

# **TI\_GERICHTE 36.2021.4 vom 7. April 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-04-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2021.4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.4)

FR: TI\_GERICHTE 36.2021.4 du 7 avril 2021

IT: TI\_GERICHTE 36.2021.4 del 7 aprile 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non complessa a livello d'istruttoria o per la valutazione delle prove sicché Il TCA può 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 RDAT 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.). Non va dimenticato infatti che l'art. 30 cpv. 1 Cost. fed. prevede che nelle cause giudiziarie ognuno ha diritto d'essere giudicato da un tribunale fondato sulla legge, competente nel merito, indipendente e imparziale. Nell'organizzazione dei Tribunali i cantoni gioiscono di competenza, e quando un Cantone consideri composizioni alternative per la medesima materia, a dipendenza di specifici criteri prestabiliti e oggettivi, ovvero razionali, volti a evadere la vertenza in modo appropriato e in un termine ragionevole (DTF 144 I 37 consid. 2), come il Ticino ha fatto (ritenendo la difficoltà probatoria, la complessità giuridica o l'entità dei valori in gioco), l'intervento di controllo dell'autorità giudiziaria superiore deve avvenire con doverosa cautela. Nel caso all'esame il tema è relativo all'assunzione del costo di una modesta cifra relativa a cure prestate ad un dente che la ricorrente ritiene danneggiato da infortunio mentre la Cassa da malattia. Il quesito giuridico di fondo non appare complesso ed ha fatto, a più riprese, oggetto di analisi da parte di questa Corte che ha emanato in merito numerose decisioni (reperibili mediante una semplice ricerca sul sito: [sentenze.ti.ch](http://sentenze.ti.ch)). La dottrina ha poi sviscerato a fondo il tema delle condizioni sottostanti un evento infortunistico (per tutte: Aldo Borella , La giurisprudenza

del Tribunale federale delle assicurazioni sulla nozione d'infortunio, in: Temi scelti di diritto delle assicurazioni sociali, 2006) e, come rammenta il Giudice federale Borella nel testo citato, pure la giurisprudenza federale si è ampiamente chinata su questo aspetto. Anche l'aspetto relativo alla comunicazione con cui la Cassa nega una prestazione non avente veste di decisione ed i suoi effetti (ampiamente esaminati dalla giurisprudenza come appare dalle considerazioni che seguono) non è tale da imporre un giudizio che non sia monocratico. Non essendovi difficoltà giuridiche il giudizio in questa fattispecie può essere emanato monocraticamente, alla luce del fatto che – anche per l'esito che qui vien dato al ricorso – gli elementi probatori acquisiti agli atti (manifestamente insufficienti a un giudizio di merito) sono comunque comprensibili e non complessi. Per queste ragioni si giustifica un giudizio a giudice unico.

2. La Cassa malati, dopo essere entrata nel merito della richiesta di rimborso formulata dalla ricorrente, respingendola sia in sede di decisione formale emessa il 2 marzo 2020 (doc. D) sia di decisione su opposizione del 21 dicembre 2020 (doc. B), per la prima volta in sede di risposta ha sostenuto che la decisione del 15 maggio 2018 era cresciuta incontestata in giudicato, poiché non è stata oggetto di contestazione entro un anno, ma solo il 30 ottobre 2019. Pertanto, avendo già evaso la questione con una decisione cresciuta in giudicato, a suo dire la richiesta di assunzione dei costi del 29 marzo 2018 (doc. M) non poteva essere decisa nuovamente.

3. Per quel che concerne l'assicurazione federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10), l'art. 1 cpv. 1 LAMal prevede che le disposizioni della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la presente legge o la legge del 26 settembre 2014 sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal) non preveda espressamente una deroga alla LPGA. Per l'art. 49 cpv. 1 LPGA, nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato, l'assicuratore deve emanare per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni. Una domanda relativa a una decisione d'accertamento deve essere soddisfatta se il richiedente fa valere un interesse degno di protezione (art. 49 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 49 cpv. 3 LPGA, le decisioni sono accompagnate da un avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. La notificazione irregolare di una decisione non deve provocare pregiudizi per l'interessato. Ai sensi dell'art. 51 cpv. 1 LPGA, le prestazioni, i crediti e le ingiunzioni che non sono contemplati nell'art. 49 cpv. 1 possono essere sbrigati con una procedura semplificata. L'art. 51 cpv. 2 LPGA prevede che l'interessato può esigere che sia emanata una decisione. Per l'art. 52 cpv. 1 LPGA le decisioni possono essere impugnate entro trenta giorni facendo opposizione presso il servizio che le ha notificate; fanno eccezione le decisioni processuali e pregiudiziali. A norma dell'art. 52 cpv. 2 LPGA le decisioni su opposizione vanno pronunciate entro un termine adeguato in maniera motivata e con l'avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Secondo l'art. 56 cpv. 1 LPGA le decisioni su opposizione e quelle contro cui un'opposizione è esclusa possono essere impugnate mediante ricorso. Per l'art. 56 cpv. 2 LPGA il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante la domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione.

4. Nella DTF 134 V 145 emessa in ambito di assicurazione contro gli infortuni, al considerando 5 il Tribunale federale ha stabilito che se l'assicuratore ha comunicato a torto il rifiuto (parziale o integrale) di prestazioni non già nella forma di una decisione, ma in modo informale, e la persona interessata non accetta il disposto rifiuto, quest'ultima deve di principio manifestare il proprio disaccordo entro il termine di un anno. In tale ipotesi l'assicuratore emanerà una decisione formale, contro la quale è data la facoltà di presentare opposizione. Senza

