

## **TI\_GERICHTE 36.2021.47 vom 10. Januar 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-01-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2021.47](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.47)

FR: TI\_GERICHTE 36.2021.47 du 10 janvier 2022

IT: TI\_GERICHTE 36.2021.47 del 10 gennaio 2022

### **Regeste**

Infortunio ai denti all'estero. D svizzero, non comunitario, avendo il dentista applicato tariffa privata. Come previsto correttamente dal medico fiduciario, le cure iniziali sono riconosciute come d'urgenza, ma non il confezionamento e la posa di una protesi dapprima provvisoria e, 4 mesi dopo, definitiva

### **Erwägungen**

#### **E. 36**

cpv. 4 OAMal). La Cassa malati ha ritenuto verosimile che l'intervento dentario del 10 febbraio 2021 sia stato effettuato in regime d'urgenza, ma ha negato questa circostanza per la continuazione delle cure effettuate il giorno seguente l'infortunio e, soprattutto, per il trattamento ricevuto all'estero dopo quattro mesi (posa di quattro corone di zirconio-ceramica), oggetto della seconda fattura. 2.11. Nell'ambito delle cure all'estero, il Tribunale federale si è dimostrato sempre particolarmente rigoroso e restrittivo nel riconoscere l'urgenza. L'Alta Corte ha stabilito che si può pretendere da un'assicurata che necessita di esami medici e si trova negli USA per un corso di lingue di lunga durata, il rientro in Svizzera, considerato che il costo del biglietto di CHF 820 (viaggio Swissair andata e ritorno San Francisco - Zurigo) era proporzionato rispetto al costo degli esami clinici (CHF 6'622,80) e che non vi erano motivi di salute che avrebbero impedito il viaggio (sentenza K 83/01 del 31 agosto 2001). Allo stesso modo, il 23 agosto 2002, nella sentenza K 7/02 ha affermato che un assicurato che si trovava in viaggio in Slovacchia e che soffriva di dolori al ginocchio destro poteva ritornare in Svizzera a farsi curare, rilevando tuttavia che nel caso di dolori acuti è comprensibile che un assicurato si rivolga immediatamente ad un medico del luogo per un esame. Con sentenza K 65/03 del 5 agosto 2003 l'allora TFA ha respinto il ricorso di un'assicurata che il 19 gennaio 2002 era stata ricoverata d'urgenza in Svizzera e il 23 gennaio 2002 era partita per l'Italia per visitare la propria famiglia, dove è stata operata il 25 gennaio 2002. Tra i tanti elementi che escludevano l'urgenza, vi era pure la circostanza che l'operazione era stata effettuata due giorni dopo la visita medica (cfr. consid. 3: “ En l'espèce, on doit constater avec les premiers juges que le traitement litigieux ne remplit pas la condition de l'urgence. L'allégation de la recourante selon laquelle elle aurait été victime d'hémorragies est contredite de manière convaincante par le médecin-conseil de la caisse, qui constate que l'hémoglobine du bilan préopératoire du 24 janvier 2002 présente le même résultat que celle relevée à la sortie de l'Hôpital X. le 22 janvier 2002 (prise de position du 30 juillet 2002). Les documents médicaux émanant des médecins qui ont soigné la recourante en Italie ne font aucune mention d'une situation d'urgence (p. ex. admission dans un service d'urgence; nécessité d'opérer en urgence). Par ailleurs, il est établi que l'opération a eu lieu deux jours après la consultation d'un médecin en Italie. Aucune pièce n'atteste que la patiente n'eût pas pu revenir en Suisse, même par ses

propres moyens, pendant ce laps de temps.” ). Nella STF K 60/06 del 28 giugno 2007, il Tribunale federale ha affermato: " 4.3 Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume inoltre i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera risulta inopportuno. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Decisiva è la circostanza che l'assicurato necessita, subito e in maniera imprevista, di un trattamento all'estero (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2). 5. 5.1 Nel caso di specie, come rettamente osservato dai primi giudici, alle cui considerazioni si rinvia, è pacifico che il trattamento in esame non può essere ritenuto urgente, non fosse altro poiché lo stesso è stato pianificato con adeguato anticipo dopo che lo stato di salute della ricorrente è peggiorato nel corso del 2003." . Con sentenza 9C\_291/2009 del 7 ottobre 2009, relativa ad un'operazione subita da un'assicurata negli Stati Uniti, dove si era recata per rendere visita alla figlia, il TF ha rilevato che la pianificazione dell'intervento (“ méniscectomie ainsi qu'une chondroplastie fémorale par arthroscopie”) 8 giorni dopo la prima consultazione senza che un'ospedalizzazione sia stata ritenuta necessaria, dimostra che lo stato di salute dell'interessata era stato stabilizzato in maniera soddisfacente e che non esisteva un'urgenza medica (lesione degenerativa del menisco interno sinistro che bloccava totalmente il ginocchio). Nulla avrebbe impedito alla ricorrente di rientrare in Svizzera. Ella non può prevalersi né della sua età avanzata (81 anni) né delle patologie preesistenti quali il triplo bypass coronarico, la pressione arteriosa, il colesterolo o il diabete per giustificare l'impossibilità d'intraprendere un viaggio di ritorno anticipato per farsi operare in Svizzera, ritenuto che con lo stesso stato di salute aveva ritenuto possibile programmare il viaggio di un mese negli USA comprendente voli di oltre sei ore, tra cui quello di ritorno da effettuare da sola. Ella inoltre non ignorava le conseguenze potenziali del suo stato di salute poiché viaggiava con i risultati dell'RMI al ginocchio in previsione di un aggravamento del suo stato valetudinario o di un'operazione. È pertanto conoscendo tali rischi che si è messa in viaggio. L'Alta Corte ha inoltre affermato che il numero di giorni tra la consultazione e l'intervento (8) era sufficiente affinché la ricorrente, se necessario con l'aiuto della famiglia, potesse informarsi presso l'assicuratore per l'eventuale presa a carico dei costi dell'intervento all'estero o organizzare le diverse formalità relative al suo ritorno per il quale la necessità di un trasporto medicalizzato in barella appariva per lo meno eccessivo, l'assistenza per le persone a mobilità ridotta di cui dispongono gli aeroporti internazionali apparendo essere una soluzione adeguata, medicalmente e finanziariamente, per l'assicurata. Nella sentenza 9C\_35/2010 del 28 maggio 2010, accertato che la persona assicurata necessitava di una cura medica e che non si era recata all'estero espressamente per essere sottoposta all'intervento, l'Alta Corte ha esaminato la questione di sapere se il rientro in Svizzera era appropriato, alla luce della fattibilità dal punto di vista medico, dei costi del viaggio di rientro in relazione con i costi dell'intervento, se la medesima operazione poteva essere effettuata in Svizzera e se il rientro avrebbe portato ad un rinvio della cura con conseguente peggioramento dello stato di salute . Con sentenza 9C\_1009/2010 del 29 luglio 2011 la nostra Massima Istanza si è espressa a proposito di un intervento avvenuto in Thailandia, escludendo l'urgenza poiché avvenuto un mese dopo il ricovero (cfr. consid. 3.1). Nella sentenza 9C\_721/2015 dell'8 agosto 2016 il Tribunale federale si è chinato sul caso di una famiglia che si era recata in Macedonia durante le vacanze estive e che aveva prodotto alcune fatture relative a presunte degenze dei tre figli in un ospedale privato. Il TF ha accolto il ricorso dell'assicuratore,

