove afferma che per il solo russamento l'osteotomia bimaxillare non è una terapia efficace. Tuttavia, rileva pure che la " bimaxilläre 3-dimensionale Rotation Advancement ", ossia l'operazione concretamente effettuata nella fattispecie, è la terapia corretta in caso di grave asimmetria del volto, che la ricorrente si era procurata con la caduta dal cavallo il 4 maggio 1996 (doc. XLI: " Gleichzeitig wurden die zweifelsohne sehr engen Atemwege, die zu extremen Schnarchen geführt hatten, erweitert und das Schnarchen verschwand. Wir geben Herrn Dr. _____ selbstverständlich recht, dass für reines Schnarchen eine bimaxilläre Operation zwar nicht die Therapie der Wahl ist, aber das bimaxilläre 3-dimensionale Rotation Advancement ist die Therapie der Wahl bei der schweren Asymmetrie, die diese Patientin sich bei ihrem Reitunfall zuzog . Dass die engen Atemwege normalisiert wurden und das Schnarchen auch eliminiert wurde, zeigt gleichzeitig die hervorragende Wirkungsweise der bimaxillären Rotation Avancements in funktioneller und ästhetischer Hinsicht. “). Il Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c. Hermann _____, rileva inoltre che tramite quest'ultimo intervento è stato possibile ripristinare le funzioni originali oltre che estetiche della ricorrente, così da raggiungere la quasi completa restituito ad integrum (doc. XLI: " Es ist ein Faktum, dass durch den letzten Eingriff nahezu alle funktionellen und ästhetischen Probleme gelöst wurden, d. h. nahezu eine Restitutio ad integrum erfolgte.“). Ciò, invece, non era stato possibile con l'operazione del 27 gennaio 2003, che non aveva permesso, in particolare, di correggere l'asimmetria delle ossa e delle parti molli della bocca (doc. XLI: " Die Primäroperation und die folgende Operation vom 27.01.2003 waren nicht in der Lage, die Unfallfolgen, nämlich Knochen- und Weichteilasymmetrien deutlich zu korrigieren, geschweige denn eine restitutio ad integrum zu erzielen .“). Il Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c. _____ aveva del resto rilevato, già in data 19 dicembre 2012, che prima dell'intervento del 7 aprile 2011 la ricorrente aveva grandi dolori nella parte destra dell'articolazione della mandibola fratturata, che mostrava gravi cambiamenti artrotici con accumulazione ossea ventrale, deiscenza ossea dall'orecchio all'articolazione della

mandibola destra. Inoltre dolori all'articolazione mandibolare si presentavano a causa del sovraccarico importante dovuto alle strutture asimmetriche nella mascella inferiore. L'apertura della bocca era ridotta a 30 mm nonostante la pressione con le dita, con grande deviazione a destra durante l'apertura e l'avanzamento. L'apertura ridotta della bocca rendeva difficile la masticazione. Grazie all'intervento, la cavità orale è stata allargata tramite la rotazione della mascella superiore e inferiore, la problematica articolare è stata diminuita, il seno mascellare destro sembra più mobile, non facendo più un movimento di traslazione e l'articolazione mascellare sinistra non è più sovraccaricata (doc. A4/5: " Vor der erneuten Operation am 7.4.2011 bestanden bei RI 1 seit Jahren zunehmende Schmerzen nicht nur im rechten gebrochenen Kiefergelenk, das