tempestiva reazione, la decisione informale diventa valida, così come se fosse stata resa correttamente giusta l'art. 51 cpv. 1 LPGa. Il Tribunale federale ha applicato tale giurisprudenza anche in materia AVS (sentenza 9C\_1010/2008 del 9 marzo 2009, consid. 1 [contributi paritetici]), AI (cfr., fra le tante, sentenza 8C\_485/2018 dell'11 febbraio 2019, consid. 4.2) e LADI (sentenza 8C\_627/2009 dell'8 giugno 2010, consid. 3.1; cfr. anche in ambito LPP la sentenza 9C\_702/2014 del 1° dicembre 2014, consid. 4.2.1). L'Alta Corte ha in sostanza affermato che una decisione emanata per errore in via informale ha gli stessi effetti di una decisione emessa in maniera corretta ai sensi dell'art. 51 cpv. 1 LPGa, con l'unica differenza che il termine entro il quale esse possono essere impugnate è, di principio, di un anno (cfr. sentenza 9C\_1010/2008 del 9 marzo 2009, consid. 1), rilevato tuttavia che potrebbe essere più lungo in circostanze particolari (DTF 134 V 145, consid. 5.3.2 in fine : " [...] Eine längere Frist kommt allenfalls dann in Frage, wenn die Person - insbesondere, wenn sie rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist - in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschließenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst" ; cfr. anche sentenza 9C\_788/2014 del 27 novembre 2014, consid. 4.3). La persona assicurata che riceve una decisione erroneamente emanata in via informale non può, in applicazione dei principi della buona fede e della sicurezza del diritto, rimanere passiva e rimettere in discussione il provvedimento in ogni tempo. In caso di mancata contestazione entro il termine, prolungato, di un anno, la decisione informale esplica i medesimi effetti di una decisione formale (DTF 134 V 145 consid. 5.2 in fine : " [...] ist deshalb insofern zu präzisieren, als die versicherte Person einen unzulässigerweise im formlosen Verfahren erlassenen Entscheid des Unfallversicherers, den Fall abzuschließen, nicht zeitlich unbeschränkt in Frage stellen kann, sondern nur innerhalb einer Frist, deren Dauer nachfolgend zu definieren ist. Unterbleibt eine fristgerechte Intervention, entfaltet der im formlosen Verfahren ergangene Entscheid in gleicher Weise Rechtswirkungen, wie wenn er im durch Art. 51 Abs. 1 ATSG umschriebenen Rahmen erlassen worden wäre. ") . L'Alta Corte ha ancora di recente rammentato che il termine di un anno vale segnatamente laddove l'assicurato può, in buona fede, ritenere che una decisione in buona e dovuta forma sarebbe stata emanata in un prossimo futuro (STF 8C\_485/2018 dell'11 febbraio 2019, consid. 4.2: " [...] Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in Anwendung von Art. 51 Abs. 1 ATSG in einem formlosen Verfahren behandelt werden. Die betroffene Person kann nach Art. 51 Abs. 2 ATSG den Erlass einer Verfügung verlangen. Zwar bezieht sich Art. 51 ATSG ausdrücklich nur auf das zulässige formlose Verfahren, doch erachtet es die Rechtsprechung - in Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG - auch dann als angezeigt, dass die betroffene Person einen Entscheid in Form einer Verfügung verlangen kann, wenn der Versicherungsträger zu Unrecht formlos und nicht mittels Verfügung entschieden hat (BGE 134 V 145 E. 5.1 S. 149). Die Frist für eine solche Intervention gegen den unzulässigerweise formlos mitgeteilten Entscheid beträgt im Regelfall ein Jahr seit der Mitteilung. Eine längere Frist kommt allenfalls dann in Frage, wenn die betroffene Person - insbesondere, wenn sie rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist - in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschließenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst. Ohne fristgerechte Intervention erlangt der Entscheid rechtliche Wirksamkeit, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145 E. 5.3 und 5.4 S. 151 ff.; Urteil 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 3.4 mit Hinweis . Va inoltre citata la sentenza 9C\_646/2017 del 9 marzo 2018, dove, in un caso in ambito AVS, il Tribunale federale ha

affermato: " (...) 4.2. Une décision, qu'elle soit formelle (art. 49 al. 1 LPGGA) ou qu'elle ait été rendue selon une procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGGA), implique un rapport juridique obligatoire et contraignant entre l'autorité et l'administré. Elle se distingue à cet égard des simples déclarations, comme des opinions, des communications, des prises de position, des recommandations et des renseignements, qui, faute de caractère juridique contraignant, n'entrent pas dans la catégorie des décisions (ATF 130 V 288 consid. 2.3 p. 391; arrêts 2C\_282/2017 du 4 décembre 2017 consid. 2.1 et 8C\_220/2011 du 2 mars 2012 consid. 4.1.2 in: SJ 2013 I 18). Pour déterminer si l'on est ou non en présence d'une décision, il y a ainsi lieu de considérer les caractéristiques matérielles de l'acte. Un acte peut ainsi être qualifié de décision (matérielle), si, par son contenu, il en a le caractère, même s'il n'est pas intitulé comme tel et ne présente pas certains éléments formels typiques d'une décision, telle l'indication des voies de droit (ATF 143 III 162 consid. 2.2.1 p. 164 s.; 134 V 145, consid. 3.2 p. 148). A cet égard, la décision qui présente un vice de forme (absence d'indication des voies de droit ou de motivation, par exemple) ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGGA). Cela étant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification d'une décision; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme; ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester. Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (arrêt 9C\_202/2014 du 11 juillet 2014 consid. 4.2 et les références; cf. aussi ATF 134 V 145 consid. 3.2). (...)

### **E. 5.1**

Selon la jurisprudence, le rapport juridique entre l'assureur social et la personne assurée qui repose sur une décision rendue en application de la procédure simplifiée selon l'art. 51 al. 1 LPGGA acquiert force de chose décidée (produisant ainsi les mêmes effets qu'une décision entrée en force) si l'assuré ne manifeste pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, son désaccord avec la solution adoptée ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (cf. ATF 134 V 145 consid.

### **E. 5.2**

p. 150 s.; 129 V 110 consid. 1.2.2 p. 111). En présence d'une telle réaction de l'assuré, l'assureur doit alors se prononcer par une décision formelle (art. 51 al. 2 LPGGA). La loi ne précise pas la durée du délai d'examen et de réflexion convenable. La jurisprudence admet que cette durée varie selon les circonstances du cas d'espèce; si elle excède en tous les cas le délai de recours contre une décision formelle, elle ne saurait, en revanche, être supérieure à une année (ATF 134 V 145 consid.

### **E. 5.3**

p. 151 s.; cf. aussi arrêt K 172/04 du 13 mars 2006 consid. 2). (...)" Su questi aspetti si veda anche la STCA 33.2020.8 del 15 maggio 2020 e STCA 30.2018.18-20 del 5 novembre 2018, consid. 2.4. Va ancora evidenziato che, come emerge dalla STF 8C\_433/2018 del 14 agosto 2018 al consid. 5.2, "[...] per determinare se si tratta di una decisione o no occorre

