

## **TI\_GERICHTE 36.2019.16 vom 8. Mai 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-05-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2019.16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.16)

FR: TI\_GERICHTE 36.2019.16 du 8 mai 2020

IT: TI\_GERICHTE 36.2019.16 del 8 maggio 2020

### **Regeste**

Cura dentaria del curante non è medicalmente indicata e la proposta dal perito, benché altrettanto efficace rispetto al trattamento riconosciuto dalla Cassa malati, non adempie al principio di economicità della cura. Ricostruzioni indirette non presentano benefici tali da giustificare costi più elevati

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

sono causati dall'erosione da acido gastrico. Le tipiche forme "a vasca" più pronunciate nell'arcata inferiore ne sono la prova. L'assenza di abrasioni occlusali di forma piana ("Schliffacetten") in concomitanza con le guide occlusali protrusive e laterotrusive dimostrano che i difetti occlusali dei denti non sono causati dalla parafunzione occlusale (bruxismo). I difetti delle superfici occlusali sono irregolari e non corrispondenti tra i denti superiori e inferiori. Questo fatto confuta l'ipotesi che i danni dei denti sarebbero causati dalla parafunzione occlusale. La carie profonda sul dente 14 e le carie iniziali sui denti 22 e 23 sono probabilmente state rese possibili in seguito ai difetti dello smalto e alla demineralizzazione della dentina causati dall'erosione da acido gastrico. Questa ipotesi è giustificata dall'assenza di otturazioni e di carie sulle superfici intatte dei denti. In altre parole, l'attività cariogena è presente da poco tempo e le carie si trovano in concomitanza con profondi difetti causati dall'erosione.". In altre parole, l'eziologia dei difetti dentali è da attribuire all'erosione da acido gastrico. La mera presenza di sintomi all'articolazione temporo-mandibolare non implica che i difetti dentali siano stati causati dal bruxismo attraverso l'abrasione meccanica dei denti. Quesito 9: Le chiedo ancora di volere, da ultimo, chiarire, per gli elementi dentari per i quali non è necessario alcun intervento, cosa si intende per elongazione spontanea rispettivamente "principio di Dahl" Il rialzo della dimensione verticale viene eseguito con ricostruzioni delle superfici occlusali ("portanti") di molti denti (ricostruzione verticale di molti denti). Quando il rialzo del morso viene eseguito non ricostruendo tutti i denti, dopo il rialzo i denti non ricostruiti si ritrovano senza il contatto con i denti antagonisti. In assenza del contatto occlusale ("stop verticale"), i denti in questione cominciano ad elongare spontaneamente fino a quando i contatti con i denti antagonisti si instaurano di nuovo. Questo approccio terapeutico, descritto da Dahl, permette di eseguire un rialzo della dimensione verticale in maniera meno invasiva - senza dover ricostruire tutti i denti. Nel caso di RI 1 questo approccio è indicato per i denti senza difetti.". Il dr. med. dr. dent. \_\_\_\_\_ ha preso posizione su quest'ultimo referto peritale come segue: " (...) Constatations / remarques particulières: Question 5: La proposition de traitement initiale du Dr. \_\_\_\_\_ s'élève à 55097.45 CHF; celle du Dr. PE 1 à 21219.75 CHF. Il faut reconnaître que plus de 50000.00 CHF et / ou plus de 20000.00 CHF chez une jeune patiente (34 ans) ne correspond pas à un traitement économique. D'autant

plus que, dans la perspective d'une hypothétique prise en charge, il faut s'attendre dans l'avenir à ce que l'Assureur soit à nouveau confronté à des frais inhérents à l'entretien et à la rénovation des travaux entrepris. En cas de complications ultérieures, il est souvent plus simple et moins onéreux de reprendre / refaire une restauration en composite (technique directe) qu'une restauration en céramique (technique indirecte). En effet, dans le cas d'une restauration en céramique, il faut dans la plupart des cas déposer la restauration endommagée et en refaire une nouvelle. Ce qui n'est pas le cas pour une restauration en composite que l'on peut réparer sans forcément la démonter intégralement (6). " Annual failure rates in posterior stress-bearing restorations are 0% to 7% for amalgam restorations, 0% to 9% for direct composites , 1.4% to 14.4% for glass ionomers and derivatives, 0% to 11.8% for composite inlays, 0% to 7.5% for ceramic restorations , 0% to 4.4% for CAD/CAM ceramic restorations, and 0% to 5.9% for cast gold inlays and onlays.". Bien que les restaurations en céramique (méthode indirecte) montre une durée de vie supérieure aux restaurations en composite (méthode directe), la durée de vie d'une restauration ne dépend pas que de la qualité du matériau utilisé. Elle dépend également entre autres de l'habileté de l'opérateur et de l'hygiène dentaire du patient (6, 7, 8). Afin d'assurer la pérennité de n'importe quel type de restauration et afin de prévenir les maladies infectieuses dentaires (carie) et parodontales, des mesures d'hygiène personnel et professionnelles sont indispensables. Question 6 : Le plan de traitement du Dr. PE 1 prévoit 13 restaurations en céramiques: 7 dents maxillaires: 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23,

## **E. 6**

dents mandibulaires: 34, 35, 36, 44, 45, 46 Pour les dents maxillaires, le Dr. PE 1 estime que 80 à 100% des surfaces dentaires nécessitent une reconstruction. Pour les dents mandibulaires, le Dr. PE 1 estime que 60 à 80% des surfaces dentaires nécessitent une reconstruction. La couronne d'une dent est constituée de 5 faces (occlusale et / ou rebord incisif, mésiale, distale, vestibulaire, palatine et / ou linguale). Sur le dernier bilan photographique du Dr. PE 1 transmis, il apparaît que: Pour les dents mandibulaires (34, 35, 36, 44, 45, 46), seules les faces occlusales et vestibulaires présentent des "dommages superficiels", c'est-à-dire deux faces sur cinq (40% des surfaces dentaires nécessitant une reconstruction). L'évaluation des dégâts dentaires par le Dr. PE 1 est donc pour les dents mandibulaires surestimée. Or il est reconnu que "la méthode de restauration et le choix du matériau dépendent de l'ampleur de la destruction de la dent. Pour chaque dent, la méthode la moins invasive doit être retenue." (2) C'est la raison pour laquelle je privilège l'utilisation d'un matériau composite, mis en œuvre d'une façon directe, pour restaurer les dents mandibulaires (34, 35, 36, 44, 45, 46). Bien que le bloc incisivo-canin maxillaire de Mme RI 1 présente des atteintes modérées à sévères, je maintiens qu'il est possible, en comparaison à des cas présentés dans les références 2 et 3, de réhabiliter ces dents à l'aide d'une technique directe en utilisant des résine composite. Question 7 : Selon le Dr. PE 1, "un défaut dentaire peut être reconstruit avec une technique directe en utilisant un matériau en résine composite ou avec une technique indirecte en utilisant un matériau céramique". "En médecine dentaire, il est communément admis que les défauts peu étendus sont réparés avec une méthode directe, tandis que les défauts étendus avec une méthode indirecte". En d'autres termes, le traitement dépend de la sévérité de la lésion. Comme mentionné à la question 6, à la lecture du bilan photographique, j'estime que les dégâts constatés sur les dents mandibulaires de Mme RI 1 ne sont pas aussi sévères que ce que prétend le Dr. PE 1. Les dents 34, 35, 36, 44, 45, 46 présentent une atteinte superficielle de deux faces (occlusale et vestibulaire) sur cinq, donc moins de 50% des surfaces dentaire. "Lorsque la