ritenendo non sufficientemente comprovate le asserite cure all'estero (cfr. consid. 4.3: "(...))  
Nachdem in concreto kein Anlass für weitere Nachforschungen besteht und auch die  
Beschwerdegegner keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein weiterer Daten geltend  
machen, steht fest, dass die strittigen Behandlungen im Ausland nicht rechtsgenügend  
nachgewiesen sind. Dass die Vorinstanz das von der AGA im Auftrag der Avenir  
eingeholte Schreiben des angeblich behandelnden Spitalarztes vom 26. November 2013,  
wonach keine Behandlung stattgefunden haben soll, als eher seltsam bezeichnet hat, ändert  
nichts. Die Beschwerdegegner vermögen das Gegenteil nicht mit dem Beweisgrad der  
überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beweisen. Dies spricht für die Richtigkeit des von  
der Beschwerdeführerin behaupteten Sachverhalts, soweit diese überhaupt beweispflichtig  
ist (vgl. E. 3.1 vorne). Damit erübrigen sich Ausführungen bezüglich der Höhe des vom  
kantonalen Gericht zugesprochenen Betrages ohne weiteres. Insgesamt hat die Vorinstanz  
Bundesrecht verletzt (E. 1.1). Die Beschwerde ist begründet. "). 2.12. Nel caso in esame  
l'assicurata, a \_\_\_\_\_ con il marito per un breve soggiorno, è rovinata a terra. La  
caduta, provocata verso le 17:15 dal suo cane che, spaventato dal passaggio di un  
monopattino, le ha attorcigliato attorno alle gambe il guinzaglio facendole perdere  
l'equilibrio, le ha provocato la frattura di quattro denti del mascellare superiore (11, 12, 21 e  
22). A causa del forte dolore, l'assicurata ha dichiarato di avere cercato un dentista in zona  
e, contattato il numero nazionale di emergenza sanitaria (118), le sarebbe stato indicato il  
nominativo di un dentista di picchetto a \_\_\_\_\_, a quasi 50 km di distanza e ad almeno  
45 minuti di tragitto in automobile dal luogo dell'evento (secondo il navigatore consultato  
su [www.google.ch/maps](http://www.google.ch/maps)). Si noti che \_\_\_\_\_ è una città di oltre 250'000 abitanti con  
un importante numero di dentisti attivi (di picchetto anche 24 ore al giorno come una  
semplice scorsa nell'elenco telefonico delle aziende permette di ritenere: \_\_\_\_\_). Il  
dottor \_\_\_\_\_ ha dichiarato il 24 febbraio 2021 (doc. 2) che l'assicurata si era  
presentata il 10 febbraio 2021 presso il suo studio, che riportava lesioni al volto e che gli  
elementi dentali 11, 21, 12 e 22 erano fratturati a causa di una caduta accidentale. Egli le ha  
prestato le prime cure di urgenza per togliere il dolore e potere preparare per il giorno  
successivo un provvisorio. Vista la situazione precaria e l'ora tarda, le ha sconsigliato il  
ritorno in Svizzera. Il giorno seguente, l'11 febbraio, il dentista ha provveduto a preparare  
gli elementi danneggiati e a posizionare un provvisorio a lungo termine. Al riguardo,  
l'assicurata ha dichiarato il 20 aprile 2021 (doc. 9) che è stata più di tre ore nello studio  
dentistico, che erano sopraggiunte le 21:30 circa e che " pertanto visto che era già sera tardi,  
il dentista ha sconsigliato il ritorno in Svizzera e mi ha dato l'appuntamento per la mattina  
dopo, per la posa del provvisorio. ". Il 15 aprile 2021 (doc. 6) il dottor \_\_\_\_\_ ha  
osservato che l'assicurata si era presentata con: " 1) elemento 1.2 sublussato e fratturato  
parzialmente a livello coronale, senza interessamento pulpare. 2) elemento 1.1 sublussato e  
dolente, con grave frattura coronale e polpa camerale esposta. 3) elemento 2.1, già  
precedentemente protesizzato, con danni irreparabili alla struttura ceramica della stessa  
corona. 4) elemento 2.2 sublussato e fratturato coronalmente senza esposizione pulpare. Si è  
provveduto a: - terapia canalare dell'elemento 1.1 - allungamento chirurgico di corona  
clinica dell'elemento 1.1 - ritrattamento canalare dell'elemento 2.1 - preparazione  
protetica di tutti e 4 gli elementi, mobilizzati dal trauma, con stabilizzazione mediante  
provvisorio armato in resina estetica a lungo termine (cementato il giorno seguente). Tutte  
le terapie eseguite alla Sig.ra RI 1, sono da considerarsi necessarie alla dimissione della  
stessa, in stato di confort e salute. Si prevede di terminare i lavori protesici tra giugno e  
luglio p.v. quando la guarigione dei tessuti parodontali si sarà stabilizzata.". Qualche giorno