considerare le condizioni materiali dell'atto contestato, in particolare se l'autorità competente abbia inteso creare una relazione giuridica obbligatoria e con carattere d'imperio fra l'autorità amministrativa e il cittadino (da ultimo sentenza 2C\_282/2017 del 4 dicembre 2017 consid. 2.1 con riferimenti) ". Nella citata sentenza 2C\_282/2017 del 4 dicembre 2017, al consid. 2.1 il Tribunale federale ha affermato che nel diritto pubblico la nozione di decisione in senso largo concerne di principio ogni risoluzione emanata da un'autorità che è destinata a produrre un effetto giuridico concreto o a constatare l'esistenza o l'inesistenza di un diritto o di un obbligo; in senso stretto è un atto che, rispondendo a questa definizione, interviene in un caso individuale e concreto. L'Alta Corte ha rammentato che semplici dichiarazioni, come opinioni, comunicazioni, prese di posizione, raccomandazioni od informazioni non rientrano nella categoria di decisioni, in mancanza di un carattere giuridico vincolante. Per stabilire se si è in presenza o meno di una decisione, occorre considerare le caratteristiche materiali dell'atto che può essere qualificato come decisione se, per il suo contenuto, ne ha le caratteristiche, anche se non è intitolato come tale e non presenta alcuni elementi formali tipici di una decisione, quali l'indicazione dei mezzi di diritto (sentenza 1C\_532/2016 del 21 giugno 2017, consid. 2.3.1, sentenza 2C\_271/2012 del 14 agosto 2012 consid. 1.3, non pubblicato in DTF 139 II 384). 5. Nel caso di specie, la qualifica giuridica dei suoi scritti del 15 maggio 2018 in risposta alla richiesta della dr. \_\_\_\_\_ del 30 marzo 2018 di assumersi i costi del trattamento al dente 11 e del 21 giugno 2018 a seguito della contestazione del 22 maggio 2018, è stata superata dagli eventi e, di conseguenza, la tesi della Cassa malati di irricevibilità del ricorso non può essere seguita. Infatti, anche se si volesse ritenere che questi scritti costituiscono delle decisioni, benché non contengano i rimedi di diritto e non siano intitolati come tali pur spiegando le ragioni della Cassa per cui non sarebbe soddisfatto il criterio del nesso di causalità fra il danno ai denti e l'infortunio del 2015 implicando in tale modo un rapporto giuridico e vincolante tra la Cassa malati e la ricorrente (STF 9C\_646/2017 del

## **E. 9**

marzo 2018, consid. 4.3; cfr. anche STF 8C\_433/2018 del 14 agosto 2018, consid. 5.2, STCA 33.2020.8 del 15 maggio 2020, consid. 8; STCA 30.2018.18-20 del 5 novembre 2018, consid. 2.4, STF 9C\_646/2017 del 9 marzo 2018, consid. 4.3; cfr. anche STF 8C\_433/2018 del 14 agosto 2018, consid. 5.2, cfr. STCA 30.2018.18-20 del 5 novembre 2018, consid. 2.4), tali scritti hanno perso la loro valenza di decisione informale con l'emanazione, da parte della Cassa, della decisione formale del 2 marzo 2020 e della decisione su opposizione del 21 dicembre 2020. Con tali atti la Cassa malati ha, infatti, accettato di entrare nel merito della domanda dell'interessata di riconoscerle i costi del trattamento dentario, esaminandola, senza sollevare alcuna obiezione circa la tardività della richiesta. È solo con la risposta di causa che CO 1 ha sollevato il tema della tempestività della richiesta, affermando che la decisione del 15 maggio 2018 era cresciuta in giudicato essendo stata impugnata soltanto il 30 ottobre 2019, ciò che in realtà non è corretto, vista la ferma opposizione del 22 maggio 2018 espressa dalla dr. \_\_\_\_\_ per la sua paziente (sul tema generale si faccia riferimento alla STCA 36.2013.61 del 17 aprile 2014). Nella sentenza pubblicata in DTF 134 V 145, l'assicuratore contro gli infortuni si era rifiutato, il 4 agosto 2005, di emanare nel merito di una nuova decisione, ritenendo che la questione fosse ormai risolta tramite la notifica di uno scritto inviato l'8 maggio 2002 e non era perciò entrato nel merito della domanda. In concreto, se l'assicuratore resistente avesse voluto prevalersi della crescita in giudicato dello scritto del 15 maggio 2018 (doc. L) o, piuttosto, del successivo del 21 giugno 2018 (doc. G), avrebbe potuto rifiutarsi di emanare una

