

TI_GERICHTE 36.2019.23 vom 26. September 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-09-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.23

FR: TI_GERICHTE 36.2019.23 du 26 septembre 2019

IT: TI_GERICHTE 36.2019.23 del 26 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015 = SVR 2015, EL Nr. 13, pag. 37 e seguenti). Su questi temi si veda Ivano Ranzanici : La possibilità concessa dall'art. 49 cpv. 2 LOG alla Sezione di diritto pubblico del Tribunale di Appello di emanare giudizi monocratici alla luce della recente giurisprudenza federale, in RtiD I – 2016, pagg. 307 e segg., in particolare ad 4.3.3 pag. 328 e segg., con cui è criticata la STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, invero modestamente argomentata, resa in una fattispecie del tutto simile, per complessità istruttoria, per la natura delle prove acquisite e per l'importanza del caso rispettivamente per i precedenti esistenti, a quella che ha condotto alla sentenza 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011 ma con esito opposto. Va segnalato che in giudizi successivi, in particolare nella STF 1C_569/2015 dell'11 novembre 2015, l'Alta Corte è ritornata ed ha confermato la sua prassi antecedente il 31 agosto 2015, senza quindi riprendere il giudizio criticato in Ticino per i suoi effetti negativi (Ranzanici, op. cit., n. 4.3.3 pag. 328 seg.). Nel caso in esame, alla luce anche dell'esito del gravame, la decisione può essere resa monocraticamente. La fattispecie non presenta elementi di novità o complesse acquisizioni probatorie. Il tema sottoposto a giudizio è già stato oggetto di analisi giuridica da parte non solo di questo Tribunale cantonale delle assicurazioni ma conosce ampia giurisprudenza federale. 2. Con il ricorso l'assicurata ha chiesto al Tribunale di condannare CO 1 al " rimborso delle spese medico-sanitarie sostenute per il trattamento del canino dislocato (n. 23) come da preventivo della dr. med. dent. _____ ". La scrivente Corte osserva anzitutto che la ricorrente non ha prodotto alcun documento, con il ricorso, che attesti l'esecuzione di cure da parte della dr.ssa med. dent. _____, che comprovi l'entità delle spese sopportate per queste cure presso il dr. med. dent. _____, e men che meno un preventivo della dr.ssa med. dent. _____ di cui pretende il pagamento da parte della sua Cassa malati. Fra gli atti di causa presentati dalla Cassa malati, v'è soltanto il formulario per le " Lesioni dentarie secondo la LAMal - Costatazioni/preventivo ", che la dentista ha compilato il 15 settembre 2017 (doc. 3)

indicando come " una cura come quella descritta implica costi per CHF 7'500 incluso l'allacciamento del canino ". Tuttavia, l'odontoiatra non ha allestito e nemmeno allegato, all'attenzione della Cassa malati della sua paziente, un preventivo dettagliato secondo il tariffario SSO da potere essere analizzato e valutato da CO 1. Il ricorso è stato presentato dall'assicurata, tramite un giurista, dipendente di un'assicurazione di protezione giuridica e titolare della patente d'avvocato (per quanto egli indichi a pagina 1 del doc. I), il 14 marzo 2019. Nell'espone i fatti essa ha informato il Tribunale " che nello scorso mese di ottobre 2018 la ricorrente si è infine sottoposta all'intervento presso lo Studio del dr. med. dent. _____ . " (doc. I punto VIII). Malgrado ciò il patrocinatore non ha prodotto alcun elemento documentale a supporto di tale fatto (malgrado le cure dentarie fossero state prestate diversi mesi prima del ricorso). Nel gravame il patrocinatore si è limitato ad informare il TCA che " entro le prossime settimane " avrebbe " prodotta nel termine che questo Tribunale vorrà impartire per addurre nuovi mezzi di prova " , la " richiesta valutazione da parte del Dr. _____ . " (doc. I punto h). Nonostante l'assenza di un preventivo della dr.ssa med. dent. _____ e di cure prestate dal dr. med. _____ prima dell'inoltro del ricorso (senza produzione della relativa fattura rispettivamente indicazione dell'importo della spesa prevista, comunicabile dal professionista), il patrocinatore dell'assicurata ha chiesto, in maniera palesemente irrita e fuorviante, la riforma della decisione su opposizione dell'assicuratore e la condanna di CO 1 al rimborso delle " delle spese medico-sanitarie sostenute per il trattamento del canino dislocato (n. 23) come da preventivo della dr. med. dent. _____ ". La buona fede processuale non è stata, in casu, ossequiata siccome le spese sostenute non lo sono state " come da preventivo " della dr.ssa med. dent. _____ , le cure sono state prestate dal dr. med. dent. _____ il 9 novembre 2017, il 4 e 10 ottobre 2018, solamente il " rapporto particolareggiato " è stato allestito il 13 marzo 2019 (doc. VIII). Le richieste processuali sono in parte inammissibili come tali. Pendente causa la ricorrente ha prodotto una valutazione specialistica del dr. med. dent. _____ resa il 27 marzo 2019 (doc. VIII/A), accompagnata da due note di onorario emesse dal curante sempre il 27 marzo 2019 e da una serie di immagini dentarie (doc. VIII/A-E). Le cure del dr. med. dent. _____ sono avvenute, come indicato in precedenza, il 9 novembre 2017 e nel mese di ottobre 2018, ben prima del ricorso e della decisione della Cassa. Dall'analisi di questa documentazione il TCA evidenzia che l'assicurata non si è sottoposta a cure prestate da parte della dr.ssa med. dent. _____ e neppure ha subito le cure da essa preventivate per mano di terzi. Come risulta dalla nota d'onorario del 27 marzo 2019 (doc. VIII/A), il dr. med. dent. _____ ha proceduto ad un trattamento di gran lunga più semplice e più economico rispetto a quello previsto dalla collega, limitandosi all'estrazione del dente dislocato 23, ancorché l'operazione sia stata complessa e sia durata oltre 2 ore. Il trattamento dentario è stato eseguito un anno dopo il preventivo di cura di CHF 7'500.-, e meglio il 4 ottobre 2018 e una settimana dopo, l'11 ottobre, è stato effettuato il test di vitalità da 1 a 6 denti e curata la ferita, per una fattura finale di CHF 1'213,10. È quindi evidente che, quando l'assicurata ha presentato il suo ricorso, le cure erano già state effettuate, non per mano della dr.ssa med. dent. _____ e neppure secondo il piano terapeutico che quest'ultima aveva indicato, oltre che per un costo diverso. Ne discende che la richiesta condannatoria formulata dall'assicurata, che pretende il pagamento delle cure dentarie " come da preventivo della dr. med. dent. _____ ", è, come tale, manifestamente irricevibile. 3. Pendente causa, con la replica del 30 aprile 2019 (doc. VIII), l'insorgente ha allegato " il parere 27.03.2019 del Dr. _____ ... che ha operato la ricorrente, a valere

quale nuovo mezzo di prova ", oltre a due note d'onorario di cui una per la visita e gli esami effettuati il 9 novembre 2017 (CHF 444,85) e l'altra per il trattamento dentario vero e proprio eseguito il 4 e l'11 ottobre 2018 (CHF 1'213,10, compresi CHF 111,60 per la redazione del rapporto particolareggiato il 13 marzo 2019). Nelle conclusioni contenute in una replica non richiesta alla ricorrente (art. 8 LPTCA " Il Giudice delegato può ordinare eccezionalmente un ulteriore scambio di allegati "), l'assicurata ha chiesto di accogliere il ricorso e di condannare la Cassa malati " al rimborso delle spese medico-sanitarie sostenute per il trattamento del canino dislocato (n. 23) ", senza spiegare ulteriormente il cambiamento della richiesta ricorsuale, oltre che quantificare la sua nuova pretesa.