perte des tissus est sévère et que la morphologie occlusale a disparue, (...), des reconstructions périphériques avec des couronnes en céramiques sont nécessaires." (2) Or, sur les dents mandibulaires de Mme RI 1, la morphologie des faces occlusales, bien que partiellement altérée, est encore visible et ne nécessitent donc pas des restaurations réalisées à l'aide d'une méthode indirecte à l'aide de matériau céramique. Il est vrai que "la stabilité mécanique et la résistance à l'abrasion de la résine sont inférieures à celles de la céramique" (propos du Dr. PE 1). Mais il est aussi reconnu que le matériau céramique par rapport au matériau en résine composite a des effets secondaires plus néfastes de par ses propriétés sur les dents antagonistes... De par sa dureté entre autre, il faut s'attendre à ce qu'un matériau céramique provoque des "usures" plus importantes et plus rapidement qu'un matériau en résine composite. Chez une patiente qui n'est pas totalement guérie de son affection médicale (boulimie, anorexie) et dont le risque d'usure dentaire n'est pas éliminé dans l'avenir, il convient de minimiser les facteurs contribuant à aggraver cette usure. Question 8 : À propos du bruxisme, les remarques du Dr. PE 1 sont pertinentes mais je ne suis pas aussi catégorique que lui quant à l'étiologie des érosions dentaires pour les raisons évoquées dans mon avis à l'Assureur du 18.12.2018. Les cas d'érosion dentaire ont une origine multifactorielle (4) . La bruxomanie est une des causes d'érosions dentaire. Les traitements de lésions dentaires consécutifs à la bruxomanie ne sont à ma connaissance pas pris en charge par l'Assurance maladie. En cas de vomissements lors de boulimie, "l'acide dissout la structures dentaires de façon amorphe du bord de la gencive sur la face linguale des dents antérieures maxillaires. Les dents postérieures maxillaires sont plus touchées que les dents postérieures mandibulaires, notamment sur les faces palatines. Or aucun traitement n'est prévu sur les dents postérieures maxillaires de Mme RI 1. Les dents antérieures mandibulaires ne sont jamais touchées car elles sont protégées par la langue" (5). Or des lésions dentaires sont constatées sur les dents antérieures mandibulaires de Mme RI 1 et des traitements dentaires y sont prévus. Selon le bilan photographique à disposition, je constate que le profil des érosions dentaires constatés chez la patiente ne correspond pas à un profil typique de patient souffrant exclusivement de boulimie; en effet les faces palatines et les faces linguales des dents antérieures maxillaires, les faces palatines des dents postérieurs maxillaires sont épargnées. "La bruxomanie, c'est-à-dire l'habitude de faire grincer des dents les unes contre les autres (contact dent à dent lorsque l'on ne mange pas), est la cause principale d'usure par abrasion. La quantité et la position des tendances d'usure révèlent que la perte de structure dentaire devient progressivement plus importante vers les dents antérieures en raison des changements d'effet de levier créé par les interférences postérieures excentriques. (...) La scarification ou cratérisation sont assez couramment rencontrés dans les cas où les effets de la bruxomanie sont évidents. Les patients qui grincent beaucoup des dents ont tendance à se brosser les dents avec la même vigueur qu'ils les font grincer." (5) Selon le bilan photographique à disposition, je constate que le profil des lésions dentaires constatés chez la patiente correspond à un profil typique de patient souffrant de bruxisme; en effet l'atteinte des dents antérieures est plus importantes que les dents postérieures qui sont pratiquement intactes; il y a clairement des signes de "scarifications" sur les faces vestibulaires des dents 11, 14, 21, 22, 23, 34, 35, 44, 45. J'ajouterai que, selon la lettre du 26.01.2018 du Dr. \_\_\_\_\_, la patiente souffre de douleurs articulaires (ATM) masticatoires, symptôme généralement associé aux usures dentaires chez les patients bruxomanes. Pour ma part et comme mentionné dans mes prises de positions, selon le bilan photographique à disposition, je constate que le profil des érosions dentaires constatés chez la patiente ne correspond pas à un profil typique de patient