schwere arthrotische Veränderungen mit Knochenanlagerungen ventral aufweist (siehe Befund des Computertomogramms von 16.3.2011), sondern auch eine knöcherne Dehiscenz verlaufend vom Mittelohr über die Gelenkpfanne in die Eminentia articularis des rechten Kiefergelenks. Kiefergelenksschmerzen traten zunehmend auch im linken Kiefergelenk wegen massiver Überlastung durch asymmetrischen Unterkieferstrukturen auf. Die Mundöffnung war auf 30 mm trotz Druck mit den Fingern (siehe Foto) reduziert mit starker Abweichung nach rechts bei der Öffnung und beim Vorschub. Die verminderte Mundöffnung belastete die Patientin ausserordentlich, erschwerte auch zahnärztliche Behandlungen und behinderte neben dem Fehlen der Vorschub und Seitbewegung auf der rechten Gelenkseite den Kaufvorgang. Zusätzlich bestand bei Ihr seit langem eine Behinderung der Nasenatmung, bedingt durch eine rechtskonvexe Septumdeviation mit einem knöchernen Sporn nach rechts. Verstärkt wurde dies durch grosse untere Nasenmuscheln bds. mit nahezu kompletter Verlegung des rechten unteren Nasengangs. Da die Patientin nicht durch die Nase atmen konnte, war sie gezwungen durch den Mund zu atmen, dies in der Nacht beim Schlafen, aber auch tagsüber. Sie war mehrmals im Jahr erkältet. Zu dieser nasalen Atmungsbehinderung kam die orale, bedingt durch Rücklage des Unterkiefers zusammen mit dem Zungengrund und dadurch bedingt mit sehr engen oropharyngealen Atemwege (siehe präoperatives Fernröntgenbild). Die Kombination von engen oralen Raumverhältnissen und schlechter Nasendurchgängigkeit, dazu die Kiefergelenksbeschwerden mit Schmerzen beim Kauen in beiden Gelenken mit Knacken im linken Kiefergelenk stellten insgesamt eine schwere Einschränkung der Lebensqualität von Frau RI 1 dar ."). Le valutazioni del curante, uno dei massimi esperti della materia che qui interessa, trovano conforto nella, seppur stringata, perizia del 16 novembre 2014 del PD dr. med. dr. med. dent. _____, il quale, oltre a confermare il nesso causale naturale ed adeguato tra l'infortunio del 4 maggio 1996 e gli interventi del 7 aprile 2011 e quello prospettato il 3 aprile 2013, ha rilevato che le operazioni avevano quale scopo la cura di problematiche funzionali quali la respirazione e la masticazione, mentre vanno esclusi motivi estetici (doc. XXI/1: " Die genannten Eingriffe (7. April 2011 und der vom 3. April 2013 vorgesehene) hatten/haben zum Ziel die Heilung von funktionellen Problemen der Atmung und des Kauens. Sie sind nicht aus ästhetischen Motiven begründet "). In sede di completamento del referto, il 2 giugno 2015, il perito ha precisato che gli interventi hanno permesso una migliore protezione dell'articolazione temporomandibolare (ATM), il miglioramento della respirazione e della funzione masticatoria. Quest'ultimo aspetto è prioritario perché l'intervento subito è posto in atto quando la masticazione o meglio la sovrapposizione dei denti non è perfetta (doc. LI). Questo Tribunale rileva del resto che anche il medico fiduciario della Cassa, dr. med. _____, nella valutazione del 29 novembre 2014, aveva affermato che secondo il referto del 28 marzo 2011 del Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c.