L'oggetto del contendere è la questione a sapere se CO 1 abbia un obbligo prestativo in base alla LAMal per l'affezione all'elemento dentario 23 della ricorrente e se debba quindi rimborsare le spese di cura. Infatti, a ciò si limita la decisione su opposizione dell'11 febbraio 2019, secondo cui in specie non sono dati i presupposti di cui all'art. 17 lett. a cifra 2 OPre, nel senso che non vi è carattere di malattia della dislocazione del dente 23 e quindi non essendovi un fattore patologico non è possibile assumere i costi del trattamento dentario. L'assicuratore ha emanato la decisione qui impugnata senza conoscere la nota del dr. med. dent. _____ e le cure da questi prestate. Va 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). 4. Prima di analizzare il merito della questione occorre esaminare se l'assicuratore abbia violato il diritto di essere sentita della ricorrente. L'insorgente ha infatti contestato l'accertamento dei fatti eseguito dalla Cassa. In particolare, essa ha criticato l'assenza del parere del medico dentista fiduciario, ciò che le avrebbe impedito di confrontarsi con esso e capire su quali esami e su quale documentazione medica egli avrebbe fondato la sua opinione. A suo dire, contrariamente al tenore dell'art. 42 LPGA, le è stato negato l'accesso completo agli atti già prima della resa della decisione formale del 7 agosto 2018 e quindi si configura una violazione del diritto di essere sentita. 5. Per l'art. 29 cpv. 2 Cost. fed., le parti hanno diritto di essere sentite. Tale diritto ha valenza formale. La sua violazione conduce di massima, indipendentemente dalla fondatezza delle censure di merito, all'accoglimento del ricorso e all'annullamento della decisione impugnata (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17 con rinvio a DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197). Il diritto di essere sentito serve da un lato all'accertamento dei fatti e da un altro lato comprende la facoltà per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione, che interviene a modificare la posizione giuridica dell'interessato, segnatamente se il provvedimento si rivela sfavorevole nei suoi confronti. Egli ha diritto di consultare l'incarto, di offrire mezzi di prova su punti rilevanti, di esigerne l'assunzione (partecipando alla stessa) e di potersi esprimere sulle relative risultanze nella misura in cui possano influire sulla decisione. Il diritto di essere sentito, quale diritto di cooperare alla procedura comprende tutte le facoltà, che devono essere concesse a una parte, in modo tale che essa in una procedura possa difendere efficacemente la sua tesi. Perché ciò possa essere realizzato, la parte ha anche il diritto di essere informata previamente e in maniera adeguata dall'autorità sulla procedura per quanto attiene alle tappe decisive per il giudizio. Non è possibile in maniera generale e astratta stabilire in quale misura si estende questo diritto, ma occorre soppesare le circostanze concrete (DTF 144 I

11 consid. 5.3 pag. 17; 135 II 286 consid. 5.1 pag. 293; 135 I 279 consid. 2.3 pag. 282; DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate;). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). Secondo l'art. 42 LPGA, le parti hanno diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. In ogni caso, al più tardi durante la procedura di opposizione l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (DTF 132 V 368 consid.

E. 6

pag. 374). L'audizione delle parti, che costituisce un aspetto del diritto di essere sentito, non è necessaria nella procedura d'istruzione che precede l'emanazione di decisioni impugnabili mediante opposizione. La LPGA contiene a questo proposito una regolamentazione esaustiva (DTF 132 V 368 consid. 6). Con sentenza 9C_694/2008 del 7 ottobre 2009 il Tribunale federale ha stabilito che: " 3.2 Ora, è pacifico che il ricorrente ha avuto modo di fare valere la sua posizione e pertanto di esprimersi quantomeno nell'ambito della procedura di opposizione. In questo modo, il diritto di essere sentito è stato salvaguardato. Resta tutt'al più da esaminare se il ricorrente poteva pretendere di essere sentito oralmente in sede amministrativa. 3.3 Sennonché, l'art. 29 cpv. 2 Cost. non conferisce il diritto di essere sentito oralmente, bensì limita la garanzia alla possibilità di prendere posizione per iscritto, a meno che una norma non preveda espressamente il diritto a un'audizione orale (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni C 128/04 de 20 settembre 2005, in: SVR 2006 AIV no. 5 pag. 15, consid. 1.2 con riferimenti). Ora, né l'art. 42 LPGA, né la PA, né tanto meno la LAVS prescrivono espressamente un simile diritto (cfr. del resto sentenza citata C 128/04, ibidem). Insieme alla Corte cantonale si può pertanto concludere che l'assicurato ha già avuto modo di esprimersi sufficientemente sulla vertenza in sede amministrativa. E comunque, anche a prescindere da queste considerazioni, il primo giudice ha giustamente ricordato che il ricorrente ha in ogni caso avuto la possibilità di (ri)proporre le sue argomentazioni dinanzi a un'autorità giudiziaria, quale il Tribunale cantonale delle assicurazioni, dotata di pieno potere cognitivo. In tali condizioni, non vi è spazio per ammettere una violazione del diritto di essere sentito." 6. In concreto il tema va però inquadrato più specificatamente. In effetti la ricorrente rimprovera all'assicuratore di non averle messo a disposizione e di non averla resa edotta del contenuto dei rapporti del suo medico fiduciario. Per CO 1, alla luce della giurisprudenza poco importa, per la valutazione dell'indipendenza del medico, se questo sia un dipendente dell'assicuratore o un esterno. L'evoluzione dei tempi, la presenza sul territorio di medici stranieri che beneficiano dei diritti previsti dall'ALCP, la concorrenza che si è creata anche in ambito medico, vista inoltre l'Ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OLNF del 3 luglio 2013 RS 832.103), e il legame economico che crea il lavoro dipendente, oltre al dovere di fedeltà verso il datore di lavoro che incombe al lavoratore, devono indurre a considerare con

prudenza la giurisprudenza citata e a contestualizzarla adeguatamente. Infatti sempre più spesso gli assicuratori recepiscono, senza ulteriori verifiche, il parere dei loro medici interni e sugli stessi fondano i loro giudizi. Ma vi è di più. Il medico fiduciario, come rammenta il recente giudizio di questo Tribunale cantonale delle assicurazioni (STCA 36.2019.59 del 9 settembre 2019), svolge un ruolo importante per le scelte e le valutazioni dell'assicuratore e quindi i suoi pareri devono essere verificabili da parte dell'assicurato. L'indipendenza è fissata nell'art. 57 cpv. 5 LAMal secondo cui " Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni ". Non va inoltre dimenticato che lo stesso (art. 57 cpv. 4 LAMal): " consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempiute le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore ", egli svolge quindi, per usare l'espressione di Kaspar Gerber : "Der Vertrauensart inder Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)" in SZS 2019 p. 77: " ... eine Scharnierfunktion zwischen Patient, behandelndem Arzt und Versicherung. Er ist für den behandelndem Arzt persönlich erreichbar." Le valutazioni del medico fiduciario, e quindi le motivazioni di un rifiuto, devono quindi, per il ruolo importante del medico fiduciario, essere comunicate all'assicurato, anche se, come ricorda Gerber, op. cit., n. 5 p. 82 " Vertrauensärztliche Stellungnahmen haben Begutachtungsfunktion, sind jedoch bloße, für den Krankenversicherer wie auch den Richter nicht verbindliche Meinungsäußerungen oder Empfehlungen. Sie sind schriftlichen Auskünften im Sinne von Art. 49 des Bundesgesetzes über den Bundeszivilprozess gleichzustellen und haben beweisrechtlich den gleichen Stellenwert wie verwaltungsinterne Arztberichte und Gutachten eines öffentlichen UVG –Versicherers. " La comunicazione deve avvenire in modo che sia comprensibile al ricevente, per quanto possibile, deve quindi avvenire con debita cura dell'uso della lingua e delle espressioni mediche e con spiegazioni adeguate. Non si dimentichi che, come ricorda sempre Gerber nel contributo citato a pagina 83: " Vertrauensärztliche Stellungnahmen unterliegen dem integralen Akteneinsichtsrecht der Versicherten." 7. Nel caso di specie la questione a sapere se, con il mancato invio delle valutazioni del medico fiduciario poste alla base della propria decisione, l'assicuratore abbia violato il diritto di essere sentito dell'assicurata può rimanere indecisa alla luce dell'esito del gravame. In concreto l'amministrazione, con scritto del 26 giugno 2018 indirizzato al rappresentante dell'assicurata e a quest'ultima, ha esposto, seppur succintamente, i motivi che l'hanno condotta a rifiutare la presa a carico dei costi del trattamento dentario a suo tempo proposto. Indubbiamente ben poca cosa perché l'assicurata non ha potuto avere il testo delle valutazioni fiduciarie, confrontarsi direttamente con il fiduciario, non ha potuto trasmettergli direttamente altri documenti, chiedere verifiche puntuali in vista della decisione dell'assicuratore sulla base della valutazione del dentista. Il 26 giugno 2018 la Cassa malati si è limitata a comunicare che: " Il dossier è stato esaminato nuovamente con attenzione dal nostro Servizio medico-fiduciario. ", ciò che, il 13 giugno 2018 (doc. 10) il dr. med. dent. _____, specialista in ortodonzia, ha fatto. Anche nella decisione formale del 7 agosto 2018 (doc. 1) la Cassa ricorda, nei fatti, che " Nonostante ulteriori informazioni e la presentazione della documentazione al dentista di fiducia di CO 1, il 26 giugno 2018 abbiamo nuovamente rifiutato l'assunzione dei costi. ". Come detto però il fiduciario non ha potuto svolgere quella funzione di cerniera che la dottrina gli riconosce. Con l'opposizione del 14 settembre 2018 (doc. 8), il patrocinatore dell'assicurata ha correttamente osservato " innanzitutto che la decisione non è accompagnata dal parere