souffrant exclusivement de boulimie. Cet avis est partagé par le Dr. \_\_\_\_\_ qui, selon lui, "l'érosion dentaire est multifactorielle (pas seulement due au bruxisme) mais que, surtout sur l'arcade inférieure, la dégradation, aussi sur les molaires, avec présence de lésions circulaires en forme de points créés précisément par l'acide soulignent les multiples facteurs (sous-entendu le vomir) et pas seulement le bruxisme" (cf Réponses aux questions de Me \_\_\_\_\_ (Service juridique - \_\_\_\_\_) du 26.02.2019) Par conséquent, et en accord avec le Dr. \_\_\_\_\_, je pondère l'avis du Dr. PE 1 qui établit une relation exclusive entre les dommages dentaires constatés chez la patiente et la bulimia nervosa. L'affection psychiatrique de la patiente n'a pas entraîné à elle-seule les dégâts dentaires constatés. Il est justifié de penser que le bruxisme a dans une certaine mesure contribué à détériorer la dentition de la patiente pour les raisons évoquées et étayées dans mon avis à l'Assureur du 18.12.2018. Question 9 : À propos au principe de Dahl ainsi que de ne pas traiter les dents 15, 16, 17, 25, 26, 27, 37, 38, 48: je partage l'avis le Dr. PE 1.". Questo parere, unitamente ai contributi scientifici sulla tematica prodotti dal dr. med. dr. dent. \_\_\_\_\_ e alle considerazioni delle parti, sono stati trasmessi al perito per una presa di posizione (doc. XLI), che il PD dr. med. dent. PE 1 ha reso il 6 febbraio 2020 nei seguenti termini: " 1. Ad quesito 5: Tenuto conto dell'età - giovane - dell'assicurata, il trattamento proposto del Dott. PE 1, anche se un po' più resistente che il composito proposto dal Sig. \_\_\_\_\_, non è economico, in quanto dovrà essere ripreso nel futuro e per un costo più elevato che per un trattamento in composito (anche lui ripreso). Questo enunciato implica che le varie terapie proposte per le cure della signora RI 1 debbano venire ripetute nella stessa maniera dopo un certo numero di anni. Questo enunciato non può essere confermato dato che le future cure dipenderanno dal futuro stato della dentizione della paziente. Nel caso di progressivi danni alla dentizione, le cure necessarie diventeranno man mano più invasive e complesse. L'obiettivo principale in questo caso è identificare ed eseguire la cura ricostruttiva con la migliore prognosi e più lunga durata nel tempo. In questa maniera sarà possibile ridurre al minimo il numero di rifacimenti ricostruttivi nel corso della vita e la perdita della sostanza dei denti associata ad ogni rifacimento delle ricostruzioni. La scelta del metodo ricostruttivo adeguato di un dente viene fatta in base alla dimensione e la posizione della superficie del dente da ricostruire e in base alla strategia di cura generale. In medicina dentaria è comunemente accettato che i difetti circoscritti vengano ricostruiti con il metodo diretto (applicazione intraorale del composito), mentre per i difetti estesi (oltre il 50% delle superfici di un dente) viene generalmente consigliato il metodo indiretto con ricostruzioni ceramiche. Inoltre per la ricostruzione di complete superfici occlusali ("portanti") con tutti i cuspidi l'indicazione comunemente accettata è la tecnica indiretta con ricostruzioni ceramiche. È opinione del perito che per la ricostruzione dei denti con (1) difetti estesi necessitanti ricostruzioni di una gran parte delle superfici e in particolare delle (2) superfici occlusali ("portanti") in un caso di rialzo della dimensione verticale la tecnica con ricostruzioni in ceramica permetta di ottenere un risultato con migliore prognosi rispetto alla tecnica diretta con composito: Questo concetto di cura viene giustificato in seguente maniera: · Evidenza scientifica a lungo termine ottenuta da osservazioni di un sufficiente numero di pazienti o L'evidenza scientifica per le ricostruzioni di estesi difetti di denti con ceramica basa su un alto numero di studi con lunghi tempi di osservazione o L'evidenza clinica per le ricostruzioni di estesi difetti di denti con composito non è sufficiente (vedi risposta punto 2) · Predicibilità nell'ottenere un risultato clinico ideale o Dovuto ad un handling (maneggevolezza) intraorale più complicato, la tecnica diretta utilizzata per le ricostruzioni di difetti estesi è indubbiamente meno predicibile rispetto alla

tecnica indiretta nell'ottenere una corretta forma anatomica del dente, una buona qualità dei margini e dei contatti funzionali con denti antagonisti e denti adiacenti. Tutti questi elementi determinano la durata di una ricostruzione e il momento nel tempo fino alla necessità del suo prossimo rifacimento.

- Caratteristiche meccaniche e resistenza all'abrasione del materiale ricostruttivo o La stabilità meccanica e la resistenza all'abrasione della resina sono inferiori rispetto alla ceramica.
- o In un caso del rialzo del morso, questo fatto implica una più veloce abrasione del materiale con la perdita progressiva della dimensione verticale inizialmente ristabilita.
- Qualità della superficie del materiale ricostruttivo o La superficie di una restaurazione in resina è più porosa rispetto alla ceramica.
- o Questa caratteristica causa un (1) maggiore accumulo di placca batterica sulla resina con conseguenti rischi di patologie (carie e infezioni gengivali) e (2) superiori colorazioni con conseguente necessità di interventi di politura professionale per ricostruzioni dirette in resina rispetto a quelle in ceramica.

2. Ad quesito 6: Al riguardo delle fotografie periziali, il sig. \_\_\_\_\_ constata che i denti mandibolari lesi sono al 40% delle superfici dentarie, non al 60-80% come valutato dal perito. In relazione ai denti massillari, anche se le lesioni tra moderati e severi, mantiene che visto i casi dentari presentati nella letteratura specializzata (2, 3), la riabilitazione con composito è giustificata. I denti mandibolari in questione presentano una pronunciata perdita della dimensione verticale. In altre parole le dimensioni attuali delle pareti assiali ("verticali") (buccali, mesiali, distali e linguali) sono incomplete. Dopo la ricostruzione di questi denti con il ripristino della loro dimensione verticale ca. il 60-80% delle superfici totali dei denti saranno coperti dai materiali ricostruttivi. Questo viene spiegato anche dal fatto che il materiale ricostruttivo (composito o ceramica) viene applicato per aderire oltre il margine sano del dente. È opinione del perito che per la ricostruzione dei 7 denti nella fronte superiore e dei 6 denti inferiori posteriori con (1) difetti estesi necessitanti ricostruzioni di una gran parte delle superfici e in particolare delle (2) superfici occlusali ("portanti") in un caso di rialzo della dimensione verticale la tecnica con ricostruzioni in ceramica permetta di ottenere un risultato con migliore prognosi rispetto alla tecnica diretta con composito. La pubblicazione allegata Abrahamsen & Mansfield (doc. 46) descrive cause dell'abrasione di denti senza. Questa pubblicazione non affronta il tema della terapia. La pubblicazione allegata Lussi & Jaeggi (doc. 45) descrive la tecnica clinica di ricostruzione con composito di 2 casi senza fornire dati sulla loro performance clinica nel tempo. In uno dei due casi, in analogia alla situazione della signora RI 1, nel settore superiore frontale con denti fortemente danneggiati sono state applicate 6 corone in ceramica. Le due pubblicazioni precedentemente allegate dal sig. \_\_\_\_\_ (Perrin et al. 2013 Attin & Tauböck 2017) descrivono delle tecniche cliniche con il metodo diretto per il rialzo del morso senza fornire dati sulla loro performance clinica. In una di queste pubblicazioni, Attin & Tauböck 2017, a pagina 143 viene specificato che " Il existe peu de données sur la longévité des restaurations en composite recouvrant les cuspidés dentaires. ". Una raccomandazione clinica deve basare su evidenza scientifica a lungo termine ottenuta da un sufficiente numero di pazienti (ordine di grandezza centinaia). In altre parole le pubblicazioni allegate da sig. \_\_\_\_\_ non sono adeguate per giustificare un concetto di cura. Come esempio, il perito allega la pubblicazione da un studio clinico di qualità (Gresnigt et al. 2019) con (1) un elevato numero di osservazioni, (2) un tempo di osservazione di 10 anni e (3) il diretto paragone tra due concetti terapeutici - composito vs ceramica per la ricostruzione di difetti estesi. In questo studio le ricostruzioni in composito di difetti estesi presentano dopo