dopo, apparentemente il 21 aprile 2021 (doc. 10), l'odontoiatra si è così rivolto alla Cassa malati dell'assicurata: " Buongiorno, sono venuto a conoscenza da parte della paziente Signora RI 1 che nel vostro scritto del 20 aprile '21 dato, che non vi sono radiografie o foto, il vostro esame ha indicato che in questo caso la relazione causa ed effetto non è verificabile e pertanto il danno ai denti non può essere imputabile ad un infortunio. A tal proposito, confermo che in data 10 febbraio 2021 alle ore 18.30 circa, si è presentata nel mio studio la Signora RI 1 (\_\_\_\_\_.1966), la quale presentava lesioni al volto ed in particolare al labbro superiore e lesioni agli elementi dentali 11, 21, 12 e 22 fratturati a causa di una caduta accidentale. Vista la chiarezza della situazione post infortunio, non abbiamo ritenuto necessario nel procedere con delle radiografie o foto, ma abbiamo iniziato subito con una terapia antalgica.". Il dottor \_\_\_\_\_ ha poi esposto la situazione dentale che gli si è presentata e il trattamento che ha eseguito sull'assicurata, riproponendo quanto indicato alcuni giorni prima. Ha di seguito affermato che: " Tutte le terapie eseguite alla Signora RI 1 sono da considerarsi urgenti e necessarie alla dimissione della stessa, in stato di confort e salute. Per quanto concerne la vostra domanda su come si è potuto eseguire il trattamento endodontico senza effettuare radiografie, ho potuto eseguirlo lo stesso correttamente utilizzando un rilevatore d'apice. I lavori protesici previsti con corone di zirconio-ceramica 11, 12, 21 e 22 per terminare l'intervento, sono da considerarsi parte integrante dell'infortunio accorso e verranno svolti quando la guarigione dei tessuti parodontali si sarà stabilizzata (giugno-luglio p.v.)". Il 22 aprile 2021 (doc. 13) l'assicurata ha trasmesso alla Cassa malati un'ortopantomografia eseguita quel giorno dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ a comprova dei lavori effettuati in Italia ma, non essendo questo professionista il curante dell'interessata (doc. 19), non appena ha saputo dalla diretta interessata il nominativo del dentista che in passato si è occupato della sua dentizione (docc. 28 e 30), l'assicuratore l'ha interpellato per avere la cartella clinica della paziente (doc. 31). La documentazione ottenuta (doc. 32), unitamente alla radiografia panoramica e alle prese di posizione del dottor \_\_\_\_\_, è stata sottoposta alla dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_, medico dentista di fiducia dell'assicuratore, per un parere. La Cassa malati le ha illustrato la situazione e la propria posizione, in cui ha considerato i costi per il trattamento dentario non conformi ai presupposti dell'art. 32 LAMal, ma di avere comunque riconosciuto per il trattamento d'urgenza eseguito all'estero l'importo di CHF 2'000.-, mentre i costi per il trattamento dentario che è proseguito sempre in Italia sono stati rifiutati. Nella sua valutazione del 21 giugno 2021 (doc. 33) la specialista si è così pronunciata: "

Ausgangslage: Pro Forma Kostengutsprache 12/11/21/22. Erwägungen: Im undatierten OPT und gemäss Einzelzahnrontgenbild sind, soweit beurteilbar, beim Zahn 12 eine Füllung erkennbar, beim Zahn 21 eine Krone mit insuffizienter Wurzelkanalbehandlung, der Zahn 22 hat distal eine Füllung. Im OPT vom 22.04.21 ist beim Zahn 11 eine Wurzelkanalbehandlung erkennbar. Beim Zahn 21 ist ungefähr die gleiche insuffiziente Wurzelkanalbehandlung wie vorher sichtbar. Die Zähne 12/11/21/22 weisen Kronenpräparationen auf. Eine Metallverstärkung der Provisorien ist nicht sichtbar, da nicht röntgenopak. Das OPT ist zur Beurteilung der Frontzähne nicht das geeignete Röntgenbild, da es im Frontbereich zu vielen Überlagerungen kommt. Zur exakten Analyse wäre ein Einzelzahnrontgenbild oder zwei besser. Vorschläge nach Zahn: Notfallbehandlung nach wzw-Kriterien. Definitive Versorgung nach wzw-Kriterien. Gemäss Unterlagen erlitt Zahn: 12: Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung, subluxiert: kompositaufbau des Frakturstücks. Dies ist auch die definitive Versorgung. 11: Subluxation, Klopfdolenz, Pulpa betroffen, schwere Kronenfraktur: Notfallbehandlung: Pulpaextirpation, Provi, Kompositaufbau des