medico dal dentista fiduciario della Cassa, citata nella stessa, per cui non è possibile all'assicurata confrontarsi direttamente con quanto ritenuto da quest'ultimo. Ciò impedisce di comprendere quali esami e soprattutto quale documentazione medica è stata investigata dal medico fiduciario, sulla cui base egli ha fondato il proprio parere. ". Nella decisione su opposizione dell'11 febbraio 2019 (doc. B) la Cassa malati ha precisato, nei fatti, che dopo l'opposizione " il dossier è stato nuovamente trasmesso al dentista di fiducia ". Egli ha in effetti reso il suo secondo parere il 29 gennaio 2019 (doc. 9), quindi prima dell'emanazione della decisione impugnata. Questo senza permettere all'assicurata, prima della decisione su opposizione, di vedere i pareri del fiduciario, esprimersi in merito e potere eventualmente domandare maggiori e più puntuali verifiche. È innegabile, e peraltro ammesso dalla Cassa malati stessa, che né il primo né il secondo parere forniti dal dr. med. dent. _____, suo medico dentista fiduciario, sono stati trasmessi all'assicurata o al suo rappresentante prima dell'inoltro del ricorso in esame. In effetti, le due valutazioni del predetto medico dentista di fiducia sono giunte all'attenzione del rappresentante legale della ricorrente, e per esso alla sua mandante, unicamente con la risposta di causa dell'amministrazione e la contestuale presentazione al TCA dell'incarto completo. Indubbiamente troppo tardi. Come detto, nonostante la violazione del diritto di essere sentita apparentemente subito dall'assicurata, il tema non va approfondito alla luce dell'esito del ricorso. Così come non merita migliore approfondimento la lamentela della ricorrente relativa all'incompletezza degli accertamenti fatti dalla Cassa malati. Resta da evidenziare che anche l'assicurata non ha trasmesso con tempestività documenti importanti per valutare il caso. Solo con l'opposizione del 14 settembre 2018, quindi un anno dopo l'iniziale richiesta di assunzione dei costi, l'assicurata ha spedito alla Cassa malati il parere della sua ortodontista datato 10 settembre 2018 (doc. 8), in cui quest'ultima ha citato un esame TAC del 19 [recte : 9] novembre 2017 eseguito dal dr. med. dent. _____. Ci si può domandare il motivo per cui tale referto non sia stato fornito prima, visto che era a disposizione. Lamentare, come fa la ricorrente, un accertamento inesatto dei fatti da parte della Cassa malati invocando la violazione dell'art. 43 LPGGA, quando quest'ultima non è stata messa al corrente che l'assicurata era stata visitata anche da un altro medico dentista, lascia perplessi. La scrivente Corte evidenzia che, addirittura, la ricorrente ha prodotto la documentazione fotografica realizzata dal dr. med. dent. _____ soltanto con la replica il 30 aprile 2019, quindi ben un anno e mezzo dopo la sua confezione. Ma non solo. Benché nel rapporto del 10 settembre 2018 la dr.ssa med. dent. _____ abbia affermato che anche il collega si era detto molto preoccupato per il destino dell'incisivo laterale superiore sinistro, un parere del dr. med. dent. _____ è stato allestito unicamente il 27 marzo 2019 e prodotto con la replica. Da quanto precede occorre ritenere che il dr. med. dent. _____ si è pronunciato sul caso in esame, in base agli atti allora a sua disposizione, ovvero la sola ortopantomografia e in assenza di documenti o informazioni disponibili. 8. Non va infine dimenticato che il solo fatto che nella opposizione sia stato fatto il nome del dottor _____ e che ciò non abbia portato la Cassa malati, in virtù del principio inquisitorio, ad indagare oltre e ad interpellare questo specialista, non può portare a concludere a una violazione dell'art. 43 LPGGA tale da annullare la decisione su opposizione. Infatti, sia nella decisione formale sia nella decisione qui impugnata, la Cassa malati ha comunque illustrato i principi e le ragioni posti alla base del suo rifiuto di assumere i costi del trattamento dentario nel dettaglio, negando il carattere di malattia in presenza di una semplice dislocazione del dente 23. La Cassa malati ha spiegato i motivi per cui l'assicurata non ha diritto al riconoscimento delle cure richieste e quest'ultima ne ha ben preso conoscenza,

tanto che ha potuto contestarlo da ultimo con il ricorso a questo Tribunale. Va rammentato che una violazione del diritto di essere sentito è sanabile se l'interessata, come in concreto, ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1; DTF 124 V 180 consid. 4a). Essa ha infatti potuto comprendere la portata della decisione formale e impugnare la successiva decisione su opposizione, confrontarsi con il suo contenuto e proporre le sue censure, facendo valere le sue ragioni innanzi ad un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo (DTF 133 I 201 consid. 2.2). Il TCA dispone in effetti di un pieno potere di esame in tal senso (STF 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGa). Pertanto, in questo specifico caso, l'eventuale violazione del diritto di essere sentita per non avere potuto prendere conoscenza dei due pareri del dr. med. dent. _____ è stata comunque sanata in questa sede, dove l'insorgente ha potuto prendere atto della documentazione trasmessa dalla Cassa malati, esporre le sue motivazioni e produrre ulteriore documentazione (sentenza 9C_738/2007 del 29 agosto 2008; DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 127 V 431). Occorre infine ricordare che per giurisprudenza, riproposta ancora nella STF 8C_482/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2, una violazione non particolarmente grave del diritto di essere sentito può essere eccezionalmente sanata, quando la persona interessata ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso, che valuta liberamente la censura presentata dal ricorrente, ossia nel caso specifico un tribunale, che può esaminare liberamente sia l'accertamento (e l'apprezzamento) dei fatti sia l'applicazione del diritto (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). La prassi ha stabilito anche che si può prescindere da un rinvio della causa all'autorità precedente persino in caso di grave violazione del diritto di essere sentito: una tale eventualità si realizza se la cassazione della decisione viziata comporterebbe un inutile formalismo e in definitiva una tale soluzione condurrebbe a ritardi superflui, i quali non sarebbero compatibili con l' (equivalente) interesse della parte onerata di essere sentita nell'ambito di una celere trattazione della procedura di merito (DTF 142 II 218 consid. 2.8.1; DTF 133 I 201 consid. 2.2; sentenza 8C_842/2016 del 18 maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti). Giova comunque ricordare che il principio di celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPGa), caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, non è preminente e tale da porre in secondo piano il diritto di essere sentito e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (STF 8C_433/2018 del 14 agosto 2018 consid. 5.1 e STF 8C_210/2013 del 10 luglio 2013 consid. 3.2.1 con riferimenti). nel merito 9. Oggetto del contendere è sapere se l'affezione al dente 23 della ricorrente costituisca una patologia che deve essere presa a carico dall'assicurazione sociale contro le malattie. Per la Cassa non si è in presenza di un dente dislocato o ritenuto che ha causato una situazione di malattia come esatto dall'art. 17 lett. a cifra 2 OPre, visto che il suo medico dentista di fiducia, sulla base dei documenti pervenutigli, non ha valutato esservi dei danni alle strutture dentarie vicine (il riassorbimento della radice del dente 22) come pure una dilatazione del follicolo. La ricorrente considera invece che questi elementi siano dati. Infatti, il disturbo orale che l'affliggeva era tale da mettere in pericolo l'esistenza stessa del dente da latte 63 e quella del dente 22 stante il riassorbimento radicolare, con conseguenti danni all'apparato masticatorio. 10. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGa, è considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Giusta l'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle

prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34. Per quanto concerne gli interventi ai denti, va rammentato che l'art. 25 LAMal, applicabile in concreto, definisce le prestazioni generali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, senza però contemplare le cure relative alle affezioni dentarie i cui costi vengono assunti dall'assicurazione sociale solo se causate da una malattia grave e non altrimenti evitabile dell'apparato masticatorio giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal, da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal, o se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi come prevede l'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal. L'art. 33 cpv. 2 LAMal ha demandato al Consiglio federale il compito di designare in dettaglio le prestazioni secondo i principi di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal. Facendo uso di una subdelega (art. 33 cpv. 5 LAMal in relazione con l'art. 33 lett. d OAMal), il Dipartimento federale dell'interno ha promulgato per ognuna delle fattispecie regolate dall'art. 31 cpv. 1 LAMal una propria norma di attuazione, più precisamente gli articoli 17, 18 e 19 OPre. Così, mentre l'art. 17 OPre (emanato in attuazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal) racchiude la lista delle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio, l'art. 18 OPre (realizzato a concretizzazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal) enumera altre malattie gravi suscettibili di occasionare dei trattamenti dentari che, come tali, non costituiscono affezioni dell'apparato masticatorio, ma tuttavia gli sono di nocimento. Quanto all'art. 19 OPre (formulato in applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal), esso prevede che l'assicurazione assume i costi dei trattamenti dentari necessari per conseguire le cure mediche in caso di focolai ben definiti. L'art. 19a OPre disciplina infine l'assunzione delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenite (DTF 129 V 83 consid. 1.2, 128 V 62 consid. 2b, 127 V 341 consid. 2b, 124 V 347 consid. 2). L'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari è esaustivo (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 3; STFA K 6/05 del 27 settembre 2005 consid. 2.3; DTF 130 V 472 consid. 2.4 non pubblicato, DTF 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a e 343 consid. 3b, 124 V 347 seg. consid. 3a; cfr. anche Claudia Kopp Käch, Zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen [Überblick über die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts], in ZBJV 2002, pag. 419 e seguenti). 11. In concreto entrambe le parti fanno riferimento all'art. 17 lett. a cifra 2 OPre concernente le dislocazioni dentarie che causano una cisti per giustificare, rispettivamente rifiutare, la presa a carico da parte della Cassa malati del costo del trattamento al dente 23 a cui la ricorrente si è sottoposta nel 2018. L'art. 17 OPre prevede che l'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio se e solo se l'affezione ha carattere di malattia; la cura va assunta dall'assicurazione solo in quanto la malattia la esiga. Fra le malattie gravi e non evitabili vi sono: " a. malattie dentarie: 1. granuloma dentario interno idiopatico, 2. dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, cisti)." In merito all'art. 17 OPre, va rammentato che in DTF 128 V 59 l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è tenuta a riconoscere prestazioni solo in caso di malattia non evitabile dell'apparato masticatorio. Di massima deve trattarsi di un'affezione oggettivamente non evitabile. Il carattere non evitabile presuppone un'igiene buccale sufficiente avuto riguardo alle conoscenze odontologiche attuali; una persona assicurata che, per la sua costituzione oppure a seguito di malattie di cui è stata affetta o di cure subite, presenta una predisposizione accresciuta alle malattie dentarie, non può limitarsi ad

un'igiene orale comune. Sul medesimo argomento l'Alta Corte si è pronunciata in DTF 128 V 70, in cui ha pure stabilito che se la lesione della funzione masticatoria è riconducibile ad un'insufficiente igiene buccale che, a sua volta, è dovuta ad una malattia psichica, si deve far luogo al riconoscimento di prestazioni assicurative. Il carattere di malattia ai sensi dell'art. 17 (frase introduttiva) e dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre oltrepassa il carattere di malattia generalmente valido per l'assicurazione malattie sociale, definito all'art. 2 cpv. 1 LAMal, in quanto presuppone un danno alla salute qualificato (DTF 127 V 328 consid. 7). La nozione di malattia giusta l'art. 17 (frase introduttiva) e l'art. 17 lett. a cifra 2 OPre è dunque più restrittiva rispetto alla nozione generale dell'art. 2 cpv. 1 LAMal (DTF 127 V 391 consid. 3b). A questo proposito, con sentenza del 19 dicembre 2001 (K 39/98) l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha affermato: " (...) 4b) Per quanto qui d'interesse, gli esperti consultati, richiesti di esprimersi sul concetto di malattia previsto dalla norma d'ordinanza, hanno rilevato la necessità di distinguere le affezioni gravi dell'apparato masticatorio da quelle non gravi ed evidenziato che l'OPre giustamente si limita a riconoscere solo per le prime, quelle appunto di rilevanza patologica, un obbligo di prestazione. Il Tribunale federale delle assicurazioni, come già avuto modo di pronunciarsi in due recenti vertenze (sentenze del 28 settembre 2001 in re J., K 78/98, e del 19 settembre 2001 in re M., K 73/98, entrambe destinate alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale), associandosi alle considerazioni degli esperti, ne conclude che il concetto di malattia ai sensi dell'art. 17 OPre non è identico a quello altrimenti valido in ambito LAMal (art. 2 cpv. 1), il primo dovendosi qualificare per dare maggiore rilievo al requisito di gravità esatto dal legislatore in caso di trattamento dentario. (...)". In altre parole, l'intensità della malattia è una delle condizioni della presa a carico da parte dell'assicurazione obbligatoria dei trattamenti dentari; i danni alla salute non gravi non sono interessati dall'art. 31 cpv. 1 LAMal. In effetti, nei casi di dislocazione o soprannumero di denti o germi dentari, vi sono più malattie di lieve gravità rispetto ai danni alla salute che rivestono una certa gravità (DTF 127 V 328 consid. 5a e DTF 127 V 391 consid. 3b; RAMI 2002 pag. 91 consid. 3b). Per poter valutare il livello di gravità di una malattia in caso di dislocazione o soprannumero di denti o germi dentari, bisogna distinguere fra una dentizione in fase di sviluppo – di regola fino all'età di 18 anni – e una dentizione definitiva. In proposito, il Tribunale federale delle assicurazioni (DTF 127 V 328 consid. 6 e 391 consid. 3c; STFA K 12/01 del 21 dicembre 2001 consid. 3c/aa = RAMI 2002 pag. 91; STFA K 93/01 del 4 dicembre 2001) ha fatto propri i risultati degli studi eseguiti da alcuni esperti nel 2001, secondo i quali: " (...) S'agissant d'une dentition en développement, l'affection peut avoir valeur de maladie lorsqu'elle provoque une entrave à son développement ordonné ou en présence d'un phénomène pathologique. Pour ce qui est d'une dentition définitive, une entrave à un développement ordonné de la dentition n'entre pas en ligne de compte; l'état de maladie se limite ici à un phénomène pathologique. aa) Selon les experts, pour qu'une entrave à un développement ordonné de la dentition ait valeur de maladie, elle doit être en rapport avec une dislocation dentaire, des dents ou germes dentaires surnuméraires; il faut, en outre, qu'elle se soit déjà manifestée ou qu'elle représente un danger imminent selon l'expérience médicale dentaire; enfin, il faut que l'atteinte ne puisse pas être supprimée ou évitée par des mesures simples. Comme exemples d'entraves à un développement ordonné de la dentition, les experts mentionnent l'entrave à l'éruption de dents voisines, la résorption ou le refoulement de celles-ci et l'arrêt de la croissance de la crête alvéolaire à la suite d'une ankylose de dents définitives et d'une ankylose précoce de dents de lait. Les experts considèrent comme étant des mesures thérapeutiques simples, notamment, l'extraction sans

complication de dents de lait ou de dents définitives (extraction simple), l'excision d'une calotte de muqueuse, ainsi que l'utilisation d'un appareillage simple pour offrir l'espace nécessaire à l'éruption dentaire (par exemple un écarteur fixe ou mobile, un arc lingual, un arc palatin, un "headgear"). bb) Toujours selon les experts, on parle de phénomène pathologique quand il est en relation avec une dislocation dentaire ou des dents ou germes dentaires surnuméraires, qu'il ne peut être combattu par des mesures prophylactiques, qu'il provoque des dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants ou encore qu'il risque, selon une évaluation fondée sur un examen clinique ou au besoin radiologique, de provoquer avec une grande probabilité de tels dommages et qu'à défaut d'intervention il en résulterait une atteinte au système de la mastication. A titre d'exemples de dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants, les experts mentionnent l'abcès, le kyste, pour autant qu'ils ne soient pas causés par des caries ou une parodontite évitables, la résorption ou le refoulement de dents avoisinantes, des poches de parodontose déjà constituées auprès de dents avoisinantes, une péri coronarite chronique-récidivante (formation débutante d'un abcès) auprès de dents de sagesse, de même que des dents incluses en contact avec la cavité buccale, qui constituent un facteur de risque d'abcès résultant de caries inévitables. cc) Les dents de sagesse disloquées présentent, de l'avis des experts, une situation particulière par rapport à d'autres dents disloquées ou à des dents surnuméraires. En effet, de par leur position topographique dans la région de l'angle mandibulaire inférieur, elles présentent souvent des anomalies de position et sont la cause de complications inflammatoires et de formations kystiques, qui, en raison précisément de cette position topographique particulière, peuvent avoir de graves répercussions, telles que l'extension d'abcès dans des compartiments anatomiques comportant des structures vitales ou la fracture spontanée de la mandibule consécutive à un affaiblissement par de volumineuses formations kystiques. (...)".