anni un tasso di insuccesso significativamente superiore rispetto alle ricostruzioni in ceramica. Nella lettera del sig. \_\_\_\_\_ del 31.10.2019 vengono presentati tassi di insuccesso annuali di varie ricostruzioni (0-9% per composito, ...0-7.5% per ceramica) provenienti da studi non comparativi. In altre parole vengono erroneamente paragonati risultati per ricostruzioni in composito di difetti generalmente ridotti con ricostruzioni in ceramica di difetti generalmente più estesi. 3. Ad quesito 7: Secondo la letteratura medica citata, il restauro in ceramica si giustifica quando la perdita dei tessuti è severa e che la morfologia oclusale è scomparsa (2). Il sig. \_\_\_\_\_ precisa riguardo ai denti mandibolari della sig.ra RI 1 che la morfologia delle superfici oclusali, benché siano parzialmente alterate, è ancora visibile e che dunque non necessitano un restauro indiretto in ceramica. Vedi risposta al quesito 1. Ad quesito 7: il sig. \_\_\_\_\_ spiega che se la ceramica è più resistente all'usura, non presta solo vantaggi nel caso della sig.ra RI 1. Anzi, visto la resistenza più forte (più dura) della ceramica, usa di più i denti antagonisti che la resina composito. Per una paziente non ancora guarita della bulimia e di cui il rischio di usura dentaria non è eliminato, conviene minimizzare i fattori che contribuiscono ad aggravare l'usura. Di conseguenza, è più adeguato il restauro in composito. Le superfici oclusali (superfici "masticatorie") della signora RI 1 verranno ricostruite. Acido gastrico non avrà più alcun influsso sulle superfici ricostruite. 4. Ad quesito 8: Il sig. \_\_\_\_\_ mantiene che, visto il profilo delle erosioni, la sig.ra RI 1 soffre anche di bruxismo e non solo di erosione legata al vomito. Constata che le lesioni dei denti anteriori sono più importanti che i denti posteriori quasi intatti; ci sono chiari segni di "scarificazioni" sulle superfici vestibolari dei denti 11, 14, 21, 22, 23, 34, 35, 44, 45. Come il dott. \_\_\_\_\_ constata che "l'erosione è multifattoriale" Tutti i denti lesi della signora RI 1 presentano difetti con tipiche forme "a vasca". Questo tipo di difetto viene causato dall'erosione con un liquido acido. Questo tipo di difetto non può essere causato dall'abrasione meccanica. 5. Ad: Pertanto, richiediamo di ordinare una nuova perizia dentistica a cura di un professore o un incaricato d'insegnamento universitario specializzato (p.es. il dott. \_\_\_\_\_, incaricato d'insegnamento alla clinica universitaria di medicina dentaria di \_\_\_\_\_) Il perito è docente di medicina dentaria ricostruttiva per studenti predottorali di medicina dentaria e studenti postgrado nel corso di specializzazione in medicina dentaria ricostruttiva all'Università di \_\_\_\_\_". In risposta al parere reso dal perito nominato dal TCA, il dottor \_\_\_\_\_ ha fornito la sua opinione il 24 febbraio 2020 (doc. 46): " (...)  
Constatations / remarques particulières: Dans cette procédure concernant le traitement de Mme RI 1, deux concepts thérapeutiques sont discutés: - Soit un traitement par technique indirecte proposé initialement par le Dr. \_\_\_\_\_ (coût estimé à plus de 50000.00 CHF ) puis par le Dr. PE 1 (coût estimé à 21219.75 chf ); un matériau en céramique est mis en œuvre dans ce cas sur certaines dents antérieures et postérieures; cette technique implique des étapes de laboratoire dentaire (confection de pièces prothétiques par un technicien dentiste) - Soit un traitement par technique directe proposé par \_\_\_\_\_ (coût estimé à 6207.75 CHF ); un matériau en résine composite est mis en œuvre dans ce cas sur certaines dents antérieures et postérieures; cette technique ne nécessite pas d'étapes de laboratoire. Le Dr. PE 1 et \_\_\_\_\_ soutiennent chacun leur position en s'appuyant sur des articles scientifiques. Dans sa lettre du 06.02.2020, le Dr. PE 1 prétend que "les publications jointes par \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisantes pour justifier un concept de soins". Le Dr. PE 1 n'est sans doute pas au courant que je me suis fondé, entres 8 publications sur un article du Dr. Didier Dietschi qui traite d'un concept de soins prodigués pour des patients ayant le même profil que Mme RI 1... - Didier Dietschi:

Traitement interceptif de l'usure dentaire par méthode directe ; Réalités cliniques, 2018, vol. 29, n° 4, p. 296-303. C'est aussi pour cette raison qu'une contre-expertise a été demandée par l'Assureur. Dans sa lettre du 06.02.2020, le Dr. PE 1 prétend qu'une "recommandation clinique doit être basée sur des preuves scientifiques à long terme obtenues auprès d'un nombre suffisant de patients (de l'ordre de grandeur d'une centaine). Cette affirmation est justifiée, mais pourquoi donc cité l'étude de Gresnigt et al. De 2019 qui ne traite que de 48 restaurations en composite et céramique réalisées selon une technique indirecte pour soutenir son plan de traitement? Le Dr. PE 1 s'évertue à critiquer la prise de position d'\_\_\_\_\_, fondée sur 8 articles scientifiques; mais que penser de l'étude de Gresnigt et al. de 2019 fournie par le praticien tessinois? - Elle ne traite aucunement de la question entre traitement par méthode directe versus traitement par méthode indirecte... - Elle ne concerne qu'un seul type de restaurations (facettes, en anglais veneers), réalisées sur des dents maxillaires antérieures... Alors que les restaurations prévues par le Dr. PE 1 pour Mme RI 1 concernent aussi des dents postérieures (14, 34, 35, 36, 44, 45, 46) et ne sont pas seulement des facettes mais des overlays... - Elle résume que, dans le cadre de traitement par méthode indirecte de dents antérieures maxillaires, les restaurations en résine sont moins pérennes que les restaurations en céramique... - Elle ne met aucunement en balance le concept de traitement par méthode directe versus méthode indirecte chez des patients souffrant d'usure dentaire généralisée... Il est étonnant qu'un tel clinicien aussi titré (diplôme fédéral de médecine dentaire, spécialiste en médecine dentaire reconstructive, certificat postgrade en implantologie orale SSO) s'appuie sur un tel article - sans rapport avec la maladie "bulimia nervosa" ni avec la prise en charge de Mme RI 1 - pour soutenir son plan de traitement. Le Dr. PE 1 prétend dans sa lettre du 06.02.2020 que la patiente "présente une perte prononcée de la dimension verticale" sans pour autant la quantifier... De même le Dr. \_\_\_\_\_ évoque des "dommages importants aux dents" sans pour autant les quantifier. Selon l'article intitulé Erosions; Adrian Lussi et col; Rev Mens Suisse Odontostomatol, vol 115: 10/2005 (3), il est admis que " aussi longtemps qu'au niveau interocclusal moins de deux mm ont été perdus, les dents peuvent être en règle générale être reconstruite directement au moyen de matériau composite . Les patients tolèrent sans difficulté une surélévation de l'occlusion d'aussi faible importance." . Selon l'article intitulé Erosions; Adrian Lussi et col; Rev Mens Suisse Odontostomatol, vol 115: 10/2005 (3), le traitement à effectuer doit dépendre du degré d'usure dentaire dont souffre la patiente. Dans le cas d'une dentition légèrement à modérément usée, il convient d'effectuer des mesures peu invasive ( Technique directe ) (2, 3). Dans le cas d'une dentition sévèrement usée, il convient d'effectuer des mesures invasives (Technique indirecte) (3, 4). Selon le bilan photographique à disposition, il apparaît que la patiente présente une usure dentaire modérée, en tout cas dans les secteurs postérieurs. À mon avis, Mme RI 1 ne présente pas une maladie "grave" sur le plan dentaire qui justifie une approche thérapeutique par technique indirecte . Dans le cas de Mme RI 1, il convient, selon la littérature, de procéder à des traitements peu invasifs ( Technique directe ). Cette attitude thérapeutique ne découle pas de l'avis "catégorique" d'un médecin-dentiste conseil mais bien d'arguments scientifiques solides et reconnus (3, 4). Par rapport au bruxisme: En accord avec le Dr. \_\_\_\_\_, je pondère l'avis du Dr. PE 1 qui établit une relation exclusive entre les dommages dentaires constatés chez la patiente et la bulimia nervosa. L'affection psychiatrique de la patiente n'a pas entraîné à elle-seule les dégâts dentaires constatés. Il est justifié de penser que le bruxisme a dans une certaine mesure contribué à détériorer la dentition de la patiente pour les raisons évoquées et étayées dans mon avis à l'Assureur du

18.12.2028. Selon les références 3 et 4, les cas d'érosions dentaires ont une origine multifactorielle. La bruxomanie est une des causes d'érosions dentaires. Les traitements de lésions dentaires consécutifs à la bruxomanie ne sont à ma connaissance pas pris en charge par l'Assurance maladie. Conclusion : Plutôt que de s'évertuer à forcer une décision en se fondant sur des considérations techniques (faut-il utiliser un matériau en résine plutôt qu'un matériau en céramique?), ne serait-il pas plus judicieux de s'efforcer à proposer à Mme RI 1 un traitement efficace, adéquat et économique? Dans cette perspective, je maintiens mon avis du 31.10.2019 et considère que l'approche thérapeutique par méthode directe correspond sans doute au traitement le plus adapté, le plus efficace et le plus économique chez la patiente concernée. Avis partagé, en théorie, par le Dr. Didier Dietschi... (cf Didier Dietschi; Traitement interceptif de l'usure dentaire par méthode directe ; Réalités cliniques, 2018, vol. 29, n° 4, p. 296-303). À mon avis, Mme RI 1 ne présente pas une maladie "grave" sur le plan dentaire qui justifie une approche thérapeutique par technique indirecte.

2.8. Secondo costante giurisprudenza federale, 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 dal paziente, che sia stato approntato 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 denominazione, ad esempio 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; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì 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, 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). 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).

2.9. Le opinioni degli odontoiatri intervenuti a valutare la situazione orale della ricorrente sono discordanti sia sulla causa delle lesioni dentarie dell'assicurata sia sul trattamento da adottare per risanarle in modo efficace, adeguato ed economico. Il dr. med. dent. \_\_\_\_\_ ha affermato che l'origine dei danni alla dentatura dell'assicurata era multifattoriale e non dovuta al bruxismo, essendoci lesioni circolari puntiformi scavate dall'acido gastrico dovuto alla bulimia nervosa (doc. A4) per la quale la ricorrente è stata in cura da anni dallo psichiatra dr. med. \_\_\_\_\_ con risultati soddisfacenti, ma parziali (doc. B). Il curante ha proposto di confezionare inizialmente 6 corone provvisorie in resina sui denti da 13 a 23 e 6 di uguale tipo da 33 a 43 per il settore anteriore, mentre per i denti posteriori 8 corone provvisorie in resina da 14 a 17 e da 24 a 27 e 8 sui denti da 34 a 37 e da 44 a 47. Nella fase definitiva, avrebbe sostituito le corone provvisorie con corone definitive in diossido di alluminio per i denti anteriori e in zirconio per quelli posteriori, per un costo preventivato in complessivi Fr. 55'097,45. Per il perito giudiziario, invece, i difetti dello smalto e della dentina erano causati dall'erosione da acido gastrico, prova ne sono le tipiche forme a vasca più pronunciate nell'arcata inferiore. Il bruxismo, ossia la parafunzione oclusale, non ha avuto alcun ruolo sulle lesioni della dentatura dell'assicurata. Il PD dr. med. dent. PE 1 ha preferito la ricostruzione di 13 denti con difetti estesi con il metodo indiretto in ceramica e di 8 denti con difetti circoscritti con restaurazioni dirette in composito. Per la ricostruzione dei 7 denti frontali superiori (14, 13, 12, 11, 21, 22, 23) l'esperto ha scelto di procedere con faccette circolari con la copertura totale della superficie del dente, ciò che garantiva una protezione dei denti anche nel caso di una recidiva di bulimia con vomito. Per la ricostruzione dei 6 denti inferiori posteriori (34, 35, 36, 44, 45, 46) lo specialista nominato dal Tribunale ha proposto la copertura delle superfici oclusali e buccali con 6 intarsi mini invasivi in ceramica a 2 superfici. Questa soluzione di cura ha un costo di Fr. 21'329,75, di cui Fr. 9'288,90 di laboratorio (doc. XXXIX/1-2). Il dr. med. dr. dent. \_\_\_\_\_, medico fiduciario di CO 1, ha sostenuto che la causa dell'erosione dei denti dell'assicurata era multifattoriale, non era quindi dovuta esclusivamente alla bulimia, ma corrispondeva anche al profilo tipico di un paziente che soffre di bruxismo. Egli ha optato per ricostruire tutti i denti danneggiati mediante la tecnica diretta in composito, per un costo finale di Fr.