Frakturstücks. Falls dies nicht möglich ist, hier ev. eine Kronenpräparation mit direktem Kunststoffprovisorium. Ev. später Krone mit Stiftaufbau oder Stiftaufbau nötig. 21: Irreparable Keramikfraktur: Notfallbehandlung: Politur oder ansetzen mit Komposit. Später ev. neue Krone nach WB-Revision. 22: Subluxation, Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung: Kompositaufbau des Frakturstücks. Dies ist auch die definitive Versorgung. Die gemachte WB-Revision, die Pfeilerverlängerung, Laborgefertigte Provisorien und die Kronenpräparationen entsprechen keiner Notfallbehandlung. Eine Kronenversorgung der Zähne 12 und 22 entspricht nicht den wzw-Kriterien. Ob eine neue Krone 21 nötig war, kann aufgrund der fehlenden Fotos und Röntgenbilder vom Unfalltag nicht eruiert werden. Im OPT vom 21.04.21 ist ersichtlich, dass der Zahn 21 noch immer keine korrekte Wurzelkanalbehandlung aufweist. Empfehlungen: Ich teile Ihren Entscheid. Die unfallbedingten Befunde sind aufgrund der fehlenden Röntgenbilder und Fotos nicht nachvollziehbar. Zudem entspricht die durchgeführte Behandlung weder den wzw-Kriterien, nach den Kriterien der minimalinvasiven Zahnmedizin. Die durchgeführten Behandlungen entsprechen zum Teil auch nicht den üblichen Notfallbehandlungen nach wzw-Kriterien". La dentista interpellata dalla Cassa malati ha poi proposto per ogni dente i trattamenti d'urgenza e definitivi secondo i criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità così come già esposti al capitolo "considerazioni" ("Erwägungen") e ha concluso il suo parere affermando: "Die gemachte WB-Revision 21, die Pfeilerverlängerung 11, die laborgefertigten, verstärkten Provisorien (im OPT vom 22.04.21 ist keine röntgendichte Struktur/Verstärkung sichtbar) und die 4 Kronenpräparationen (ausser eventuell bei 11) entsprechen keiner Notfallbehandlung. Eine Kronenversorgung der Zähne 12 und 22 entspricht nicht den wzw-Kriterien. Ob eine neue Krone 21 nötig war, kann aufgrund der fehlenden Fotos und Röntgenbilder vom Unfalltag nicht eruiert werden. Im OPT vom 21.04.21 ist ersichtlich, dass der Zahn 21 noch immer keine korrekte Wurzelkanalbehandlung aufweist. Ungefähre Kosten der oben schräg markierten vorgeschlagenen wzw-Notfallbehandlung ( fett Leistungen, die in Italien aber nicht erbracht wurden ): 4000, 4058, 4050, 4040 12/22: 4095, 2x4065, 4539, 1-2x4540, 2x4580, 2x4581: wäre auch def. Versorgung nach wzw. 11: 4460, 4500, 4050, 4580, 4581, 4539, ev. 4540. Falls dies nicht ginge: 4724. 21: 4096 oder 4580, 4539 Ca. 1500.-- Franken Ungefähre Kosten der in Italien durchgeführten Notfallbehandlung: 4000 - Allungamento chirurgico di corona clinica elemento 1.1: 4139, 4065, 4290 - Ritattamento canale elemento 2.1: 10x4465, 4500 1.1: 4460, 4095, 4500 - Preparazione protesica di tutti e 4 gli elementi, mobilizzati dal trauma, con stabilizzazione mediante provvisorio armato in resina estetica a lungo termine (cementato il giorno seguente): 4065, 4075, 4x4580, 4x4581, 4x4752, 4x4724 hier gemacht wurde 4x4725 (ist nicht nötig), 4770. Dies hätte in der Schweiz ca. 2300.-- Franken plus Labor (unverstärkt bei meinem Labor 30.-- CHF pro Zahn) max. 4x100.-- CHF gekostet. Ohne die nicht notwendigen indirekten laborgefertigten Provisorien wäre die Behandlung noch günstiger gewesen.". 2.13. Occorre allora esaminare se siano dati i presupposti per ritenere un'urgenza ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 OAMal, e meglio se l'interessata necessitava di un trattamento medico (eventualmente per quali, tra le cure eseguite) e se il rientro in Svizzera era inappropriato. Come esposto in precedenza, se dati i presupposti dell'urgenza, l'assicuratore deve assumere i costi sopportati dall'assicurata (riferiti all'urgenza), ma solo sino al massimo del doppio del costo degli stessi in base al tariffario applicabile all'assicurato in Svizzera (art. 36 cpv. 4 OAMal). Il Tribunale federale ha già avuto modo di stabilire, nell'ambito di cure ospedaliere o semi ospedaliere fuori dal Cantone di domicilio, i cui principi sono applicabili mutatis mutandis alle cure fuori dalla