Secondo il TFA, dunque, bisogna riconoscere il carattere di malattia ex art. 17 lett. a cifra 2 OPre agli ostacoli ad uno sviluppo ordinato della dentatura o ad un fenomeno patologico per ciò che concerne la dentizione in fase di sviluppo, mentre ad un fenomeno patologico per ciò che concerne la dentizione definitiva. Il fenomeno patologico deve provocare dei pregiudizi importanti ai denti vicini o, a certe condizioni, rappresentare un rischio imminente di tale danno (DTF 127 V 391 consid. 4). Di conseguenza, il carattere di malattia deve essere negato quando si è unicamente in presenza di una dislocazione dentaria, di denti o germi dentari in soprannumero, per esempio quando la distanza dei denti dislocati dalla posizione e dalla direzione assiale normali oltrepassa un valore minimo (DTF 127 V 328 consid. 7a e 391 consid. 4). Le dislocazioni dentarie, per giustificare un obbligo di prestazione assicurativa, devono infatti avere carattere patologico e determinare un notevole danneggiamento delle strutture vicine o comunque minacciare la realizzazione di un siffatto danno. Non è sufficiente una qualsiasi alterazione dello stato di salute a dipendenza di una dislocazione. Al contrario, è necessario che il pregiudizio sia qualificato nel senso indicato dagli esperti e ripreso dalla giurisprudenza. Se tali condizioni sono adempiute, non occorre invece esaminare oltre se la malattia, nel suo insieme, sia anche grave (DTF 127 V 328 consid. 7a; STFA K 42/98 del 13 dicembre 2001 consid. 4 = RAMI 2002 pag. 84). L'obbligo di prestazione discendente dall'art. 17 lett. a seconda cifra OPre presuppone pertanto che la necessità di cura dentaria sia (stata) determinata da dislocazioni dentarie che hanno causato una malattia (ad esempio ascesso, cisti) (RAMI 2002 pag. 84 consid. 5). L'OPre si limita quindi a riconoscere solo alle affezioni gravi dell'apparato masticatorio, quelle appunto che hanno una rilevanza patologica, un obbligo di prestazione

assicurativa. Di conseguenza, l'obbligo della presa a carico da parte dell'assicurazione malattia deve presupporre un danno qualificato alla salute: non ogni danno provocato da una dislocazione dentaria, da denti o germi dentari in soprannumero giustifica dunque che delle misure diagnostiche o terapeutiche siano assunte dall'assicurazione malattia (DTF 127 V 328 consid. 7a e 391 consid. 4). Gli esperti interpellati dall'allora TFA hanno indicato che, in caso di dentizione definitiva, una dislocazione è da considerare patologica quando crea, a titolo esemplificativo, ascessi, cisti (follicolari, cherato- e parodontali), oppure pericoroniti croniche recidivanti (inizi di ascesso) a livello di denti del giudizio, che non possono essere evitati con misure di profilassi e che, senza intervento risolutivo, condurrebbero a un danneggiamento dell'apparato masticatorio, determinando, perlomeno con grande probabilità, notevoli danni alle strutture vicine (denti, osso mascellare, parti molli). Pertanto, è sufficiente il manifestarsi di una delle affezioni suindicate (ascesso, cisti, pericoronite cronica recidivante, ecc.) per originare automaticamente un pregiudizio dell'apparato masticatorio. Gli specialisti osservano pure come, segnatamente nel caso di ascessi, non si debba attendere la loro piena formazione, una tale attesa comportando un rischio accresciuto per lo stato generale di salute del paziente e complicando ad ogni modo la cura successiva, soprattutto se ciò si verifica a livello di denti del giudizio dislocati e inclusi nell'osso, potendo l'affezione in tal caso, per la particolare posizione nella zona mandibolare, sovente dar luogo ad anomalie, complicazioni infiammatorie e formazione di cisti, con conseguenze particolarmente gravose (RAMI 2002 pag. 84 consid. 3). Si parla dunque di fenomeno patologico quando è in relazione con una dislocazione dentaria o di denti o germi dentari in soprannumero, che non può essere eliminato con misure profilattiche, che provoca dei danni importanti ai denti vicini, all'osso mascellare o ai tessuti molli adiacenti o ancora che rischia, secondo una valutazione fondata su un esame clinico o al bisogno radiologico, di provocare con una grande probabilità tali danni e che senza un intervento ne risulterebbe un danno al sistema masticatorio. A titolo di esempi di danni importanti ai denti adiacenti, all'osso mascellare o ai tessuti molli vicini, gli esperti hanno menzionato l'ascesso, la cisti, nella misura in cui non siano causati da carie o da una parodontite evitabili, il riassorbimento o lo spostamento di denti adiacenti, una pericoronarite cronica recidivante (inizio della formazione di un ascesso) nei denti del giudizio, così pure di denti inclusi in contatto con il cavo orale, che costituiscono un fattore di rischio di ascesso risultante da carie evitabili (STFA K 12/01 del 21 dicembre 2001 consid. 3c/aa = RAMI 2002 pag. 91). Anche nel caso di denti del giudizio inclusi, l'esistenza di una malattia dentaria rientrante nell'ambito d'applicazione dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre presuppone quindi, come primaria condizione, la presenza di una dislocazione dentaria (STFA K 89/98 del 26 settembre 2001; DTF 127 V 391). Nella sentenza K 96/03 del 1° ottobre 2004 la nostra Massima Istanza ha ribadito che per quanto concerne la presa a carico dei costi dei trattamenti dentari, l'art. 17 lett. a cifra 2 OPre non fa distinzione tra i denti del giudizio e gli altri denti. I costi dei trattamenti devono essere presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure mediche quando i denti sono dislocati e l'affezione ha valore di malattia (per esempio in presenza di un ascesso o di una cisti). L'obbligo per gli assicuratori di prendere a carico il trattamento dei denti del giudizio dislocati, quando esiste un danno qualificato alla salute, deve essere valutato allo stesso modo che per i trattamenti di altri denti dislocati. Il danno qualificato alla salute implica due elementi essenziali, ossia l'esistenza di una patologia che presenta una minaccia per la vita o la salute da una parte e le misure necessarie per eliminare questo rischio o almeno per attenuarlo dall'altra parte. A quest'ultimo proposito gli esperti hanno negato l'esistenza di

una malattia qualificata quando il processo patologico può essere eliminato da misure semplici. L'Alta Corte, citando la DTF 130 V 464, ha poi ripreso il concetto secondo cui i denti del giudizio dislocati presentano una situazione diversa dagli altri denti dislocati a causa della loro posizione nella bocca e per tale motivo sono la causa di complicazioni infiammatorie e della formazione di cisti che possono avere gravi ripercussioni quali lo sviluppo di ascessi. Inoltre, i denti del giudizio possono essere estratti senza che sia necessario sostituirli, per esempio con degli impianti, ciò che li differenzia dagli altri denti dislocati. Per questo motivo, una stessa patologia dei denti del giudizio e degli altri denti deve essere valutata diversamente per sapere se ha valore di malattia qualificata. 12. Per quanto concerne la giurisprudenza cantonale, con sentenza del 23 maggio 2005 (36.2004.181) il TCA ha parzialmente accolto il ricorso di un'assicurata tredicenne che aveva chiesto alla sua Cassa malati l'assunzione dei costi per una terapia al dente 13 (allacciamento chirurgico e allineamento progressivo con apparecchio fisso multibrackets superiore ed arco palatino), che risultava dislocato. Dopo aver esperito alcuni accertamenti presso il medico curante della ricorrente ed avere esaminato la scarsa documentazione medica prodotta dall'assicuratore, il Tribunale ha rilevato al consid. 2.6 quanto segue: " (...) In particolare dagli attestati del dentista curante emerge che il dente 13 della ricorrente, nata nel 1992, la cui dentatura è pertanto ancora in fase di sviluppo, è dislocato (ciò che del resto viene ammesso anche dal medico fiduciario della Cassa). Tale dislocazione rappresenta un importante rischio di danneggiamento con riassorbimento radicolare per il dente 12. Inoltre il follicolo pericoronarico del dente incluso 13 mostra un allargamento con rischio di cisti pericoronarica con conseguente pericolo di danneggiamento del processo osseo alveolare. Il dentista curante, dopo aver tentato di migliorare la situazione tramite misure semplici e adeguate (non a carico dell'assicurazione, cfr. DTF 127 V 328), quali la posa di una trazione extraorale tipo headgear e l'estrazione del dente 53, ha constatato il mancato miglioramento della posizione del dente 13. Da cui la necessità della posa di un apparecchio multibrackets per la preparazione di un'unità di ancoraggio per l'allacciamento chirurgico ed il successivo allineamento ortodontico del dente 13. Va poi sottolineato che, contrariamente a quanto sembra ritenere l'assicuratore, il danno all'apparato masticatorio è prevalentemente di natura funzionale e solo in secondo luogo di ordine estetico. Gli scarni scritti del dentista di fiducia dell'assicuratore non apportano invece elementi di natura prettamente medico – specialistica atti a confutare la valutazione del dentista curante. Va del resto rammentato che il dentista curante ha in cura da diversi anni la ricorrente ed ha potuto constatare di persona, dunque direttamente, la patologia di cui è affetta la paziente. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. Ove vi fossero rapporti medici contraddittori, il giudice non può liquidare il caso senza valutare il materiale probatorio nel suo insieme e indicare le ragioni per le quali si fonda su una tesi piuttosto che su un'altra. Per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico, si deve accertare se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce a esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto conoscendo la pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e se le conclusioni cui perviene sono fondate (DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti ivi citati). Elemento determinate dal profilo probatorio, non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio richiesto sotto la qualifica di rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160; RAMI