6'207,75, di cui Fr. 942,40 di laboratorio (doc. 43). In concreto occorre dunque determinare in primo luogo se i danni alla dentatura della ricorrente rientrano fra l'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari. In caso di risposta affermativa, conformemente ai principi legali stabiliti dall'art. 32 LAMal, il TCA deve poi stabilire se la cura prevista dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ (confezione di 28 corone provvisorie e definitive) sia efficace, appropriata ed economica per l'assicurata oppure se, fra quelli proposti dai medici dentisti intervenuti, vi sia un altro trattamento che rispetta i predetti criteri e che la Cassa malati resistente debba rimborsare.

2.10. Nella DTF 124 V 351 l'Alta Corte ha rilevato al considerando 2a che " Unbestritten ist, dass Anorexia nervosa und Bulimie zu den schweren psychischen Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion gehören. Sie sind auch in dem von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO herausgegebenen Bild-Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem enthalten (S. 160 f.). ", inserendo quindi l'anoressia nervosa e la bulimia nelle psicopatie gravi che causano una grave lesione della funzione masticatoria . In seguito, nell'escludere il reflusso gastrico dal catalogo di cui all'art. 18 OPre (STF 9C\_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 3), nella STF 9C\_253/2011 del 3 giugno 2011 il Tribunale federale ha confermato che la bulimia è una psicopatia grave che rientra nell'elenco dell'art. 18 cpv. 1 lett. c cifra 7 OPre: " (...) 2.4 Die bundesrechtliche Beschränkung der Leistungspflicht für Zahnschmelzschädigungen auf "schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiv schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion" findet darin ihre Rechtfertigung, dass die Kosten zahnärztlicher Behandlungen grundsätzlich nicht zulasten der Krankenpflege-versicherung gehen sollen. Es ist in diesem Zusammenhang nicht unerheblich, dass die Refluxkrankheit stark verbreitet ist, hat sie doch laut PSCHYREMBEL (Klinisches Wörterbuch 2011, S. 1766) in westlichen Industrienationen eine Prävalenz von rund 10-20 %. Unter den Katalog von Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 KLV fallen Essstörungen wie Anorexie und Bulimie (Urteil K 175/04 vom 15. Juni 2005), die ungleich seltener auftreten als die Refluxkrankheit. Unter Anorexia nervosa leiden 0,3-1 % der weiblichen und 0,03-0,01 % der männlichen Patienten (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 103). Die Bulimia nervosa ist bei den weiblichen Patienten etwas mehr verbreitet (1-3 %), bei den männlichen hingegen seltener als die Magersucht (0,01 %) (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 322). Verglichen mit diesen Störungen ist die Refluxkrankheit mit ihrer Prävalenz von rund 10-20 % um ein Vielfaches bedeutender. Alleine angesichts dieser Proportionen ist es am Gesetzgeber (und nicht an der Recht-sprechung), den gesetzlichen Leistungskatalog in einem im Prinzip von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgenommenen Bereich zu ergänzen." ( sottolineature della redattrice )

Nell'evenienza concreta, il perito ha chiaramente spiegato che la causa dell'erosione dei denti della ricorrente risiede nell'acido gastrico, stante le tipiche forme a vasca che si sono formate soprattutto nell'arcata inferiore. Questo acido deriva dalla patologia bulimica di cui l'assicurata è affetta sin dal 2008 e di cui lo era almeno fino al gennaio 2019 (doc. A5) stante quanto riferito dallo psichiatra curante, dr. med. \_\_\_\_\_, visto che le cure hanno dato risultati soddisfacenti, ma parziali. La presenza del bruxismo, esclusa dal PD dr. med. dent. PE 1, ma ammessa dal dr. med. dr. dent. \_\_\_\_\_ quale ulteriore fattore dell'erosione dei denti dell'assicurata che, come il medico dentista curante, ha ritenuto essere multifattoriale, può essere eventualmente considerata quale una situazione aggravante che favorisce l'erosione delle superfici oclusali dei denti già indebolite dalla demineralizzazione dovuta agli acidi gastrici provocati dalla bulimia. Di conseguenza, in

virtù dell'art. 18 cpv. 1 lett. c cifra 7 OPre, la Cassa malati deve farsi carico delle cure dentarie di cui necessita la ricorrente a dipendenza della bulimia nervosa con vomito spontaneo e indotto che ha eroso la sua dentatura. Quanto alla terapia dentaria da adottare, nella citata DTF 124 V 351 l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha affermato al considerando 2f che in caso di anoressia/bulimia nervosa l'unica cosa che conta è che i provvedimenti dentali necessari siano una chiara conseguenza della grave malattia generale. Alla luce di queste considerazioni, l'audizione chiesta dalla ricorrente dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ per attestare l'origine dell'usura della sua dentatura (doc. I punto 8 pag. 11) diventa quindi superflua e non le va dato perciò seguito. 2.11. Per decidere sulla questione della rimborsabilità, ed in quale misura, di uno o dell'altro intervento proposto dagli specialisti, è opportuno ricordare innanzitutto il principio legale in materia, ossia che sono rimborsate (solo) le spese per trattamenti dentari efficaci, economici ed adeguati (art. 32 cpv. 1 LAMal). Per quanto concerne specificatamente questo campo, come ricordato nella recente STCA 33.2019.17 del 6 febbraio 2020 la STF 9C\_576/2013 del 15 aprile 2014, emanata nel medesimo ambito delle prestazioni complementari all'AVS/AI, prevede la possibilità di rifarsi alle Raccomandazioni dell'Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera per interpretare le nozioni di una cura dentaria semplice, economica ed adeguata. Queste Raccomandazioni ( *Behandlungsempfehlungen*, cfr. il sito <https://kantonzahnaerzte.ch/behandlungsempfehlungen/> ) prevedono, in lingua tedesca e francese, una serie di linee guida e consigli ai dentisti esercitanti in Svizzera su come procedere in ambito di pianificazione e di trattamenti dentari con pazienti richiedenti l'asilo, rifugiati, beneficiari di assistenza sociale, di prestazioni complementari e di aiuto urgente. Nelle Raccomandazioni dell'AMDCS per le pianificazioni ed i trattamenti, raccomandazioni per gli standard per i trattamenti dentari nel campo delle prestazioni complementari, dell'aiuto sociale e dell'asilo, nel capitolo introduttivo redatto nel gennaio 2018 ( [https://kantonzahnaerzte.ch/wp-content/uploads/2018/03/VKZS\\_Einleitung.pdf](https://kantonzahnaerzte.ch/wp-content/uploads/2018/03/VKZS_Einleitung.pdf) ), a pagina 7 in tedesco e 9 nel testo in francese, vengono spiegati i criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità, non senza prima rilevare che gli esami ed i trattamenti devono rispondere ad un bisogno e spesso essi non coprono i bisogni soggettivi del trattamento. Il dentista e il paziente sono quindi, per ciò che concerne la pianificazione e l'esecuzione del trattamento, legati ai criteri di pianificazione specifici fissati dalla Conferenza Svizzera delle istituzioni di Azione Sociale (COSAS). Per analogia con l'art. 32 LAMal, questi criteri sono l'efficacia, l'adeguatezza, l'economicità o ancora i criteri di "economico e adeguato" dell'art. 14 LPC. Secondo queste direttive, una prestazione medica è efficace quando essa contribuisce oggettivamente all'ottenimento del risultato desiderato sul piano diagnostico, terapeutico e delle cure paramedicali. L'efficacia designa il nesso di causalità tra il provvedimento medico e il successo medico del trattamento. L'adeguatezza ha per condizione l'efficacia e si valuta di principio secondo criteri medici; un'applicazione è adeguata quando presenta i migliori vantaggi diagnostici e terapeutici. L'economicità nell'ambito della LAMal presuppone sia l'efficacia sia l'adeguatezza di un trattamento. È il criterio determinante per scegliere tra i differenti trattamenti appropriati: fra vantaggi medici comparabili, la variante meno cara corrisponde al criterio d'economicità. Adeguatezza ed economicità presuppongono inoltre la necessità di un provvedimento medico. Inoltre, le Raccomandazioni G dell'AMDCS relative alle corone, ai ponti e alle protesi su impianti, disponibili solo in lingua tedesca, prevedono che le protesi fisse di denti e le corone su impianti sono molto confortevoli, costano molto e non rispondono ai criteri di semplicità, di economia e di adeguatezza. I metodi di trattamento con le protesi fisse