decisione di merito o dovuto dichiarare irricevibile per tardività la richiesta del 14 febbraio 2020 dell'assicurata tesa ad ottenere una decisione formale, siccome già emessa il 21 giugno 2018, decisione che, in forza della giurisprudenza citata, nel frattempo era già cresciuta incontestata in giudicato. La Cassa non ha proceduto in tal modo ma, come indicato, è entrata nel merito della domanda della sua assicurata. Da ciò consegue che non sussiste un provvedimento già emanato e divenuto definitivo in assenza di tempestiva contestazione e che l'oggetto del ricorso è la decisione su opposizione del 21 dicembre 2020. Il Tribunale è quindi tenuto ad entrare nel merito della contestazione della ricorrente tesa a riconoscerle prestazioni assicurative per il danno al dente 11 da ricondurre a un infortunio del 2015. nel merito 6. Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa. Per l'art. 1a cpv. 2 LAMal, la LAMal accorda prestazioni in caso di malattia (definita dall'art. 3 LPGGA), infortunio (definito dall'art. 4 LPGGA) - per quanto l'evento non sia a carico di alcuna assicurazione infortuni sia essa obbligatoria o privata - e maternità (art. 5 LPGGA). La copertura del rischio d'infortunio prevista dalla LAMal risulta rivestire simultaneamente un ruolo sussidiario e complementare: sussidiario quando ha per compito di completare le lacune assicurative in ragione della sua funzione suppletiva e complementare quando può portare a prendersi carico delle spese non coperte o coperte solo parzialmente da un'assicurazione infortuni (cfr. Messaggio del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991, pag. 123; Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SVBR], Soziale Sicherheit, 3a ed. 2016, N. 323 pag. 505). Nel caso di specie trova applicazione la LAMal, siccome l'infortunio occorso alla qui ricorrente il 10 luglio 2015, su cui essa ha fondata la richiesta di rimborso delle spese di trattamento al dente 11 contestate, non risulta essere a carico di un altro assicuratore contro gli infortuni (doc. N). 7. Secondo l'art. 28 LAMal, in caso d'infortunio l'assicuratore copre le medesime prestazioni che in caso di malattia. L'art. 31 cpv. 2 LAMal pone a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i costi per le cure di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio. L'art. 4 LPGGA definisce l'infortunio come segue: "È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte.". La definizione di infortunio voluta con l'adozione della LAMal è sostanzialmente uguale a quella ripresa nella LPGGA. In virtù della LAMal in vigore sino alla fine del 2002, l'infortunio era definito, come rammenta l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) nella sentenza K 202/00 del 18 settembre 2001 al considerando 2a, nel seguente modo: " Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal)." Inoltre, secondo il considerando 1 della DTF 122 V 232, " Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 1996, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, il existe désormais - et pour la première fois - une définition légale de l'accident, qui figure à l'art. 2 al. 2 de cette loi. Cette définition, qui reprend celle de l'art. 9 al. 1 OLAA, avec une précision relativement aux effets de l'atteinte corporelle, est la suivante: « Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ». Cette dernière phrase constitue quant à elle une version simplifiée du texte adopté par la Commission du Conseil des États à l'art. 4 al. 1 du projet de loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales (« ...qui compromet temporairement ou de manière permanente la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort » [FF 1991 II 183]). Il résulte de la définition même de l'accident (au sens de l'art. 9 al 1 OLAA comme au sens de l'art. 2 al. 2 LAMal) que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 118 V 61 consid. 2b, 283 consid. 2a ainsi que les références)." (...). Dal canto suo, Ueli Kieser si esprime così sull'argomento nel commentario alla LPGa (ATSG-Kommentar, 4a ed., 2020, nn. 9-13 ad art. 4, pag. 99): " b) Bei der Ausarbeitung des KVG wurde eine Umschreibung des Unfallbegriffes auf gesetzlicher Ebene vorgeschlagen; dabei bezog sich der Vorschlag auf die Umschreibung von Art. 4 Abs. 1 E ATSG (vgl. BB1 1992 I 141; BGE 122 V 232 f.). altArt. 2 Abs. 2 KVG umschrieb den Unfall in einer Art. 4 ATSG weitestgehend entsprechende Weise; zunächst wurde das Unfallereignis in Entsprechung zu altArt.9 Abs. 1 UVV definiert, und es wurde sodann festgelegt, dass Folge des Ereignisses eine gesundheitliche Beeinträchtigung sein müsse. Damit nahm der Gesetzgeber im Vergleich zur unfallversicherungsrechtlichen Umschreibung eine begriffliche Erweiterung vor. Indessen ergaben sich in der Anwendung von altArt. 9 Abs. 1 UVV und altArt. 2 Abs. 2 KVG keine relevanten Unterschiede; denn die Folge des Unfallereignisses in der Form einer gesundheitlichen Beeinträchtigung wurde mit Selbstverständlichkeit bereits bei der Definition von altArt. 9 Abs. 1 UVV miteingeschlossen, weshalb die zusätzliche Erwähnung der Folge des Unfallereignisses lediglich als Präzisierung betrachtet wurde (vgl. Maeschi , Kommentar, N 10 zu Art. 4 MVG). Keine eigene Umschreibung des Unfalles enthielt das MVG, wobei hier der Unfallbegriff praxisgemäss nach dem Recht der obligatorischen Unfallversicherung bestimmt wurde (vgl. Maeschi , Kommentar, N 9 zu Art. 4 MVG). c) Damit ist davon auszugehen, dass im bisherigen Sozialversicherungsrecht ein einheitlicher Unfallbegriff Verwendung fand. Die im Wortlaut unterschiedlichen Definitionen von altArt. 9 Abs. 1 UVV sowie altArt. 2 Abs. 2 KVG änderten daran nichts. d) Mit Art. 4 ATSG wurde in bewusster Fortführung des bisherigen Unfallbegriffes (vgl. dazu BB1 1999 4545; AB 2000 S 176) eine für alle Sozialversicherungszweige massgebende einheitliche Definition gewählt. Damit behält die bisherige Rechtsprechung zum Unfallbegriff weiterhin ihre Massgeblichkeit (vgl. SVR 2005 UV Nr. 2, U 123/04, E. 1.1)." Come rammenta l'autore zurighese, con l'entrata in vigore della LPGa la giurisprudenza vigente relativa alla definizione d'infortunio (art. 9 cpv. 1 OAINF, abrogato con l'entrata in vigore della LPGa il 1° gennaio 2003 e ripreso dal citato art. 4 LPGa) e alle singole caratteristiche specifiche della definizione mantiene la propria validità (RAMI 2004 pag. 576). A mente di questo TCA, i concetti applicati all'assicurazione contro gli infortuni possono essere parimenti adottati agli infortuni sorti nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie (cfr, da ultimo, STCA 36.2019.116 dell'8 maggio 2020 consid. 2.4). Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio, che devono essere realizzati cumulativamente (fra le ultime, STF 8C\_534/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 4.1; DTF 142 V 219 = SVR 2016 UV Nr. 23): - l'involontarietà - la repentinità - il danno alla salute (fisica o psichica) - un fattore causale esterno e - la straordinarietà di tale fattore. Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia. Sul tema si vedano inoltre le puntualizzazioni di Aldo Borella , La giurisprudenza del Tribunale Federale delle

Assicurazioni sulla nozione di infortunio, Temi scelti di diritto delle Assicurazioni sociali, pubblicato dalla CFPG edito da Helbing & Lichtenhahn, 2006 e Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, pagg. 44-51. 8. Il diritto a prestazioni a dipendenza di un infortunio presuppone innanzitutto l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento infortunistico e il danno alla salute. Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora sia lecito ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare del tutto o comunque non nel modo in cui si è prodotto. Non occorre, viceversa, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice, fondandosi essenzialmente su indicazioni di natura medica, si determinano secondo il principio della probabilità preponderante applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali. Ne discende che ove l'esistenza di un nesso di causalità tra infortunio e danno sembri possibile, ma essa non possa essere reputata probabile nella fattispecie, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato deve essere negato (STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.2; DTF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b). Inoltre, per la causalità naturale una concausa ( *Teilursache* ) può essere sufficiente. Infatti, al riguardo è sufficiente che l'evento, unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità fisica o psichica (STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.3). 9. Secondo la costante giurisprudenza federale (cfr., fra le ultime, STF 8C\_313/2012 del 7 giugno 2012, consid. 2; STF 8C\_790/2010, consid. 4.2), se uno stato patologico preesistente è aggravato oppure si manifesta in seguito ad un infortunio, l'obbligo dell'assicurazione contro gli infortuni di corrispondere le prestazioni decade se l'evento non costituisce (più) la causa naturale (e adeguata) del danno, ossia se quest'ultimo è da ricondurre soltanto ed esclusivamente a fattori extra-infortunistici (STFA U 319/2002 del 2 settembre 2003, consid. 1.3; RAMI 1992 pag. 75, consid. 4b). Ciò si verifica in particolare con il ripristino dello stato di salute esistente immediatamente prima dell'infortunio ( *status quo ante* ) oppure con il raggiungimento di quello stato che, prima o poi, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe intervenuto anche senza l'infortunio ( *status quo sine* ; RAMI 1994 n. U 206 pag. 329 [U 180/93]; 1992 n. U 142 pag. 75 consid. 4b [U 61/91]). L'estinzione del nesso di causalità deve essere stabilita con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali. Per contro, la semplice possibilità che l'evento non espliciti più effetto causale non è sufficiente (STF 8C\_820/2007 del 29 ottobre 2008, consid. 4). Trattandosi della soppressione del diritto a prestazioni, l'onere della prova non incombe all'assicurato, bensì all'assicuratore (RAMI 2000 n. U 363 pag. 46 consid. 2 [U 355/98]; 1994 n. U 206 pag. 329 [U 180/93]; 1992 n. U 142 pag. 76 consid. 4b [U 61/91]; STF 8C\_313/2012 del 7 giugno 2012, consid. 2 ), che deve provare che le cause riconducibili all'infortunio non esplicano più effetti, non anche l'esistenza di un motivo estraneo all'incidente (RAMI 1994 n. U 206 pag. 328 consid. 3b [U 180/93]). 10. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'infortunio ed il danno che ne deriva (STF 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011, consid. 7.1). Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché

la sua realizzazione appaia in linea generale propiziata dall'avvenimento (DTF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a e sentenze ivi citate). In presenza di un danno alla salute fisica la questione della causalità adeguata praticamente non si pone, in quanto l'assicuratore risponde anche in caso di complicazioni particolarmente singolari e gravi che, secondo l'esperienza medica, non si producono abitualmente (DTF 118 V 286 consid. 3a). È quindi essenzialmente in presenza di un'affezione psichica che la causalità adeguata riveste un ruolo importante (DTF 115 V 140 consid. 6c/aa e 409 consid. 5c/aa, DTF 117 V 367 consid. 6a). 11. Per quanto riguarda i danni alla salute organici oggettivamente, inclusi i danni dentari, la causalità naturale si sovrappone ampiamente a quella adeguata. In questo contesto, la questione di sapere se l'evento infortunistico, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, è di per sé idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 177 consid. 3.2), non gioca praticamente alcun ruolo per ammettere l'obbligo a prestazioni (DTF 134 V 109 consid. 2.1 e riferimenti). Trattandosi di danni dentari con stato morboso preesistente, la causalità adeguata - analogamente a quella naturale - potrebbe venire negata soltanto se si potesse ammettere che il dente indebolito dallo stato morboso preesistente, approssimativamente allo stesso momento, non avrebbe resistito a una normale sollecitazione (DTF 114 V 169 consid. 3b). 12. In concreto, la ricorrente è stata vittima di un incidente stradale il 10 luglio 2015, a seguito del quale, secondo i certificati medici (doc. N), essa ha riportato la rottura della milza con presenza di versamento libero in sede perisplenica, periepatica e nello scavo pelvico e la frattura di quattro coste di sinistra (VI, VII, VIII e IX). Nel formulario di notifica di infortunio che il 16 dicembre 2015 (doc. N) l'assicurata ha inviato alla Cassa malati sono indicate la rottura della milza e la frattura di cinque coste a sinistra quali lesioni subite, con conseguente splenectomia in urgenza. A quasi tre anni di distanza, il 29 marzo 2018, la dr. \_\_\_\_\_ ha notificato alla Cassa malati dell'assicurata il formulario per le lesioni dentarie secondo la LAMal, indicando l'infortunio del

#### **E. 10**

luglio 2015, quale probabile causa (tardiva conseguenza di una forte contusione, doc. M). La prima consultazione è avvenuta il 5 settembre 2017, ma sia il formulario sia la fattura sono stati inoltrati alla Cassa malati solo a fine marzo 2018, poiché la documentazione relativa all'infortunio le era pervenuta soltanto due giorni prima. La dentista curante ha effettuato un controllo, una radiografia e una fotografia, fatturando il 30 marzo 2018 Fr. 131,75 per le sue prestazioni e chiedendone il relativo rimborso alla Cassa malati. Essa ha riscontrato che l'incisivo nel quadrante destro superiore, dente 11, era più scuro degli altri incisivi. Inoltre, in base alla radiografia, ha annotato quanto segue: " un'evidente oblitterazione della polpa e il dente risulta negativo al test di vitalità " (...) " Siccome la paziente non ha avuto altri traumi al di fuori dell'incidente automobilistico del 10.07.2015, ritengo che si tratti di una tardiva conseguenza ad una forte contusione al dente 11 durante l'incidente in questione. Essendo il dente asintomatico, probabilmente risulta devitale a causa dell'oblitterazione della polpa. Per questo motivo propongo di tenere il dente 11 sotto controllo radiografico annuale e in seguito biennale per escludere infezioni. " (doc. M). Il 15 maggio 2018 la Cassa malati ha preso posizione in merito evidenziando come il controllo avvenuto in ospedale immediatamente dopo l'infortunio del 2015 non ha evidenziato lesioni dentarie e/o danni nell'area facciale, neppure menzionati nel formulario di infortunio presentato dall'assicurata a fine 2015. La Cassa ha osservato che, dal 2012, non le è più stata trasmessa documentazione relativa a trattamenti dentari, ciò che lascia