Svizzera ( DTF 127 V 146 consid. 5) , che vi è urgenza se l'intervento medico risulta inderogabile e non è possibile o comunque non è appropriato imporre alla persona assicurata di rientrare nel proprio cantone di domicilio per sottoporsi alla cura necessaria (DTF 138 V 510, consid. 5.1, sentenza 9C\_408/2009 del 3 settembre 2009, consid. 9.1 = SVR 2010 KV n. 1 pag. 1; sentenza 9C\_144/2015 del 17 luglio 2015, consid. 4.2.1). Decisiva è la circostanza che l'assicurato necessita, subito e in maniera impreveduta, di un trattamento all'estero (citata sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 5.3; sentenza K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2) . In DTF 138 V 510 al considerando 5.8, in un caso di ricovero extracantonale, l'Alta Corte ha rammentato che: " (...) la questione di sapere se una situazione concreta integri gli estremi dell'urgenza ai sensi dell'art. 41 cpv. 2 seconda frase LAMal (e di riflesso anche del decreto legislativo cantonale che subordina ugualmente l'accesso all'ospedale universitario zurighese all'esistenza, tra l'altro, di una siffatta evenienza) e imponga pertanto un intervento sanitario immediato presso uno specifico fornitore di prestazioni non figurante o solo parzialmente figurante sull'elenco ospedaliero del cantone di domicilio dell'assicurato compete in primo luogo al medico, cui deve essere concesso un certo margine di apprezzamento in considerazione anche della ristrettezza dei tempi entro i quali egli è tenuto ad agire in simili frangenti (cfr. su questo specifico tema anche Stenhäuslin/Duc , Traitement hospitalier hors canton. La jurisprudence définit de manière inapplicable la notion d'urgence, RSAS 2011 pag. 414). Come osserva a ragione l'UFSP, per evitare che la sua scelta sia completamente libera e possa mettere a repentaglio il funzionamento della pianificazione cantonale, il medico deve però in ogni caso anche in situazioni di emergenza sanitaria cercare di orientare - sulla base delle informazioni di cui dispone e degli elementi di cui è a conoscenza - il trasferimento verso gli istituti indicati dalla pianificazione ospedaliera. Da parte sua, il giudice deve verificare la correttezza dell'operato del medico secondo una valutazione prognostica (ex ante) e non retrospettiva (ex post), come invece ha sostanzialmente fatto la Corte cantonale. La decisione di trasferimento extracantonale d'emergenza va dunque esaminata in base alla situazione e alle conoscenze esistenti al momento topico e non sulla base di dispendiosi accertamenti successivi che il curante non poteva permettersi." 2.14. Nel caso in esame la ricorrente, mentre si trovava in vacanza a \_\_\_\_\_, è caduta accidentalmente a terra e avrebbe riportato la frattura dei quattro incisivi superiori. A causa del forte dolore che è insorto, l'assicurata ha contattato il numero italiano delle emergenze ed è stata indirizzata presso lo studio dentistico del dottor \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, a quasi 50 km dal luogo dell'accaduto. L'infortunio è capitato, secondo il dire dell'assicurata, verso le 17.15 di un giorno feriale e per recarsi dal dentista di picchetto che le sarebbe stato indicato dal 118 interpellato, la ricorrente ha dovuto comunque percorrere quasi 50 km - peraltro in direzione opposta al tragitto che avrebbe fatto per rientrare a casa -, con un tempo di percorrenza di almeno 45 minuti. Da \_\_\_\_\_ al domicilio di \_\_\_\_\_ v'è una distanza di circa 240 km, percorribile in automobile in 2 ore e 45 minuti circa ( [www.google.ch/maps](http://www.google.ch/maps) ); un viaggio che, benché accompagnata dal marito, stante la rovinosa caduta e le conseguenze che ne sono derivate (dolore, lesioni al volto, al labbro superiore e a quattro incisivi superiori, doc. 10), non si imponeva alla ricorrente siccome inappropriato, seppure non vi fosse pericolo di vita o di grave danno alla salute. Alla luce degli atti e del riconoscimento di un infortunio, l'assicuratore malattie ha ritenuto il sussistere di una situazione di urgenza ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 OAMal tale da giustificare la presa a carico delle prime cure urgenti ricevute all'estero dall'assicurata. In questa sede occorre esaminare l'estensione di queste cure e del conseguente obbligo prestativo dell'assicuratore, il dentista

scelto dall'assicurata a \_\_\_\_\_ ha infatti svolto le sue prestazioni su più giorni e proceduto al risanamento completo degli effetti della caduta. 2.15. La sera del 10 febbraio 2021, giorno dell'evento, l'odontoiatra presso cui si è recata le ha prestato " le prime cure di urgenza per togliere il dolore e poter preparare per il giorno successivo un provvisorio. " (doc. 2). L'indomani, il dentista ha " provveduto a preparare gli elementi danneggiati ed a posizionare un provvisorio a lungo termine ". Infine, ad inizio giugno 2021 le ha posato 4 corone di zirconio-ceramica quale protesi definitiva che aveva dato ordine di confezionare, secondo il dire di RI 1, già il 10 o l'11 febbraio 2021 (doc. 5: " Inoltre, mi permetto di informarvi che il dentista oltre al provvisorio ha già ordinato la protesi definitiva che dovrò ritirare, applicare e pagare. Come si evince dal preventivo la spesa definitiva del lavoro finale con materiale è di circa Euro 10'000.00. "). La ricorrente, così come l'odontoiatra curante, ha sostenuto che tutti questi interventi derivino dall'evento del 10 febbraio 2021 e che pertanto debbano essere integralmente riconosciuti e dunque rimborsati dalla sua Cassa malati. La tesi dell'assicurata non può essere tutelata. La dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_, medico fiduciario della Cassa malati ai sensi dell'art. 57 LAMal, e non perita ai sensi dell'art. 44 LPGa per i motivi che la stessa ricorrente ha evidenziato nel suo ricorso, ha ben messo in luce quali sarebbero stati i trattamenti d'urgenza da prestare all'assicurata sulla base della situazione dentale descritta dal professionista che l'ha curata. Non va dimenticato che radiografie e/o fotografie del trauma non ve ne sono, né prodotte dall'interessata né dal curante all'estero. Quest'ultimo ha infatti risposto direttamente alla Cassa malati il 19 aprile 2021 (doc. 7) che " non abbiamo alcuna lastra né foto della situazione dei denti immediatamente successiva all'infortunio avendo ritenuto non necessario eseguirne vista la chiarezza della situazione ". L'urgenza porta ad effettuare interventi di primo soccorso, necessari per sanare provvisoriamente, temporaneamente, una situazione che si è creata all'improvviso e che necessita di una cura immediata. La sublussazione e la frattura dei quattro denti dell'assicurata, così come descritte dal dentista di \_\_\_\_\_, necessitavano certamente un intervento di sollievo dal dolore e di prima riparazione, che la dentista di fiducia della Cassa malati ha individuato nella ricostruzione diretta in composito del pezzo fratturato per i denti 11, 12 e 22, e nell'applicare il composito per il dente 21. Manifestamente la " preparazione protesica di tutti e 4 gli elementi, mobilizzati dal trauma, con stabilizzazione mediante provvisorio armato in resina estetica a lungo termine (cementato il giorno seguente) " (doc. 6), senza alcun dubbio non rientra nel concetto di urgenza, ma configura un trattamento dentario che esula dai primi soccorsi. I denti sono stati preparati alla posa della protesi provvisoria che il dentista ha deciso di fare confezionare dall'odontotecnico. Il dottor \_\_\_\_\_ ha eseguito una cura canalare dell'elemento 11, un ritrattamento canalare dell'elemento 21, l'allungamento del perno moncone del dente 11 e la preparazione protesica dei quattro denti con stabilizzazione mediante provvisorio armato in resina estetica a lungo termine. A prescindere dal fatto che dall'unico materiale radiografico a disposizione, ossia l'ortopantomografia del 22 aprile 2021 eseguita in Ticino, non è possibile verificare l'effettiva realizzazione del rinforzo del provvisorio non essendo un materiale radioopaco, è indubbio che i trattamenti effettuati dall'odontoiatra vanno oltre un trattamento d'urgenza dei postumi del trauma occorso alla ricorrente. Infatti, dopo tre ore di intervento (secondo la ricorrente), l'assicurata è stata invitata a ripresentarsi il giorno successivo dal dentista per la posa della protesi provvisoria che, nel frattempo, era stata fatta confezionare all'odontotecnico. Questo lavoro protesico e l'intervento del dentista potevano essere eseguiti – con pari sollecitudine – in Svizzera nell'ambito di un regolare piano terapeutico. Nulla impediva infatti all'interessata, una volta