possono in principio essere autorizzati unicamente in casi eccezionali, solo in presenza di un'igiene buccale e di una collaborazione molto buona del paziente e unicamente se c'è una prospettiva sul lungo termine superiore normalmente a 10 anni. In effetti, il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha stabilito che se più trattamenti entrano in considerazione conviene, nell'ambito delle prestazioni complementari, come in quello della malattia, comparare i rispettivi costi e i benefici dei trattamenti previsti. Se uno fra questi permette di raggiungere lo scopo ricercato - il ristabilimento della funzione masticatoria - ed è sensibilmente meno caro degli altri, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi del trattamento più caro (DTF 124 V 196 consid. 3; STFA P 22/02 del 5 agosto 2002 consid. 2).

A proposito del ripristino della funzione masticatoria dopo terapia di una parodontite giovanile progressiva, nella DTF 128 V 54 l'Alta Corte ha stabilito al considerando 2 che l'inserzione di impianti dentari, quand'anche presentante certi vantaggi nei confronti della consegna di protesi amovibili, notevolmente meno costose, non costituisce una terapia economica. Nel caso in cui più trattamenti siano possibili, occorre procedere a una ponderazione tra i costi e i benefici del trattamento. Se uno dei trattamenti previsti permette di raggiungere lo scopo (in concreto il ristabilimento della funzione masticatoria tramite la riparazione della vecchia protesi) in maniera più economica, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi del trattamento più oneroso (DTF 124 V 196 consid. 3, cfr. anche DTF 127 V 336). Nella recente STF 9C\_637/2018 del 28 marzo 2019, il Tribunale federale ha respinto il ricorso di un'assicurata, nata nel 1980, che nel 2014 ha chiesto alla sua Cassa malati di assumersi i costi di oltre Fr. 19'000.- per la ricostruzione della parte anteriore del mascellare superiore, in parte con impianti, danneggiata in un incidente. L'assicuratore malattia era disposto a riconoscere solo i costi in ragione di Fr. 5'210.-, corrispondenti a una protesi scheletrata e il Tribunale cantonale, che si è fondato sui pareri del medico dentista fiduciario siccome comprensibili e conclusivi (cfr. consid. 3.1), ha confermato tale soluzione (cfr. consid. 2.1). Analizzate le soluzioni terapeutiche esposte, i loro vantaggi e svantaggi (il medico dentista interpellato dalla Cassa malati ha riferito che corrispondeva ai fatti che tanto un ponte su impianti quanto una protesi scheletrata erano efficaci e adeguati per colmare l'assenza dei denti frontali superiori; per l'autorità di prima istanza, sia la ricostruzione con impianti sia la protesi amovibile rappresentavano delle varianti efficaci e adeguate, ma il Tribunale cantonale è giunto alla conclusione che una fornitura di impianti circa quattro volte più costosa non è economica ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal; da parte sua, la ricorrente ha segnalato alcuni inconvenienti della protesi parziale e ne ha negato l'adeguatezza), il Tribunale federale ha concluso che l'autorità inferiore non ha violato il diritto federale affermando che entrambi gli approcci terapeutici fossero efficaci e adeguati. Fra varie misure appropriate può essere riconosciuta solo la prestazione obbligatoria significativamente più economica. Di conseguenza, non vi è fondamentalmente nessun diritto al trattamento con impianti, se l'occlusione della parte anteriore mascellare può essere ripristinata in modo adeguato ed economico anche con un restauro protesico convenzionale. Nella fattispecie, il TF ha concluso che il trattamento con impianti avrebbe potuto offrire vantaggi per la ricorrente in termini di estetica e comfort rispetto alla protesi amovibile. Contrariamente a quanto preteso dall'assicurata, nel suo caso gli inconvenienti tra i due tipi di trattamento non erano così significativi da giustificare la presa a carico dei costi di un impianto (cfr. consid. 4.4: " Zusammengefasst verletzte die Vorinstanz mit der Annahme, beide Behandlungsansätze seien wirksam und zweckmässig, kein Bundesrecht. Von verschiedenen zweckmässigen Massnahmen kann nur die deutlich kostengünstigere Pflichtleistung sein ( BGE 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140; 128 V 66 E. 6 S. 69 f.; 124 V 196 E. 3