2000 p. 214). In concreto, alla luce della documentazione medica raccolta agli atti, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (...), questo TCA deve concludere che la condizione della grave malattia è adempiuta e che i costi dell'intervento al dente 13 vanno di conseguenza assunti dall'assicuratore. Tuttavia, come visto, non tutti gli interventi vanno a carico della Cassa Malati. Infatti gli interventi iniziali, semplici e non complessi, che hanno preceduto l'allacciamento chirurgico del dente 13 e la posa di un apparecchio multibrackets (estrazione dente 53, posa di una trazione extraorale tipo headgear, ecc.), non vanno assunti dall'assicuratore (cfr. DTF 127 V 328). Solo gli interventi necessari successivi sono a carico dell'assicurazione obbligatoria." Il giudizio emanato il 6 dicembre 2006 (36.2006.104) da questa Corte riguarda il caso di un bambino nato nel 1993, i cui canini permanenti superiori erano dislocati palatalmente. Dopo avere proceduto all'estrazione di alcuni denti per favorire la normale eruzione dei due permanenti, il curante ha indicato che solo il dente 23 si era normalizzato mentre il secondo canino (13) ha peggiorato la sua posizione, ha sviluppato una cisti follicolare che minacciava le radici dei denti vicini ed era recuperabile solo mediante allacciamento chirurgico ed allineamento ortodontico con apparecchio multibande per la durata di 18 mesi. Il curante ha in seguito precisato che ci si trovava confrontati con una situazione patologica. Il follicolo dentale del canino superiore destro era dilatato, mentre lo era meno, o non del tutto, negli anni precedenti, e questo era un indizio che il processo era in sviluppo. Ciò significava che anche l'osso alveolare era già stato riassorbito e che le radici dei due incisivi contigui, verso le quali si dirigeva il movimento del canino, erano a grave rischio di riassorbimento. Le misure semplici adottate non erano state in grado di risolvere il problema. Il TCA ha ritenuto convincenti le risposte fornite dal dentista curante, espressamente interpellato, siccome egli era a conoscenza dell'anamnesi del paziente e delle sue sofferenze, ha accertato in maniera completa e motivata il sussistere di una patologia che necessitava l'intervento da parte di uno specialista. Il dente 13 era dislocato e ciò rappresentava un importante rischio di danneggiamento con riassorbimento radicolare per i denti vicini, con pericolo molto importante ed una seria minaccia all'integrità della dentatura in sviluppo. Gli attestati dei medici fiduciari, per contro, non erano particolarmente approfonditi. In particolare non si soffermavano sul pericolo di riassorbimento dei denti vicini, più volte evidenziato dal curante e si limitavano a contestare, in maniera generale, le osservazioni di quest'ultimo. Questo Tribunale ha quindi concluso che la condizione della grave malattia era adempiuta e che i costi dell'intervento al dente 13 dovevano essere di conseguenza assunti dall'assicuratore. Il 6 maggio 2009 (36.2007.131) il TCA ha analizzato il caso di una ragazza trentenne il cui medico dentista aveva chiesto alla Cassa malati la presa a carico della terapia necessaria prevista per la dislocazione palatale 23 con cisti follicolare e persistenza di 63, limitatamente all'arcata mascellare. Secondo l'ortodontista curante, il dente 23 presentava un elevato grado di rischio per la radice del dente 22 adiacente: il follicolo che avvolgeva il dente 23 era ispessito e quindi capace di riassorbire nel tempo la radice dell'incisivo laterale, senza manifestazioni esterne né dolori, con rischio di perdere il dente 22. L'elemento di malattia, cagionata dal 23, era presente. La Cassa malati ha invece escluso che i denti 21 e 22 potessero essere danneggiati dalla dislocazione del dente 23, oltretutto preesistente da tempo; quindi non v'era una malattia grave ai sensi dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre. Sentiti il medico dentista che ha chirurgicamente estratto il dente 23 della ricorrente, l'ortodontista che ha proposto la terapia in esame, il perito nominato come pure preso atto delle osservazioni dei medici dentisti di fiducia della Cassa malati che hanno potuto

pronunciarsi sugli esiti degli accertamenti effettuati, il TCA ha posto alla base del suo giudizio il parere del dentista curante, visto che ha estratto il dente dislocato 23 e ha quindi potuto verificare di persona l'esistenza o meno di una ciste follicolare attorno a questo dente, pronunciandosi così sulla natura della struttura radiotrasparente che attorniava il dente 23. Pertanto, il Tribunale ha definitivamente ammesso che non v'era una ciste follicolare strutturalmente formata attorno al dente 23, dislocato, perciò la dislocazione dentaria del dente 23 non ha causato una malattia e quindi, essendo unicamente in presenza di una dislocazione dentaria, il carattere di malattia ai sensi dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre è stato negato. Di conseguenza, i costi del trattamento ortodontico proposto per la cura dell'arcata mascellare della ricorrente che sono sorti e/o che sarebbero sorti dalla scelta terapeutica dell'ortodontista, non andavano assunti dall'assicuratore malattia, poiché non era data l'applicazione dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre. Ciò, indipendentemente dal fatto che, secondo il perito, la dislocazione del dente 23 aveva influito sulla situazione dell'apice della radice del dente 21 e del dente 22 e che l'assenza di adeguata terapia (estrazione del dente 23) avrebbe potuto portare, con il tempo, addirittura alla perdita dei denti 21 e 22. Nella STCA 36.2009.178, il 21 settembre 2010 il Tribunale si è pronunciato sul caso di un ragazzo, nato nel 1993, che ha chiesto alla Cassa malati la presa a carico della terapia necessaria prevista per la ritenzione del dente 13, stante la prossimità alla radice dell'incisivo laterale 12 con rischio di riassorbimento. La terapia contemplava l'allacciamento chirurgico del dente 13, l'allineamento progressivo con apparecchio fisso multibrackets superiore e la contenzione mediante placca di stabilizzazione superiore, per un costo di cura preventivato in CHF 5'000. Il TCA ha esaminato se la terapia proposta dal dentista curante per un paziente con una dentizione già definitiva - malgrado l'età - era resa necessaria da un fenomeno patologico (il canino dente 13 era ritenuto) che provocava dei pregiudizi importanti ai denti vicini (importante rischio di danneggiamento per i denti adiacenti 12 e 14) o, a certe condizioni, poteva rappresentare un rischio imminente di questo danno (DTF 127 V 328 e 391) e quindi rientrare nell'applicazione dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre. Il perito nominato dal Tribunale ha chiaramente e assolutamente escluso il realizzarsi di una dislocazione che causa una malattia come richiesto dall'art. 17 lett. a cifra 2 OPre, specificando che anche in presenza di un'anchilosi del canino, la contiguità della corona del 13 alla radice del dente 12 non costituiva più un potenziale pericolo per quest'ultimo. Nemmeno v'erano poi rischi di danneggiamento per il dente 14, visto che la probabilità che il canino venisse in contatto con questo dente e quindi lo danneggiasse era praticamente nulla. Facendo quindi proprie le constatazioni del perito ortodontista, questo Tribunale ha concluso che le particolarità del caso non configuravano i presupposti per ammettere l'esistenza di una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio ai sensi dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre, essendo unicamente in presenza di una ritenzione dentaria e non di una dislocazione patologica. I costi del trattamento ortodontico proposto dal dentista curante per la cura della ritenzione palatina del dente 13 del ricorrente non andavano perciò assunti dall'assicuratore malattia. 13. Nel caso di specie va pertanto esaminato se si sia in presenza di una malattia grave che provoca dei pregiudizi importanti ai denti vicini o, a certe condizioni, può rappresentare un rischio imminente di questo danno (DTF 127 V 328 e 391). In altre parole, controversa è la questione a sapere se il canino superiore sinistro, dente 23, ritenuto e dislocato, rappresentava un importante rischio di danneggiamento per i denti adiacenti (21, 22 e 63) o avrebbe potuto rappresentare un tale danno e quindi, trattandosi di un fenomeno patologico, rientrare nell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre e rendere così necessaria l'estrazione. La dr.ssa. med. dent. _____, specialista in ortodonzia, il