ricevute le prime cure, d'urgenza in senso stretto, tese in primis ad alleviare il dolore, svolte il giorno medesimo dell'evento, di rientrare al domicilio e di continuare in loco il trattamento dentario necessario nel rispetto dei criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità previsti dall'art. 32 LAMal. Non può poi, manifestamente, essere considerato come trattamento d'urgenza il confezionamento e la posa della protesi definitiva che il dottor \_\_\_\_\_ avrebbe ordinato al laboratorio, apparentemente, il giorno stesso in cui ha curato per la prima volta l'assicurata o, al più tardi, il giorno seguente e posto in sito mesi dopo. Anche ammettendo che la protesi definitiva sia una conseguenza dell'infortunio del 10 febbraio 2021, è pacifico che non la si può considerare quale trattamento effettuato d'urgenza, visto che il dentista ha ordinato il manufatto almeno quattro mesi prima della sua posa, che è avvenuta verosimilmente nel giugno 2021. 2.16. Visto l'esito del gravame può rimanere aperta la questione a sapere se le cure prestate dal professionista all'estero, oltre a quelle fornite d'urgenza, rispettino i criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità prescritti dall'art. 32 LAMal; ciò siccome solo le giustificate cure eseguite in via d'urgenza sono da ammettere a carico dell'assicurazione sociale (come meglio sarà precisato nelle considerazioni seguenti) e la loro presa a carico, già avvenuta a cura di CO 1, ha considerato gli importi riconosciuti in Svizzera al doppio del loro valore (art. 36 cpv. 4 OAMal). 2.17. La ricorrente lamenta la violazione da parte di CO 1 dell'obbligo d'informazione e consulenza. In merito va osservato che : " 1 Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. 2 Ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa. 3 Se un assicuratore constata che un assicurato o i suoi congiunti possono rivendicare prestazioni di altre assicurazioni sociali, li informa immediatamente." L'art. 27 LPGA sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere collettivo, generale e permanente di fornire informazioni - ad esempio tramite opuscoli informativi - (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso e su esplicita richiesta, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2). Su questi aspetti si veda la STFA C 192/04 del 14 settembre 2005, consid. 4.1, pubblicata in DTF 131 V 472; STFA C 157/05 del 28 ottobre 2005, consid. 4.2.; E. Imhof – Ch. Zünd , ATSG und Arbeitslosenversicherung, in SZS 2003 pag. 291 seg. (306); E. Imhof , Anhang zur Vertiefung von art. 27 ATSG über Aufklärung, Beratung und Kenntnissgabe, in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira , Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 LPGA, in SZS 2001 pag. 524 seg. (527); U. Kieser , ATSG - Kommentar, 2a edizione 2009, ad art. 27 pag. 400 e pag. 402-407. Per quanto attiene più specificatamente al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPGA, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi (DLA 2007 pag. 193 segg.). Quest'obbligo concerne soltanto l'ambito di competenza dell'assicuratore in questione e le informazioni possono essere fornite anche da non giuristi, come del resto prima dell'entrata in vigore della LPGA. Contrariamente alle informazioni di carattere generale, la consulenza deve riferirsi al caso specifico (FF 1999 IV 3953). Inoltre, tale diritto non è limitato alle persone assicurate, tuttavia deve esistere uno stretto rapporto con l'assicurazione interpellata, nel senso che la consulenza deve riferirsi a diritti e doveri che già esistono o