_____ era presente una limitazione della mobilità dell'articolazione mandibolare a destra, la quale, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, si trova in nesso causale con l'infortunio, rispettivamente con la frattura della mandibola inferiore a destra. Nella tomografia computerizzata del 15 marzo 2011 figurano inoltre variazioni artritiche di grado lieve e medio dell'articolazione mandibolare a destra, anch'esse, secondo il principio della verosimiglianza preponderante dovute all'infortunio (doc. 30: " Aufgrund des Zeugnisses von Prof. _____ vom 28.03.2011 bestand eine Einschränkung der Kiefergelenksbeweglichkeit rechts. Diese steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Unfall resp. der beim Unfall erlittenen Unterkieferfraktur rechts. In der CT vom 15.03.2011 sind auch leicht- bis mittelgradige arthrotische Veränderungen des rechten Kiefergelenkes nachweisbar, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Unfallfolge darstelle. "). Inoltre, lo stesso dr. med. _____ evidenzia come sia possibile che la funzione masticatoria sia limitata in seguito alla patologia all'articolazione mandibolare destra, pur mettendo in dubbio che l'osteotomia bimaxillare sia la misura adatta per migliorare la funzione della masticazione (doc. 30: " Dass die Kaufunktion durch die erwähnte Pathologie im rechten Kiefergelenk eingeschränkt ist, ist durchaus möglich. Jedoch ist die bimaxilläre Osteotomie nicht dazu geeignet, diesbezüglich die Kaufunktion zu verbessern. "). Sennonché, come visto, l'intervento del 7 aprile 2011 non aveva quale scopo unicamente quello di migliorare la funzione masticatoria, bensì anche l'asimmetria e la respirazione. Ora, lo stesso medico fiduciario ammette di non aver avuto a disposizione la cefalografia del 27 aprile 2010, se non in forma cartacea (doc. XXV/30: " Auf den vorliegenden Fernröntgen auf Papier vom 27.04.2010 (vor Kieferosteotomie) und vom 04.05.2011 (postoperativ nach Kieferosteotomie) sind die Atemwege nicht erkennbar und daher auch nicht zu beurteilen "), e dalla quale, come affermato dal perito, è possibile rilevare l'insieme delle circostanze ed in particolare le vie respiratorie per il tramite della ricalcatura dello spazio faringale (doc. LI). Dalla cefalografia del 27 aprile 2010 (effettuata prima dell'intervento del 7 aprile 2011) e da quella del 2 settembre 2011 (successiva all'operazione) si evincono i luoghi di strozzamento della respirazione prima e dopo l'osteotomia e l'assenza di vie aeree libere prima dell'intervento (cfr. doc. LI). L'osteotomia bimascellare ha inoltre permesso una migliore protezione dell'articolazione temporomandibolare (ATM; cfr. doc. A4/7 e LI). Del resto, mentre il curante, Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c. _____ ha spiegato nel dettaglio i motivi dell'intervento del 7 aprile 2011, il medico fiduciario, dr. med. _____, non è stato in grado di indicarne le ragioni (doc. XL/1: " Warum diese Operation effektiv gemacht wurde, kann ich nicht klar nachvollziehen, zu den von Prof. _____ angegebenen Gründen (Schnarchen, eingeschränkte Kiefergelenksbeweglichkeit) habe ich ja bereits Stellung genommen "; doc. 30: „, Ich sehe keine klare medizinische Indikation zur Behandlung einer Krankheit oder Unfallfolgen. Vielmehr scheint die Indikation in erster Linie ästhetisch motiviert und allenfalls zur Behandlung des Schnarchens "). Questo TCA rileva inoltre che il medico fiduciario insiste in più occasioni circa la nozione di malattia e l'assenza, nel preciso caso di specie, di elementi che possano far ritenere l'intervento necessario per curare una malattia ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 LAMal. Tuttavia in concreto si tratta piuttosto di stabilire se l'operazione eseguita, e meglio i danni alla salute oggetto dell'intervento, erano in nesso causale ed adeguato con l'infortunio subito il 4 maggio 1996 e se il trattamento era appropriato, efficace ed economico ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal. La circostanza della presenza o meno di un mero stato di malattia ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 LAMal, in presenza di un nesso causale ed adeguato tra l'infortunio del 4

maggio 1996 ed i danni curati con l'intervento del 7 aprile 2011, non merita ulteriore approfondimento. In queste condizioni, alla luce di quanto sopra esposto, l'intervento del 7 aprile 2011 e quello prospettato il 3 aprile 2013 sono indicati dal profilo medico. 2.11. L'assicuratore sostiene che essi non sarebbero adeguati ed efficaci e, con le osservazioni dell'8 giugno 2010, neppure economici. Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli art. 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). 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). Per costante giurisprudenza sviluppata 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 concreto, chiamato dal TCA a precisare se i citati interventi sono efficaci ed adeguati, il perito ha risposto affermativamente (doc. XXI/1), mentre l'assicuratore, pur contestando l'efficacia, l'adeguatezza e, il 9 giugno 2015 (doc. LIII), l'economicità dell'osteotomia bimaxillare (e meglio " bimaxilläre 3-dimensionale Rotation Advancement"), non ha proposto alcun metodo alternativo che, nel preciso caso di specie, sarebbe maggiormente adeguato, efficace ed economico. Né un tale intervento emerge dagli atti. Da parte sua il Prof. Dr.