15 settembre 2017 (doc. 3) ha diagnosticato l'inclusione del canino superiore di sinistra con cisti e la presenza ancora del dente da latte 63 al posto, appunto, del dente 23. La sua proposta di trattamento prevedeva l'allineamento dell'arcata superiore con apparecchiatura fissa multibracket e l'allacciamento chirurgico del canino. A suo dire, era presente una cisti follicolare sul dente 23 che rappresentava un pericolo per i denti adiacenti. Compreso l'allacciamento del canino, la specialista ha indicato che il costo complessivo era di CHF 7'500.-. Il 13 giugno 2018 (doc. 10) il medico dentista di fiducia di CO 1, dr. med. dent. _____, specialista in ortodonzia, ha preso posizione sulla situazione della 24enne. Dalla traduzione in italiano effettuata dalla Cassa malati del referto originale in lingua tedesca (doc. 10) risulta quanto segue (doc. VI/2): " Domanda del cliente: Richiesta di garanzia di copertura dei costi (ital.) del dr. med. dent. _____: cure dentarie secondo l'art. 17 a 2 OPre dente 23 ritenuto con cisti in una paziente di 24 anni. Allacciamento del dente 23 con trattamento ortodontico nella mascella superiore, senza compromissione della masticazione. Abbiamo respinto il caso e ora riceviamo la riconsiderazione da parte del signor RA 1. Esiste in linea di principio un obbligo di prestazioni ai sensi dell'articolo 17 lett. a, cifra 2 OPre? A suo avviso, soddisfa i criteri di EAE e le prestazioni possono essere garantite? Se no, con quali argomenti fondati possiamo respingere nuovamente le prestazioni? La ringraziamo per il suo aiuto. Situazione di partenza: Viene fatto valere l'obbligo di prestazioni ai sensi dell'art. 17 a2 OPre. Considerandi: Esiste una decisione del tribunale federale del 4.12.2001 (DTF K93/01 Vr) in cui un gruppo di esperti si esprime sui denti spostati e sul carattere di malattia secondo l'art. 17 lett. a cif. 2 OPre. Viene, innanzitutto, fatta la differenza tra la dentizione in sviluppo e quella dopo la crescita. Per la paziente di 24 anni interessata si tratta di quest'ultima. Di conseguenza, un possibile carattere di malattia del dente sussiste solo in una patologia esistente che è in connessione con il dente 23 spostato, che è inevitabile e che danneggia l'apparato masticatorio. Il dente 23 è spostato e si trova in questa posizione da circa 10 anni. Dal punto di vista radiologico non è possibile rilevare danni alle strutture vicine, né è visibile alcuna cisti. All'argomentazione che mira a classificare l'estetica quale patologia c'è da obiettare che il dente da latte 63 è in situ, per cui la fila di denti è completa. Inoltre, questa "condizione patologica" esiste da dieci anni o più e non è stata precedentemente considerata tale. A mio parere, il criterio del valore di malattia non è soddisfatto.". Il parere riporta poi il considerando bb della STFA K 93/01 del 4 dicembre 2001 e conclude: " Raccomandazione: non emettere una garanzia di copertura dei costi.". Il 10 settembre 2018 (doc. 8) la dr.ssa med. dent. _____, specialista in ortodonzia, si è pronunciata a seguito della decisione della Cassa malati di rifiuto di assunzione dei costi della terapia che la stessa curante aveva preventivato. Due sono i motivi che per l'ortodontista devono portare la Cassa malati a rivedere la sua decisione negativa: " (...) 1) L'occlusione non può essere considerata completa e funzionale in quanto il dente da latte 6.3 dà già segni di ipermobilità e può avere al massimo qualche anno di prognosi. La situazione è chiaramente in divenire, anche alla sola presa visione dell'ortopantomografia. Il canino da latte mostra severo riassorbimento radicolare legato sia alla presenza del canino in posizione quasi orizzontale sia alla scarsa resistenza fisiologica della radice di un dente da latte. Giudicare in una ragazza di 23 anni completa un'occlusione che può avere qualche anno di stabilità è quanto meno inopportuno se non banalmente scorretto. 2) All'esame TAC datato 19.11.2017 ed eseguito dal Dott. _____, è evidente il riassorbimento della radice dell'incisivo laterale superiore sinistro (2.2). In visione occlusale è inoltre evidente dilatazione cistica dello spazio del follicolo. Il fatto che questo aspetto sia ben visibile in TAC e meno in OPT mi fa pensare

che l'esame TAC non sia stato proprio osservato dal perito perché sia la lesione radicolare che la lesione cistica sono assai evidenti in un esame, quello tridimensionale, che dovrebbe essere considerato con ben maggiore attenzione rispetto all'ortopantomografia. Lo stesso Dott. _____ si è detto molto preoccupato per il destino dell'incisivo laterale superiore sinistro e sostenere che la situazione attuale non comporti pericolo per i denti vicini, con particolare riferimento all'incisivo laterale e anche al canino deciduo visto che quest'ultimo dovrebbe fare le veci del permanente a lungo termine, appare davvero un'azzardata presa di responsabilità, trattandosi di uno stato chiaramente patologico. Alla luce delle dichiarazioni di cui sopra, invito il perito a riconsiderare gli esami a disposizione. Potrà essere argomento di discussione se il canino 2.3 debba essere recuperato ortodonticamente piuttosto che estratto, ma questo aspetto poco ha a che vedere, dal punto di vista giuridico, con il riconoscimento della paziente al diritto alla prestazione già che questo è garantito dalla diagnosi clinica e non dalla soluzione terapeutica eventualmente proposta." Pronunciatosi una seconda volta sulla problematica dentaria dell'assicurata a seguito dell'opposizione che la stessa ha formulato alla decisione formale di rifiuto di assunzione dei costi, il 29 gennaio 2019 (doc. 9 in tedesco e doc. VI/1 in italiano) il medico dentista di fiducia della Cassa malati si è così nuovamente espresso: " Domanda del cliente: Riguarda il caso chiuso _____ opposizione alla decisione del 7.08.2018 da parte di RA 1 (vedasi allegato lettera in tedesco e lettera originale in italiano). Nella decisione formale, l'avvolgimento del dente 23 mediante allineamento ortodontico della posizione e un apparecchio ortodontico fisso nella mascella superiore. Il dente 23 è spostato, ma si trova in questa posizione da circa 10 anni. Non compromette la masticazione, non ci sono danni alla struttura dentale vicina o una cisti. Nell'opposizione si sostiene che il dente da latte 63 si trovi in uno stato di ipermobilità e che abbia una prognosi di qualche anno al massimo. Inoltre, ci sarebbe un forte riassorbimento delle radici e la masticazione è problematica e sarebbe sempre più compromessa fino alla perdita completa del dente 63. Ci sarebbe già oggi un riassorbimento del dente 22 (radiologicamente non dimostrato). Vi sarebbe anche una dilatazione cistica dello spazio del follicolo (non radiologicamente provata). Domanda: l'opposizione può essere accolta sulla base delle dichiarazioni della RA 1 o possiamo attenerci alla nostra decisione? Se no, quali certificati odontoiatrici devono ancora essere forniti? È possibile che un tale deterioramento (come descritto) si verifichi in così poco tempo? Quali argomentazioni fondate dovrebbero essere utilizzate per giustificare l'opposizione e respingerla nuovamente? La ringraziamo per il suo aiuto. Situazione di partenza: è nota. Considerandi: In base alla sentenza del Tribunale federale BGE K93/01 Vr, la situazione è in realtà inequivocabile (cfr. la mia valutazione del 13.6.2018). L'argomentazione legale mi sembra interessante. 1. L'accertamento dei fatti da parte della cassa malati non sarebbe corretto. Questo è uno scherzo, perché il dentista curante, la dr.ssa _____, sa esattamente quali documenti ha presentato per la valutazione. 2. Di solito, un dente da latte, prima o poi, cade a causa del riassorbimento della radice. Di solito segue un dente permanente, ma a volte no. Il riassorbimento della radice 22 osservato dal dr. _____ non può essere verificato sulla base della documentazione a mia disposizione, né può essere verificato un ampliamento cistico del follicolo. 3. L'assenza di un dente canino o la presenza di un dente dislocato non costituisce una compromissione dell'apparato masticatorio. Se si legge attentamente la sentenza, si potrebbe dedurre che la posizione di un dente di per sé non abbia un valore di malattia (citazione: "Damit scheidet aus, den Krankheitswert in den verlagerten oder überzähligen Zähnen und Zahnkeimen selbst zu sehen" [È quindi impossibile vedere il valore della malattia nei denti dislocati o in soprannumero e nei germi