che possono sorgere tra la persona che ha richiesto le informazioni e l'assicurazione interessata ( U. Kieser , op. cit., ad art. 27 n. 29 pag. 405). L'assenza di informazioni in una situazione concreta laddove l'obbligo di informare è previsto dalla legge o quando le circostanze particolari del caso avrebbero presupposto un'informazione da parte dell'assicuratore è assimilato ad una dichiarazione erronea e può, a certe condizioni, obbligare l'autorità a consentire ad una persona assicurata un vantaggio al quale non avrebbe potuto pretendere in virtù del principio della buona fede derivante dall'art. 9 Cost. fed. (DTF 131 V 472 consid. 5). Secondo la giurisprudenza un'informazione sbagliata o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se (a) l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone, (b) l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti, (c) l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta, (d) facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio, (e) da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). Questi principi si applicano per analogia in caso di mancanza di informazione, la condizione c) dovendo tuttavia essere formulata nel seguente modo: che l'amministrato non ha avuto conoscenza del contenuto dell'informazione omessa o che il contenuto era talmente evidente che non doveva attendersi un'altra informazione (sentenza 8C\_320/2010 del 14 dicembre 2010, DTF 131 V 472 consid. 5, sentenza 8C\_66/2009 consid. 8.4 non pubblicato in DTF 135 V 399). 2.18. L'insorgente ritiene che la Cassa abbia violato il suo diritto di essere informata per non essere stata sufficientemente ragguagliata e consigliata dall'assicuratore malattia su come doveva procedere a seguito dell'infortunio e che pertanto la sua buona fede andrebbe tutelata. La critica della ricorrente non può essere recepita. Nel caso di specie, i primi contatti che la signora RI 1, per il tramite del marito, ha preso con la sua Cassa malati, sono avvenuti indiscutibilmente soltanto il giorno seguente l'evento verosimilmente dopo il suo rientro in Ticino (a casa) come ha indicato la stessa in un suo scritto del 2 aprile 2021 (doc. 5) secondo cui " il rientro [ndr: è avvenuto] il giorno dopo verso mezzogiorno " e dalle fotografie delle schermate del telefono del marito più volte prodotte agli atti emerge chiaramente che la prima telefonata alla centrale d'allarme della Cassa malati ha avuto luogo l'11 febbraio 2021 alle 13.41 (doc. A3), ovvero il giorno seguente la caduta e dopo che il dott. \_\_\_\_\_ aveva eseguito i suoi interventi del 10 e dell'11 febbraio 2021 a \_\_\_\_\_. Questa circostanza, in sé non contestata seppure la ricorrente abbia talvolta indicato di avere contattato il servizio SOS della sua Cassa malati immediatamente dopo la caduta (ma senza fornire prova di ciò), coincide con la registrazione di questa telefonata che l'assicuratore malattia si è procurato e di cui ha prodotto la trascrizione in tedesco - lingua originale della conversazione avvenuta tra l'operatore e il marito dell'assicurata -, in cui è indicato che ha avuto luogo alle 13.43 dell'11 febbraio 2021 (doc. 24). Il coniuge dell'assicurata ha effettuato numerose altre telefonate a vari numeri di servizio della Cassa malati, ma tutte sono comunque successive all'infortunio e sono perfino state effettuate due giorni dopo, il 12 febbraio 2021. Di conseguenza, alla Cassa malati, che non poteva immaginare l'avvenuto infortunio prima dell'avviso con la prima telefonata, non può essere rimproverato alcunché. CO 1 non ha in alcun modo violato i suoi doveri di informazione di cui all'art. 27 LPGA, siccome interpellata successivamente alle cure del 10 e dell'11 febbraio 2021 e poi perché nessuna informazione errata è stata fornita all'assicurata (suo marito). Quando l'assicuratore è stato

interpellato l'assicurata aveva già svolto le cure d'urgenza ed anche la protesi provvisoria (non qualificabile quale cura d'urgenza) era già stata realizzata e posata. Le scelte dell'assicurata non sono state la conseguenza di un'errata od omessa indicazione da parte dei collaboratori di CO 1. La richiesta della ricorrente di riconoscere le sue pretese in base alla buona fede (per la violazione dell'obbligo di informazione e consulenza a cui la Cassa malati non avrebbe ottemperato) va manifestamente respinta. Anche la richiesta di accollare all'assicuratore i costi della protesi definitiva posata nella primavera 2021, e ciò per non avere ottenuto da CO 1 la necessaria consulenza telefonica che le avrebbe permesso di non prevedere la confezione della protesi e di sapere che doveva rifiutare il piano di cura definitivo proposto dal dentista di \_\_\_\_\_, va respinta. Nessuna violazione può essere rimproverata a CO 1 e queste ultime cure non erano manifestamente dettate dall'urgenza. Per quel che concerne specificatamente la posa delle quattro corone di zirconio-ceramica a ultimazione della cura, va osservato come sin dal 20 aprile 2021 (doc. 8) l'assicuratore abbia chiarito che – stante l'assenza di urgenza – la spesa non sarebbe stata assunta. Circostanza ribadita con la decisione formale del 14 maggio 2021 (doc. 22) che ha rifiutato di assumere i costi preventivati in € 10'000 non trattandosi di un intervento d'urgenza. 2.19. La ricorrente ritiene la valutazione della dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_, che la Cassa malati ha interpellato nel giugno 2021, una semplice allegazione di parte e non una perizia indipendente ai sensi dell'art. 44 LPGa, perciò non può esserle fatto affidamento. Manifestamente questa specialista, come evidenziato in precedenza, ha però agito in qualità di medico fiduciario e non di perito. La LAMal regola all'art. 57 cpv. 4 e 5 il ruolo del medico della Cassa malati : " 4 Il medico di fiducia 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 adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. 5 Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni.". La LAMal attribuisce quindi al medico fiduciario un ruolo importante. Il medico di fiducia è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento ( Eugster , in SBVR, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, 1998 pagg. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 K 87/00, pag. 4 consid. 2d e dottrina citata). Secondo costante giurisprudenza (fra le tante, STF 8C\_184/ 2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.4), l'Alta Corte ha ribadito che nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice delle assicurazioni sociali di fondare la propria decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore. Tuttavia, qualora sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a perizia medica esterna. 2.20. In concreto non sussiste alcun dubbio in merito alle considerazioni espresse dalla dentista a cui l'assicuratore malattia si è rivolto per un parere sul trattamento prestato dal dottor \_\_\_\_\_ all'assicurata. Quest'ultima non ha sollevato validi motivi oggettivi per fare dubitare della valutazione del medico fiduciario, non ha portato allegazioni medico-dentistiche supportate da atti clinici per fare ritenere urgenti tutti gli interventi svolti dall'odontoiatra all'estero o più di quanti riconosciuti da CO 1. L'assicuratore malattia si è basato sul parere della dr.ssa \_\_\_\_\_ per riconoscere, parzialmente, la fattura proforma del 24 febbraio 2021 di € 6'002, e meglio