supporre che l'interessata non avesse alcun disturbo, né prima né dopo il verificarsi dell'incidente. L'assicuratore malattia non ha ritenuto dato il requisito del nesso causale e quindi non ha respinto la richiesta dell'assicurata di assumere i costi delle cure dentarie. La dr. \_\_\_\_\_, per conto dell'assicurata, si è opposta a questa conclusione il 22 maggio 2018 (doc. I), con le seguenti argomentazioni: "Dalla documentazione inviata si evince che i medici intervenuti d'urgenza dopo l'incidente hanno eseguito un controllo approfondito anche alla PIRAMIDE NASALE, direttamente adiacente alla SPINA NASALE, che fa parte del mascellare superiore e che si trova nelle immediate vicinanze della radice degli incisivi superiori, come evidenziato nella copia dell'atlante di anatomia qui allegato. Ora, suppongo che i medici curanti abbiano avuto un motivo specifico per ispezionare la piramide nasale, rispettivamente per fare una TAC cerebrale del cranio. Senza ombra di dubbio sussisteva il sospetto di lesioni anche in quelle parti del corpo dovute al trauma. Nonostante la piramide nasale o il cranio non presentassero delle lesioni ossee, i tessuti hanno subito presumibilmente un forte trauma che può tramutarsi in tardive lesioni dentali, proprio per la vicinanza delle radici degli incisivi superiori alla base del naso, come sopra descritto. Prima dell'incidente la paziente aveva tutti gli incisivi di un colore omogeneo e unicamente a seguito dell'incidente, si è accorta di un leggero cambiamento nel colore del dente 11 e per questo motivo si è rivolta al mio studio. Tengo precisare che l'incisivo in questione è privo di carie o di traumi occlusali quali bruxismus o habitus. Inoltre, anamnesticamente non mi risultano altri traumi al di fuori di quello del 2015. Di conseguenza a quanto sopra descritto, ritengo fermamente che il dente 11 della Signora RI 1 abbia subito un trauma durante quell'incidente stradale del 2015, non può sussistere un'altra spiegazione plausibile. In conclusione a quanto sopra richiedo un riesame da parte del vostro dentista di fiducia.". Il 17 giugno 2018 (doc. H) la dr. \_\_\_\_\_, medico dentista di fiduciario della Cassa, si è espressa in merito basandosi sulla documentazione medica prodotta dalla dentista curante, per rilevare che a seguito dell'incidente del 2015 non sono state documentate lesioni nell'area del viso e a suo tempo non sono stati segnalati danni ai denti. Se il dente 11 fosse stato contuso in questo incidente, l'assicurata avrebbe lamentato dolore ai denti. In nessun referto è stato menzionato un coinvolgimento dei denti e inoltre l'assicurata non è andata dal dentista dopo l'incidente a causa di dolori o disturbi causati dall'incidente. D'avviso della dentista di fiducia della Cassa non sarebbe possibile ritenere, con una probabilità preponderante, che la sclerosi polpare del dente 11 sia una conseguenza dell'infortunio del 10 luglio 2015. La sclerosi potendo anche essere una conseguenza del bruxismo, visto che erano riconoscibili dei segni di abrasione sui margini incisali nel dente 11. La dr. \_\_\_\_\_ ha consigliato l'assicuratore di non assumere il costo della cura non potendo presumere con probabilità preponderante che il dente 11 sia stato danneggiato nell'incidente del 10 luglio 2015 in assenza di accertate lesioni nell'area facciale e di tracce di abrasione visibili sui margini incisali del dente 11. Sulla base di questo parere, il 21 giugno 2018 (doc. G), la Cassa malati ha confermato il rifiuto di assumersi i costi dentari ciò che ha ribadito con lo scritto del 30 novembre 2019 (doc. F) e in seguito con la decisione formale del 2 marzo 2020 (doc. D). Dal canto suo l'assicurata ha interpellato un altro dentista neutro, non suo curante, il dr. \_\_\_\_\_, che l'ha visitata l'8 maggio 2020 e che, nel referto del 19 maggio 2020 (doc. E), si è così pronunciato: " (...) · nelle fotografie si può notare che in laterotrusione destra e in protrusione il dente 11 non presenta guide, sia in laterotrusione (destra e sinistra), sia in protrusione · Tutti i denti risultavano vitali tranne il dente 11 CO2- · La Muscolatura masticatoria risulta dolente alla palpazione dx = sx · NON rumori e/o dolori articolari · Le

escursioni mandibolari risultano nella norma Considerato quanto sopra posso escludere una componente funzionale tra le concause che possono aver portato alla problematica presente sul dente 11. A mio modo di vedere quanto interpretato quale faccetta d'abrasione sul bordo incisale distale dell'elemento 11 potrebbe corrispondere ad una lesione dovuta a un trauma." A fronte di tale nuova valutazione, prima di emanare la decisione su opposizione del 21 dicembre 2020 (doc. B), l'assicuratore malattia ha nuovamente interpellato il suo medico dentista di fiducia che, il 24 novembre 2020, ha sostanzialmente ribadito che la necrosi polpare non può essere ricondotta con verosimiglianza preponderante all'incidente del 2015, che potrebbe anche essere la conseguenza del trattamento ortodontico o del bruxismo. In dettaglio la dentista si è così espressa: " Ich halte an meiner Stellungnahme fest: Bei Unfällen besteht nur eine Kostenübernahmepflicht, wenn ein Zahnschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal mit einem Unfallereignis ist. Im vorliegenden Fall hatte die Versicherte beim Unfall von 2015 keine Verletzungen im Bereich des Mundes. Es sind keine Verletzungen im Mundbereich in der Krankenakte vermerkt. Hätte sie den Zahn 21 damals kontusioniert, wären auch äussere Verletzungen an der Lippe und am Zahnfleisch vorhanden gewesen, welche dokumentiert worden wären. Des Weiteren hätte die Versicherte auch Symptome, d.h. Zahnschmerzen gehabt. Im vorliegenden Fall kann die Polpanekrose des Zahnes 21 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 2015 zurückgeführt werden. Die Polpasklerose kann auch eine Folge der kieferorthopädischen Behandlung sein oder des Bruxismus. Ich empfehle die Kostenübernahme für die Behandlung des Zahnes 21 abzulehnen, da die Unfallkausalität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nahvollzogen werden kann.".

13. Quanto alla valenza probatoria 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Nella sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (fra le ultime, STF 8C\_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo

l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione o da servizi specializzati indipendenti in sede di istruttoria 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 125 V 353, consid. 3b/bb; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). Ancora recentemente (STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGa) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze 8C\_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C\_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo ( RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante , secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/ 2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, a suo favore ( STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24

ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)". Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STF I 462/05 del 25 aprile 2007). 14.

Nell'evenienza concreta, la dr. \_\_\_\_\_, che il 5 settembre 2017 e il 29 marzo 2018 ha visitato di persona la ricorrente, l'ha sottoposta a una radiografia e ha scattato una fotografia del cavo orale. Essa ha riscontrato che l'elemento 11 era più scuro degli altri incisivi, che v'era un'evidente oblitterazione della polpa e che il dente risultava negativo al test di vitalità. Essendo il dente asintomatico, probabilmente risultava devitale a causa dell'oblitterazione della polpa, che a sua volta non poteva che essere la conseguenza di un trauma subito. Nel suo successivo parere del 22 maggio 2018, la dentista curante ha inoltre affermato che l'incisivo era privo di carie o di traumi occlusali quali bruxismus o habitus, perciò verosimilmente i tessuti avevano subito un forte trauma che poteva tramutarsi in tardive lesioni dentali per la vicinanza delle radici agli incisivi superiori alla base del naso. Anche il dr. \_\_\_\_\_, che ha visitato l'assicurata l'8 maggio 2020, ha escluso delle parafunzioni (bruxismo e altre), ovvero non ha ritenuto una qualsiasi componente funzionale all'origine del danno al dente 11. Pertanto, a suo dire, la faccetta d'abrasione sul bordo incisale distale dell'elemento 11 individuata dal medico fiduciario avrebbe potuto corrispondere a una lesione dovuta a un trauma. D'altro canto la dentista di fiducia della Cassa ha, senza visitare l'assicurata, ha ritenuto delle conclusioni diverse. Secondo suo vedere i referti medici conseguenti all'infortunio 2015 non danno risposte e non permetterebbero di considerare la situazione attuale constatata dalla dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_ come riconducibile a quell'evento. Ciò perché non emergerebbero riferimenti alla dentatura della ricorrente, a lesioni facciali quali il taglio di un labbro o il sanguinamento delle gengive oppure a un ematoma al naso o intorno alla bocca. Qui occorre subito notare come le circostanze evidenziate dalla dr. \_\_\_\_\_ non siano, come tali, decisive. La fiduciaria della Cassa non ha infatti chiarito se, pur in assenza di lesione del labbro o sanguinamenti, un forte urto del dente potrebbe condurre a un effetto, tardivo, quale quello riscontrato dalla curante. Non ha specificato se gli effetti tardivi possano presentarsi anche a distanza (come qui) di oltre 20 mesi, se prima di tale oggettivo riscontro vi siano segnali che il paziente recepisce (fastidio, dolore, cambiamento del colore pulpare della gengiva o del dente, o altri ancora). La dr. \_\_\_\_\_, come meglio di vedrà, indica solo in via di possibilità, che la causa del danno al dente 11 possa essere ricondotta al bruxismo senza esprimersi in merito

all'assenza di elementi oggettivi classici di questa patologia, senza avere indagato altrimenti l'esistenza o meno di abrasioni che il bruxismo produce, come invece fa il dr. \_\_\_\_\_.