dentari stessi]). Raccomandazione: non emettere una garanzia di copertura dei costi!". Il 27 marzo 2019 (doc. VIII/A) il dr. med. dent. _____ ha risposto alle domande sottopostegli dal rappresentante legale dell'assicurata esprimendosi come segue: " Nella cartella inviatale via email il 13 marzo u.s. troverà una foto intraoperativa (del 4.10.18) e alcune immagini radiografiche prese da un esame 3D eseguito nel mio studio il 9 novembre 2017. 1. La prognosi del dente 63 non è buona. Infatti come si può notare dall'ortopantomografia (allegato A) il riassorbimento della radice del dente deciduo (da latte) è molto marcato. 2. Il riassorbimento radicolare del dente 22 è ben presente ed è visibile nell'allegato D. Quasi tutta la metà apicale (seconda metà) della radice è stata toccata sia in direzione verticale che orizzontale, fino quasi a raggiungere il cavo polpare ossia il nervo del dente. Anche la prognosi di questo dente non è favorevole. 3. Per stabilire l'esatta diagnosi di una cisti occorre un esame istologico. Da parte mia non l'ho ritenuto necessario. Dall'allegato B risulta comunque chiaro che non si tratta di una cisti. 4. L'allegato E mostra nell'ultimo quarto della radice del dente 21 un lieve riassorbimento della stessa. La prognosi di questo dente è sicuramente positiva. 5. La Dr.ssa _____ mi ha chiesto di allacciare il canino dislocato (dente 23), ossia avrei dovuto attaccare alla corona del dente un bracket (placchettina) per permetterle di ruotarlo ed allinearlo con manovre ortodontiche. La cosa non è stata possibile in quanto a causa dell'amelogenesi (malformazione dello smalto del dente - allegato C) si era creata un'anchilosi (fusione tra dente e osso). Sarebbe stato impossibile muovere il dente. Pertanto ho dovuto procedere all'estrazione dello stesso. Questo intervento, durato più di due ore, è risultato molto complesso e difficoltoso a causa dell'anchilosi e della vicinanza delle radici dei denti 21 e 22. (...)" 14. Dalla documentazione raccolta dal TCA emerge innanzitutto che tutti gli specialisti sono concordi che il dente 23 era dislocato, essendo incluso palatalmente. Tuttavia, ai fini di un'assunzione dei costi delle cure dentarie da parte della LAMal, occorre ancora che esse siano attinenti a delle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio e che l'affezione abbia carattere di malattia. Occorrono quindi due condizioni cumulative: da una parte, una dislocazione o il soprannumero di denti o germi dentari; d'altra parte, questa situazione deve causare una malattia. La prima condizione è senza dubbio data, essendo il dente 23 in posizione palatale e quindi dislocato, per contro, non è data la seconda condizione della realizzazione di uno stato patologico provocato da questa dislocazione, vista l'assenza di una cisti o di un ascesso menzionati dall'art. 17 lett. a cifra 2 OPre. A questo proposito va segnalato che il dr. med. dent. _____ ha evidenziato che per stabilire l'esatta diagnosi di una cisti occorre effettuare un esame istologico, che nel caso della ricorrente egli non ha ritenuto necessario eseguire. Infatti, lo stesso medico dentista che ha estratto il canino superiore dislocato e incluso ha affermato che, come risultava dalla prova fotografica (doc. VII/A1), " dall'Allegato B risulta comunque chiaro che non si tratta di una cisti " (doc. VIII/A risposta n. 3) attorno al dente 23. Occorre inoltre evidenziare che anche in presenza di una dilatazione del follicolo dentale del canino superiore sinistro così come rilevato dalla dr.ssa med. dent. _____ (doc. 8), circostanza però negata dal dr. med. dent. _____, ciò non significa ancora che vi fosse una cisti attorno al dente 23 e che quindi la dislocazione configurasse una situazione patologica come richiesto dalla giurisprudenza. Di conseguenza, deve essere definitivamente ammesso che non v'era una cisti follicolare strutturalmente formata attorno al dente 23, dislocato e incluso. Per quanto concerne la circostanza evidenziata dal dr. med. dent. _____, secondo cui la prognosi del dente da latte 63 non era buona a causa del marcato riassorbimento della radice del dente deciduo (doc. VIII/A risposta n. 1), il TCA evidenzia che tale situazione non ha nulla

a che vedere con il canino superiore sinistro. Infatti, come correttamente osservato dal medico dentista di fiducia della Cassa malati, un dente da latte prima o poi cade a causa del riassorbimento naturale della sua radice. Pertanto, la situazione del dente deciduo 63 riscontrata dall'operatore dell'estrazione del dente 23 è totalmente indipendente dalla dislocazione dell'elemento dentario e dall'eventuale situazione patologica - qui tuttavia non data non essendoci una cisti - che avrebbe potuto essere presente. In altre parole, il riassorbimento della radice del dente da latte 63 fa parte del suo percorso naturale di crescita rispettivamente di caduta e ciò è totalmente indipendente dal comportamento degli altri denti adiacenti. Di conseguenza, anche le affermazioni del 10 settembre 2018 (doc. 8) della dr.ssa med. dent. _____, per la quale il dente da latte era ipermobile e poteva avere al massimo qualche anno di prognosi stante il severo riassorbimento radicolare, non sono di aiuto per l'individuazione di un fattore patologico attribuibile al dente 23. 15. Per contro, diverso è il discorso per il problema al dente 22. Nel suo parere del 27 marzo 2019 (doc. VIII/A risposta n. 2) il dr. med. dent. _____ ha affermato che il riassorbimento del dente 22 era ben presente e visibile nella documentazione fotografica (doc. VIII/D) con quasi tutta la metà apicale della radice che era stata toccata sia in direzione verticale sia orizzontale fino quasi a raggiungere il nervo del dente. Questa circostanza è stata contestata dal medico dentista fiduciario della resistente che non ha ritenuto visibili, sulla base della documentazione radiografica trasmessagli, dei danni alle strutture vicine (doc. 10: " Es sind radiologisch keine Schädigungen von Nachbarstrukturen auszumachen " e doc. 9: " Die von Dr. _____ beobachtete Resorption der Wurzel 22 lässt sich aufgrund der mir zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht verifizieren "). In proposito occorre rilevare che il dr. med. dent. _____ ha avuto a disposizione soltanto l'ortopantomografia del 7 settembre 2017 inviata alla Cassa malati dalla dottoressa _____ con la richiesta di garanzia di copertura dei costi (doc. 3), mentre non si è pronunciato sulle immagini radiografiche prese da un esame TAC effettuato il 9 novembre 2017 dal dr. med. dent. _____, che sono state prodotte pendente causa dalla ricorrente e che il Tribunale ha trasmesso a CO 1 per una presa di posizione (doc. IX). Va qui rilevato che, generalmente, un riassorbimento radicolare è difficilmente visibile ed individuabile con chiarezza su un'ortopantomografia, trattandosi di un esame radiologico che fotografa la situazione buccale del paziente frontalmente e quindi non permette di vedere questi dettagli, che rimangono nascosti - così come le cisti, a meno che siano di dimensioni consistenti. In effetti, nel caso concreto, dall'ortopantomografia si vede solo la corona del dente 23 che passa sopra e invade completamente la radice del dente 22 arrivando fino a lambire la radice del dente 21, ma ciò ancora non significa che vi sia un danno radicolare agli elementi 21 e 22 (doc. VIII/A1). Ciò giustifica il fatto che il medico dentista di fiducia della Cassa malati non abbia visto i danni alle strutture vicine e la cisti attorno al dente 23 (doc. 10: " (...) Es sind radiologisch (...) ebenso ist auch keine Zyste sichtbar. "). Soltanto una TAC, come quella eseguita dal dr. med. dent. _____, permette invece di avere un'immagine più precisa, chiara e dettagliata della situazione dentale, fotografando la situazione buccale da/in varie posizioni. E, per ciò che concerne la ricorrente, in effetti dal doc. VIII/D è chiaramente visibile una dilatazione del sacco follicolare attorno al dente 23 incluso che ha invaso la parte alta della radice del dente 22 (apice), assottigliandola in modo marcato e generando una situazione di possibile futuro pericolo per il dente stesso. È quindi indubbio che la dislocazione del canino superiore sinistro ha causato un notevole danneggiamento delle strutture vicine, nella misura in cui v'è stato un riassorbimento radicolare del dente 22, che assume dunque valore di malattia ai sensi dell'art. 17 lett. a cifra 2 OPre (STFA K 12/01

del 21 dicembre 2001 consid. 3c/bb). Di conseguenza, l'estrazione dell'elemento dentario 23 era necessaria per bloccare la situazione patologica che si era venuta a creare sul dente 22. Stando così le cose, il TCA conclude che la dislocazione dentaria del dente 23 ha causato una malattia, nella misura in cui ha comportato il riassorbimento della radice del dente 22. Sebbene sia stata esclusa la presenza di una cisti follicolare attorno al dente incluso, tuttavia v'è stato un danno alle strutture vicine e, così facendo, la dislocazione ha assunto carattere di malattia come richiesto dall'art. 17 lett. a cifra 2 OPre e dalla giurisprudenza. Di conseguenza, essendo di fronte a un pregiudizio qualificato della salute, come tale la dislocazione dentaria in oggetto, patologica, giustifica un obbligo di prestazione assicurativa. 16. Da quanto precede discende dunque che il ricorso deve essere accolto, la decisione impugnata annullata, e gli atti rinviati alla Cassa per quantificare il suo obbligo prestativo alla luce delle fatture prodotte agli atti solo a procedura giudiziaria avviata (doc. VIII). Vincente in causa e rappresentata da RA 1, la ricorrente ha diritto al riconoscimento di ripetibili in considerazione delle domande processuali formulate (qui tese a conseguire il versamento dell'importo preventivato dalla dr.ssa med. dent. _____ di CHF 7'500.-) e del grado di accoglimento del gravame (art. 61 lett. g LPGA).

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