med. Dr. med. dent. Dr. med. h.c. mult. Dr. sc. h.c. _____ ha spiegato nel dettaglio l'efficacia e l'adeguatezza dell'intervento del 7 aprile 2011 (e la conseguente necessità di quello prospettato il 3 aprile 2013) in un caso particolare ed eccezionale come quello della ricorrente, precisando in cosa consiste la " bimaxilläre 3-dimensionale Rotation Advancement " e le ragioni della necessità di questo tipo di operazione (doc. XLI: " Das Ziel am 07.04.2011 durchgeführten Eingriffs wurde weitgehend erreicht. Es konnte die Asymmetrie besser als in den früheren Eingriffen korrigiert werden, durch die Streckung und Verlängerung und die 3-dimensionale Rotation der Kiefer konnten auch die Weichteilasymmetrien deutlich verbessert werden. Gleichzeitig wurden die zweifelsohne sehr engen Atemwege, die zu extremen Schnarchen geführt hatten, erweitert und das Schnarchen verschwand. Wir geben Herrn Dr. _____ selbstverständlich recht, dass für reines Schnarchen eine bimaxilläre Operation zwar nicht die Therapie der Wahl ist, aber das bimaxilläre 3-dimensionale Rotation Advancement ist die Therapie der Wahl bei der schweren Asymmetrie, die diese Patientin sich bei ihrem Reitunfall zuzog. Dass die engen Atemwege normalisiert wurden und das Schnarchen auch eliminiert wurde, zeigt gleichzeitig die hervorragende Wirkungsweise der bimaxillären Rotation Avancements in funktioneller und ästhetischer Hinsicht ."). 2.12. Alla luce di tutto quanto sopra esposto l'assicuratore è condannato a rimborsare i costi dell'intervento del 7 aprile 2011 (osteotomia bimascellare [" bimaxilläre 3-dimensionale Rotation Advancement "]) e dell'intervento prospettato il 3 aprile 2013 (rimozione del materiale di osteosintesi), nei limiti delle tariffe previste dalla LAMal in caso di infortunio. L'incarto va di conseguenza rinviato alla Cassa affinché determini l'ammontare esatto dell'importo da versare sulla base delle tariffe applicabili al caso di specie. Per contro, sia alla luce delle affermazioni del perito (doc. XXI/1: " Es ist zu früh, diese Frage heute zu beantworten. Nach einem so schweren Unfall können Spätfolgen wie Kiefergelenksartrosen auftreten. Heute ist keine weitere unmittelbar notwendige werdende Operation zu erkennen "), che del medico curante (doc. XLI: " Es ist ein Faktum, dass durch den letzten Eingriff nahezu alle funktionellen und ästhetischen Probleme gelöst wurden, d. h. nahezu eine Restitutio ad integrum erfolgte "), non vi è spazio, attualmente per ritenere che vi siano ulteriori interventi, oltre a quello già prospettato il 3 aprile 2013, in nesso di causalità naturale ed adeguata con l'infortunio del 4 maggio 1996 a carico dell'assicuratore. Questo Tribunale, così come l'assicuratore, può del resto esprimersi unicamente sugli interventi che sono perlomeno stati prospettati e non può stabilire in anticipo ed astrattamente la necessità di eventuali cure future. Ulteriori interventi vanno semmai decisi concretamente, di volta in volta, tramite l'invio di una precisa richiesta di presa a carico all'assicuratore, che sarà oggetto di procedura separata. 2.13. Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso va parzialmente accolto, la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'assicuratore per i suoi incumbenti. Alla ricorrente, rappresentata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 LPGa).

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