Per ritenere tale ipotesi la fiduciaria evidenza l'esistenza di un'abrasione del dente 11 che, d'avviso invece del medico esperto in infortunistica interpellato dalla ricorrente, potrebbe invece essere conseguenza dell'infortunio. La dr. \_\_\_\_\_ si è invece particolarmente concentrata sull'assenza di elementi di accertamento svolti in conseguenza dell'incidente stradale del 2015, da parte dei sanitari italiani, giustamente più protesi a salvare la vita della paziente a fronte dei danni alla milza. 15. Va evidenziato come, in concreto, i documenti ospedalieri sono di tipo radiologico, presentano cioè le condizioni anatomico strutturali di un organo o di una parte solida del corpo radioopaca, e come tali non permettono di verificare tutte le conseguenze che l'interessata può avere subito a seguito dell'incidente del 10 luglio 2015. Va rilevato come una radiografia non consenta di evidenziare, ad esempio, eventuali ematomi, escoriazioni cutanee, ferite o abrasioni. L'assicurata, la mattina stessa del giorno dell'incidente, è stata sottoposta, in via d'urgenza, ai seguenti esami radiologici ed ecografici: - ore 9.38: TAC cerebrale, TAC cranio osseo; - ore 10.14: radiografie esame diretto ossa nasali (1 proiezione), clavicola sinistra (2 proiezioni), scheletro costale monolaterale sinistro (2 proiezioni), torace (1 proiezione); - ore 10.50: ecografia addome inferiore, ecografia addome superiore; - ore 10.56: TAC addome inferiore, TAC addome superiore, TAC torace. Inoltre, tre giorni dopo, il 13 luglio 2015 alle ore 10.18, sono state effettuate delle nuove radiografie al torace (2 proiezioni), alla spalla sinistra (2 proiezioni) e alla clavicola sinistra (2 proiezioni). La TAC cerebrale e quella cranio osseo possono essere state svolte quale esame di verifica generale di fronte al politrauma subito dalla ricorrente con l'incidente stradale o, più verosimilmente, per escludere conseguenza di un colpo alla parte frontale e al viso. Rammentiamo qui che l'incidente ha comportato l'asportazione in urgenza della milza e la frattura di quattro costole ciò che dimostra il coinvolgimento della parte anteriore toracica dell'assicurata (seduta sul sedile posteriore, doc. N), questo con interessamento verosimilmente anche del viso alla luce dell'usuale posizionamento dei sedili anteriori delle auto. In concreto poi tali esami erano giustificati a fronte di una epistassi (ossia perdita di sangue dal naso), ciò che poteva suggerire che l'assicurata avesse urtato la testa e/o il naso nel tamponamento del veicolo su cui viaggiava contro il camion che la precedeva (doc. N). In effetti l'insorgente è stata sottoposta quasi subito a una radiografia delle ossa nasali e meglio della piramide nasale, dalla quale il medico operante non ha fortunatamente evidenziato lesioni traumatiche ossee a carico dei segmenti scheletrici esaminati. Questi aspetti non sembrano avere adeguatamente ritenuto l'attenzione della dentista di fiducia della Cassa quali elementi connotanti un trauma subito al volto coinvolgente i denti che potrebbe avere condotto alle tardive conseguenze riscontrate dalla dr. \_\_\_\_\_. Come ha rilevato la curante, e come risulta dall'estratto dell'atlante della regione nasale che ha allegato, le radici degli incisivi superiori sono in vicinanza anatomica con la piramide nasale e quindi i tessuti molli - non perfettamente ispezionabili con la radiografia - attornianti, in particolare, l'elemento 11, possono avere subito un trauma, che si è verosimilmente scaricato anche sull'incisivo centrale superiore destro. Le conseguenze del trauma sull'elemento dentario in oggetto potrebbero essere rimaste silenti per due anni, e potrebbero avere determinato la necrosi della polpa e la derivante discromia del dente 11. La dentista curante ha infatti ritenuto che il problema a questo dente risultava dall'obliterazione della polpa che l'ha devitalizzato e che una tale conseguenza, che si è manifestata tardivamente, derivasse da una forte contusione. Analogamente ha ritenuto anche il dr. \_\_\_\_\_ che ha considerato come un trauma