si è correttamente limitato alle cure d'urgenza necessarie a seguito del trauma. La specialista incaricata dalla Cassa malati ha fornito un parere esclusivamente tecnico, indicando quali cure dovevano essere prestate in via urgenza stante lo stato dei denti così come descritto dal curante all'estero, e quali trattamenti erano invece da considerare come non necessari in qualità di prime cure. Come indicato, in assenza di un parere specialistico contrario, ovvero che sostenga che l'intero trattamento dentario messo in atto dal dottor \_\_\_\_\_ configuri invece una prestazione d'urgenza, non vi è ragione per scostarsi dalle chiare, complete e concludenti considerazioni della dentista interpellata dalla Cassa malati in qualità di medico di fiducia e di dubitare dei suoi pareri e dunque della conclusione tratta. La stessa è sufficientemente dettagliata e chiara per l'evasione della causa e quindi per definire quali interventi potevano essere classificati urgenti dopo il trauma. La valutazione del 21 giugno 2021 (doc. 33) della odontoiatra va pienamente condivisa, senza necessità di fare erigere una perizia così come richiesto. Infatti, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). L'istruttoria è completa e contempla tutta la documentazione necessaria. Una perizia, come indicato in precedenza, non deve essere svolta in assenza di reale necessità e siccome gli elementi portati dalla ricorrente non sono neppure tali da revocare in dubbio l'assenza di urgenza ritenuta dalla dentista fiduciaria per determinati trattamenti adottati dal dottor \_\_\_\_\_. 2.21. In merito alle valutazioni della dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_ l'assicurata ha lamentato una violazione del suo diritto di essere sentita siccome integrate nella decisione impugnata. Il fatto che l'assicuratore malattia abbia riprodotto nella decisione su opposizione detto parere in lingua originale tedesca, senza fornire una traduzione o un sunto adeguato in italiano, va biasimato. Ciò, al di là del fatto che il marito dell'interessata abbia particolari conoscenze di tedesco e che quindi fosse in grado di comprenderne il contenuto da riferire alla moglie. Egli, pur non essendo diretta parte in causa, ha partecipato attivamente alla gestione amministrativa del caso, intrattenendo rapporti telefonici ed elettronici con la Cassa malati dell'assicurata. La prima telefonata con la centrale della Cassa è avvenuta, come detto, in tedesco. Ad ogni modo, non si ravvisa una violazione del diritto di essere sentita dell'assicurata ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. tale da dovere annullare la decisione impugnata. Va qui ricordato che, in base all'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 alla 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. 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 c. 5.3 pag. 17; 135 II 286 c. 5.1 pag. 293; 135 I 279 c. 2.3 pag. 282; DTF 132 V 368 c. 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 c. 3.2). In concreto la Cassa malati ha motivato adeguatamente la sua decisione, indicando le ragioni che l'hanno indotta a riconoscere solo in misura parziale le richieste dell'assicurata. Vero è che il parere tecnico della dr.ssa med. dent. \_\_\_\_\_ è inserito nel provvedimento impugnato in lingua tedesca. Il parere tecnico ha avuto per oggetto il trattamento dentario più opportuno, che avrebbe dovuto essere dispensato all'assicurata in regime di urgenza alla luce della situazione descritta dal dottor \_\_\_\_\_. Questo parere ha indotto l'assicuratore a non riconoscere pienamente il caso d'urgenza, ciò che è stato manifestato chiaramente nei provvedimenti che l'assicurata ha potuto adeguatamente contestare. La traduzione in italiano del parere medico non avrebbe certamente mutato le tesi della ricorrente, che sono descritte in dettaglio nelle considerazioni di fatto (concentrate sulla buona fede, sulla violazione dell'art. 27 LPGA oltre che sugli aspetti dell'urgenza della cura). Non solo. La ricorrente non ha subito alcuna limitazione nei suoi diritti dalle righe in lingua tedesca riportate nella decisione impugnata. Infatti, essa si è potuta aggravare al Tribunale cantonale delle assicurazioni consapevolmente siccome assistita da un legale (in base alla giurisprudenza federale, gli avvocati svizzeri sono tenuti a capire le lingue ufficiali della Confederazione: STF 1A.25/2005 dell'8 marzo 2005 c. 2 e 9C\_182/2009 del 2 marzo 2010 c. 1). Inoltre, il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha pieno potere cognitivo e piena libertà d'apprezzamento. Ma soprattutto, nelle more della procedura, l'assicuratore ha prodotto la traduzione del testo, sul quale l'assicurata ha avuto facoltà di determinarsi, di muovere contestazioni, di formulare richieste specifiche di prova e quindi di, ampiamente, determinarsi. In effetti, con la risposta di causa, la Cassa malati ha fornito la traduzione del testo e quando la ricorrente ha avuto la possibilità di esprimersi in merito (ossia in sede nuova determinazione e di richiesta di nuovi mezzi di prova del 15 ottobre 2021, doc. V), non ha speso una parola al riguardo, non ritenendo dunque di dovere contestare le considerazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ per suffragare la sua posizione o di produrre (rispettivamente richiedere) prove tese a confutare la valutazione tecnica della dentista fiduciaria. L'argomento sollevato non è quindi di pregio. 2.22. La Cassa malati ha quindi agito correttamente non rimborsando integralmente la fattura proforma del 24 febbraio 2021 di € 6'002, ma limitandosi al doppio dell'importo che, secondo il medico

dentista fiduciario, sarebbe costato in Svizzera un trattamento d'urgenza sugli elementi dentari 11, 12, 21 e 22 così come si presentavano, secondo il dottor \_\_\_\_\_, dopo il trauma subito il 10 febbraio 2021. In applicazione dell'art. 36 cpv. 4 OAMal, è dunque a giusta ragione che l'assicuratore malattia ha riconosciuto e versato alla ricorrente la somma di CHF 3'000. Correttamente poi nessun riconoscimento è stato concesso dalla Cassa malati all'assicurata per il trattamento oggetto della seconda fattura proforma del 6 luglio 2021 (per € 9'502), consistendo manifestamente in un intervento dentario programmato e non d'urgenza, siccome eseguito quattro mesi dopo l'infortunio del 10 febbraio 2021. Da quanto precede discende che la decisione impugnata deve essere confermata ed il ricorso deve essere respinto. 2.23. 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 per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui 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. In concreto il ricorso ha per oggetto delle prestazioni assicurative per le quali la LAMal non prevede che la procedura sia soggetta a spese.

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