S. 200; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, S. 244 Rz. 46 zu Art. 31 KVG). Dementsprechend besteht grundsätzlich kein Anspruch auf die Versorgung mit Implantaten, wenn die Verschliessung der Oberkieferfront auf zweckmässige und kostengünstigere Weise auch mit einer herkömmlichen prothetischen Versorgung wiederhergestellt werden kann. Im vorliegenden Fall mag es sein, dass die Behandlung mit Implantaten im Vergleich zur herausnehmbaren Prothese Vorteile für die Beschwerdeführerin in Bezug auf die Ästhetik und den Komfort bietet. Entgegen der Versicherten sind die Unannehmlichkeiten zwischen den beiden Behandlungsarten in ihrem Fall, insbesondere auch mit Blick darauf, dass die von ihr geltend gemachten psychischen Beschwerden nicht berücksichtigt werden können (E. 4.3 oben), jedoch nicht derart signifikant, dass sie eine Kostengutsprache für die Implantatversorgung rechtfertigen würden (vgl. BGE 128 V 54 E. 3c S. 58 f. mit Hinweisen). ". 2.12. Alla luce delle considerazioni espresse sia dal medico dentista curante della ricorrente, sia dal medico dentista fiduciario della Cassa malati, sia ancora dal perito nominato dal Tribunale, tenuto conto della summenzionata norma secondo cui soltanto le spese per trattamenti dentari efficaci, economici e appropriati sono rimborsate, come pure della consolidata giurisprudenza ribadita ancora recentemente secondo cui fra varie misure appropriate può essere riconosciuta solo la prestazione obbligatoria significativamente più economica, d'avviso di questo Tribunale si deve concludere che le cure dentarie proposte e preventivate dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ non siano adeguate per l'assicurata e neppure economiche. Considerato che secondo tanto il parere del perito giudiziario quanto quello del medico e medico dentista della Cassa malati la dentatura della ricorrente si presentava sana con una buona parte di smalto rimanente, la ricostruzione dei denti con la posa di 28 corone non era medicalmente indicata. La preparazione dei denti comporta infatti la perdita di ulteriore smalto e dentina e quindi peggiora la situazione. Inoltre, gli elevati costi delle cure e di laboratorio per il confezionamento delle corone senza dubbio non rispecchiano il concetto di economicità di una cura. Sia il PD dr. med. dent. PE 1 sia il medico e medico dentista dr. med. \_\_\_\_\_ hanno individuato degli approcci terapeutici più conservatori e sensibilmente meno cari rispetto alla soluzione illustrata dal medico dentista curante dell'insorgente. Dall'attento esame di questi piani terapeutici la scrivente Corte conclude che, benché le cure dentarie proposte dal perito possano essere ritenute altrettanto efficaci rispetto al trattamento riconosciuto dalla Cassa malati, tuttavia esse non adempiono al principio dell' economicità della cura previsto dall'art. 32 LAMal. In effetti, nel caso concreto, rispetto alla realizzazione di ricostruzioni dirette in composito, le ricostruzioni indirette con intarsi e faccette non presentano benefici tali da giustificare l'assunzione di spese così elevate (DTF 127 V 147 consid. 5). Una maggiore stabilità meccanica e una maggiore resistenza all'abrasione della ceramica rispetto alla resina, come pure una maggiore porosità e una superiore colorazione della resina rispetto alla ceramica, non portano a mettere a carico dell'assicurazione malattia il costo del risanamento della dentatura della ricorrente. Occorre ribadire che se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici (DTF 127 V 147 consid. 5; DTF 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). Non va inoltre dimenticato che l'assicurata non è integralmente guarita dalla bulimia nervosa e che il successo di una terapia dentaria dipende anche dal grado d'igiene orale della persona. Non vi è quindi alcun

motivo particolare, dettato dalla eccezionalità della situazione, per concludere che il metodo diretto di ricostruzione in materiale composito suggerito dal medico dentista di fiducia della Cassa malati, sia nella fattispecie inadeguato. Tutto ben considerato, le motivazioni addotte dal perito giudiziario per giustificare il riconoscimento da parte della Cassa malati dei costi della cura dentaria dispensata all'assicurata non sono dunque sufficienti per attuare un piano terapeutico basato su manufatti protesici indiretti. Rimane per contro riservato l'approccio terapeutico proposto dal perito per l'elemento dentario 14 vista la sua particolare compromissione strutturale. In tal caso, la cura suggerita dal PD dr. med. dent. PE 1 appare più adeguata rispetto a un semplice ripristino in composito. Stante quanto esposto, una nuova perizia giudiziaria è superflua. 2.13. Il ricorso deve essere accolto ai sensi delle considerazioni, nel senso che la Cassa malati resistente è tenuta a riconoscere i costi di cura derivanti dal ripristino della funzione masticatoria della dentatura della ricorrente a seguito dei danni causati dall'erosione provocata dall'acido gastrico contenuto nel vomito conseguente alla bulimia nervosa di cui l'assicurata era affetta. L'ammontare di questi costi dipende dalla metodologia di ricostruzione diretta con composito per tutti i denti in questione come suggerito dal dr. med. dr. dent. \_\_\_\_\_, eccetto per il dente 14, a cui va applicata la soluzione prevista dal perito giudiziario. 2.14. L'insorgente, vincente in causa ai sensi dei considerandi, ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria da quando, il 25 luglio 2018, ha ricevuto la decisione formale della Cassa malati. Pendente causa, il 24 febbraio 2020 (doc. LII/1) il patrocinatore dell'assicurata ha presentato la nota di onorario di Fr. 6'511,65. Visto l'esito favorevole del ricorso l'assicurata, patrocinata dall'avv. RA 1, ha diritto al versamento di ripetibili da parte della Cassa malati resistente (art. 61 lett. g LPGa). In virtù della costante giurisprudenza federale, l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STF 8C\_32/ 2012 del 14 maggio 2012; STF 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012; STF I 748/06 del 2 novembre 2007; STFA U 164/02 del 9 aprile 2003; STCA 33.2019.13 del 21 ottobre 2019; STCA 32.2015.79 del 4 aprile 2016; STCA 33.2012.8 del 17 dicembre 2012; STCA 33.2010.13 del 10 gennaio 2011; STCA 32.2008.179 del 5 giugno 2009 ). Tuttavia, ciò ha effetto soltanto sull'istanza di assistenza giudiziaria per la sede ricorsuale. Il TCA rileva che malgrado con l'opposizione del 13 settembre 2018 l'assicurata abbia chiesto l'assistenza giudiziaria stante la sua situazione economica, con la decisione su opposizione che ne è seguita l'assicuratore malattia non ha preso posizione al riguardo. Di conseguenza, la richiesta di concedere l'assistenza giudiziaria retroattivamente alla data in cui è stata emanata la decisione formale non può essere accolta, non essendo stata oggetto di pronuncia da parte della Cassa malati (art. 49 LPGa) e quindi non può essere sottoposta al vaglio del Tribunale (art. 56 LPGa). L'incarto va pertanto rinviato all'assicuratore malattia per l'evasione della domanda di gratuito patrocinio dell'assicurata della sede amministrativa mediante l'emanazione di una decisione. Va infatti ricordato che, per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b; SVR 2005 AHV Nr. 19; SVR 1997 UV Nr. 81). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1; DTF 125 V 414 consid. 1a; DTF 119 Ib 36 consid. 1b).

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