potrebbe essere alla base dell'abrasione del bordo incisale distale del dente 11, avendo egli escluso una componente funzionale quale causa che ha portato detto elemento a diventare di colore più scuro. La dentista fiduciaria si è limitata invece a considerare come possibile causa della devitalizzazione una malattia e come non fosse verosimile ricondurre gli effetti constatati all'infortunio in assenza di chiara documentazione acquisita al momento dell'infortunio in sede di ospedalizzazione, forse proprio perché le conseguenze dell'urto, sufficientemente indiziato, del volto dell'assicurata, sono state tardive, aspetto sul quale la dr. \_\_\_\_\_ non si è espressa. 16. Dall'analisi della documentazione medica esposta appare indiziato un nesso di causalità tra l'evento del 10 luglio 2015 e le lesioni al dente 11 riscontrate il 5 settembre 2017 e ribadite il 29 marzo 2018 dalla dentista curante. Questo fatto non è però stato adeguatamente istruito, approfondito e verificato dalla Cassa. La dentista incaricata si è limitata all'esame della documentazione ricevuta, ha semplicemente ipotizzato una possibilità di lesione dentale causata da altro fattore che non fosse di natura infortunistica, invero in maniera poco approfondita e ricercata alla luce delle argomentazioni della curante e del dr. \_\_\_\_\_, esperto in materia. La fiduciaria non ha valutato da un lato le ragioni per cui le radio hanno coinvolto il volto dell'assicurata (ancorché nella parte alta, come descritto), non ha adeguatamente ritenuto l'epistassi e la sua origine nonché le possibili cause tardive di un colpo subito al dente che, senza rompersi (fatta salva l'abrasione riscontrata dal dr. \_\_\_\_\_) e senza essere in presenza di una lesione labiale, gengivale o interna della bocca, possono comparire come in concreto. Questo Tribunale constata anzitutto che la dr. \_\_\_\_\_ è stata direttamente incaricata dall'assicuratore, ha quindi una veste di medico fiduciario. Le sue valutazioni non costituiscono accertamenti di natura peritale (art. 44 LPGGA). La dentista incaricata dalla Cassa va ritenuta alla stregua di un consulente interno all'amministrazione, essa non si è particolarmente chinata su taluni aspetti come il caso avrebbe imposto. Da un lato l'epistassi riscontrata alla ricorrente, ciò che ha indotto verosimilmente gli esami radiografici al volto, la natura dell'abrasione riscontrata e indicata dall'esperto incaricato dall'assicurata quale conseguenza dell'infortunio. La dr. \_\_\_\_\_ non si è adeguatamente rapportata alle valutazioni della curante e del dr. \_\_\_\_\_, concentrandosi sugli accertamenti svolti in luglio 2015 in Italia mentre il punto di partenza era la lesione oggettivata, la sua causa possibile e quindi quella probabile. L'accertamento (o meno) di un possibile effetto tardivo di un colpo al dente, la dottrina medica in merito, la possibilità che ciò avvenga a distanza di quanto tempo, se anche una ventina di mesi come in concreto sia un termine ammissibile in medicina dentaria. La dr. \_\_\_\_\_ si è accontentata del materiale prodotto, senza procedere a una visita personale dell'assicurata, ciò che di per sé è legittimo, in una costellazione che appare comunque inusuale e particolare ciò che imponeva maggiore approfondimento e confronto con le tesi dei due dentisti (curante ed esperto incaricato dall'assicurata) cui la ricorrente si è rivolta. La causa traumatica della lesione al dente 11 sembra adeguatamente indiziata così come appare, prima facie, da escludere la possibilità concreta di ricondurre le lesioni a una malattia, come genericamente indicato dalla dr. \_\_\_\_\_. Gli elementi raccolti però agli atti (pro futuro la Cassa vorrà produrre ordinatamente gli allegati completi da acquisire agli atti) non sono sufficienti e tranquillanti per accertare compiutamente che le lesioni riscontrate al dente 11, che potrebbero essere state causate da un infortunio, siano da riportare a quanto capitato nel 2015 all'assicurata, ciò che potrebbe essere. Gli accertamenti svolti dall'amministrazione non sono sufficienti e adeguati al caso particolare. In concreto, vista la documentazione consegnata agli atti, il Tribunale cantonale delle assicurazioni non ritiene di poter fondare il

proprio giudizio sui pareri espressi dalla dentista incaricata dall'amministrazione, secondo la quale la lesione dentale potrebbe avere una causa diversa dall'infortunio, senza specifica indicazione di quale patologia potrebbe trattarsi ma solo un'indicazione di generica possibilità, e non può finalmente ritenere pienamente affidabile il rapporto della curante che giunge alla conclusione che quanto riscontrato al dente 11 della ricorrente sia da porre a carico dell'infortunio del 2015 e ciò per mera esclusione di altre possibili cause, specificatamente altri infortuni. In concreto non è stato eseguito uno studio approfondito e specifico della situazione concreta a fronte di una situazione anomala con il presentarsi a oltre 20 mesi da un evento, probabilmente di origine traumatica, di conseguenze serie al dente 11 della ricorrente. Non è stata verificata puntualmente l'origine della colorazione del dente e della sua devitalizzazione (la constatazione è intervenuta dopo quanto tempo dal verificarsi del cambiamento di colore e dalla presumibile devitalizzazione?), non è stato accertato se l'evento del luglio 2015 possa essere la causa del danno oggi lamentato o se altri effetti traumatici possano esserne all'origine, se il ritardo nel presentarsi degli effetti di un evento traumatico (che non ha lasciato lesioni evidenti e ripercussioni a breve segnalate all'assicuratore) sia noto a livello di letteratura medica, se sia usuale, per quale ragione siano intervenute le conseguenze a tanto tempo di distanza, se altri elementi possano avere avuto un effetto scatenante, se tali cause possano essere semplici concause o cause primarie dell'effetto. Le verifiche eseguite dai dentisti intervenuti non chiariscono le ragioni dei danni dentali rimasti silenti o sospesi per tutto il lasso temporale indicato e le ragioni dell'assenza di problemi ai denti dell'assicurata prima della segnalazione della dr.

\_\_\_\_\_ . Le considerazioni espresse dagli specialisti privatamente consultati dalla ricorrente sono atte a generare più che fieri dubbi sulle conclusioni della dentista fiduciaria incaricata. In concreto gli elementi raccolti agli atti rendono indiziata la causa infortunistica della lesione constatata al dente 11, con possibilità che essa sia da ricondurre all'evento del 10 luglio 2015. È pure possibile che il trauma subito dall'elemento 11 abbia determinato una necrosi della polpa con conseguente perdita di vitalità del dente stesso e successivamente una modificazione del colore della corona, ma queste circostanze non sono chiarite a sufficienza. Se poi l'incidente di luglio 2015 sia proprio l'evento che ha causato la lesione, o se non possano essere intervenuti altri fattori di natura infortunistica (o meno) che l'assicurata non ricordi, non è possibile stabilire con la dovuta tranquillità in questa sede. Il TCA non è quindi in grado di dirimere, con la necessaria tranquillità, la presente vertenza sulla base della documentazione agli atti, ragione per la quale s'impone l'esecuzione di un approfondimento peritale. In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia. In concreto, alla luce della situazione e delle necessità in essere, nonché per garantire un doppio grado di giudizio, si giustifica l'annullamento del provvedimento impugnato ed il rinvio degli atti all'amministrazione per gli approfondimenti peritali necessari e la resa di una nuova decisione. Il ricorso deve pertanto essere accolto. L'amministrazione provvederà ad erigere una perizia tesa a risolvere i dubbi evidenziati nelle considerazioni che precedono. 17. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, si veda da ultimo, la STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 e riferimento), la Cassa qui soccombente verserà all'insorgente, rappresentata da una

giurista dipendente di una società di protezione giuridica, l'importo CHF 2'000 (IVA, se dovuta, inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 18. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica, ma non più anche gratuita. Su quest'ultimo aspetto, il nuovo art. 61 lett. f bis LPGA dispone che in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Nel caso di specie, trattandosi del riconoscimento del costo di una prestazione (dentaria) e non essendoci nella LAMal alcuna norma specifica in merito, la procedura deve essere gratuita. Ne segue che non vanno prelevate nè tasse nè spese di giustizia.

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