

## **TI\_GERICHTE 32.2011.256 vom 5. September 2011**

TI Tribunale d'appello, 2011-09-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2011.256](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.256)

FR: TI\_GERICHTE 32.2011.256 du 5 septembre 2011

IT: TI\_GERICHTE 32.2011.256 del 5 settembre 2011

### **Regeste**

Ufficio AI ha negato a torto all'assicurata i provvedimenti sanitari richiesti, vale a dire l'assunzione dei costi per la cura dell'infermità congenita di cui alla cifra 209 dell'allegato OIC

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 18.06.2012 32.2011.256 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 18.06.2012 32.2011.256 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 18.06.2012 32.2011.256

Ufficio AI ha negato a torto all'assicurata i provvedimenti sanitari richiesti, vale a dire l'assunzione dei costi per la cura dell'infermità congenita di cui alla cifra 209 dell'allegato OIC

Raccomandata Incarto n. 32.2011.256 cr / sc Lugano 18 giugno 2012 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattrice: Cinzia Raffa Somaini , vicecancelliera segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 4 ottobre 2011 di RI 1 rappr. da: RA 1 rappr. da: RA 2 contro la decisione del 5 settembre 2011 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. RA 1, nata nel 2003, affetta da sindrome di Angelman, con decisioni del 27 maggio 2003 è stata posta dall'Ufficio AI al beneficio di provvedimenti sanitari comprendenti l'assunzione dei costi per le cure delle infermità congenite n° 313 (doc. 12), n° 494 (doc. 13) e n° 497 (doc. 14). Con decisione del 12 ottobre 2005, sono stati presi a carico dall'amministrazione i costi per la cura dell'infermità congenita n° 390 dal 19 ottobre 2004 al 31 ottobre 2009 (doc. 26). Con decisione del 14 dicembre 2005, l'Ufficio AI ha poi riconosciuto all'assicurata la garanzia per provvedimenti di scolarizzazione speciale per l'anno scolastico 2005/2006 (doc. 28). Con decisione del 28 settembre 2007, l'UAI ha pure riconosciuto all'assicurata l'assunzione dei costi per le spese di viaggio (doc. 33). In data 10 marzo 2010, l'amministrazione ha prolungato dal 1° novembre 2009 fino al 31 ottobre 2014 la garanzia per i provvedimenti sanitari per la cura dell'infermità congenita n° 390 (doc. 47) e ha riconosciuto i costi dell'ergoterapia ambulatoriale su prescrizione medica in connessione con l'infermità congenita n° 390 (doc. 48). Con decisione del 12 ottobre 2010, l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad un assegno per grandi invalidi minorenni di grado lieve dal 1° gennaio 2008 al 31 agosto 2008 e di grado medio dal 1° settembre 2008 al 28 febbraio 2013 (doc. 65). 1.2. In data 26 gennaio 2011, l'assicurata, per il tramite dei genitori, ha inoltrato una richiesta di assunzione dei costi per delle cure ortodontiche in narcosi (doc. 68), allegando un preventivo del dr. \_\_\_\_\_, medico dentista SSO SDS STMD. Con comunicazione del 15 marzo 2011, l'UAI ha riconosciuto la presa a carico dei costi delle

narcosi necessarie per le cure dentarie previste il 3 marzo 2011 e il 31 marzo 2011, ma non quelli relativi alla cura dentaria vera e propria (doc. 77/1-2). A seguito della documentazione medica presentata dai genitori dell'assicurata e sulla base del parere del SMR, con progetto di decisione del 5 luglio 2011 (doc. 83), poi confermato con decisione del 5 settembre 2011, l'Ufficio AI ha respinto la richiesta di prestazioni, con la seguente motivazione: " Secondo la documentazione medica in nostro possesso e a seguito di un'attenta valutazione da parte del nostro Servizio medico regionale, la problematica di cui soffre RI 1 (palato gotico con ritardo dello sviluppo delle arcate dentali con impossibilità di crescita dei denti definitivi) e per la quale è stato richiesto il rimborso dei costi necessari alla relativa cura, non è elencata nella lista delle infermità congenite riconosciute ai sensi dell'OIC (Ordinanza sulle infermità congenite) e mancano altresì le condizioni per la copertura dei costi in conformità con l'art. 12 LAI." (Doc. B) 1.3. Contro questa decisione l'assicurata, rappresentata dai genitori, patrocinati dalla RA 2, ha inoltrato un tempestivo ricorso al TCA, nel quale ha postulato il riconoscimento dei costi relativi alle cure ortodontiche della piccola RI 1. La rappresentante legale ha innanzitutto contestato l'operato dell'amministrazione, sottolineando come il Servizio medico regionale (SMR), sulla sola base di un breve scritto del dentista curante e di un preventivo per le cure mediche, abbia valutato che "il palato gotico con ritardo dello sviluppo delle arcate dentali e l'impossibilità di crescita dei denti definitivi non figurano nella lista delle IC, in particolare nella lista delle malformazioni congenite dei denti che possono essere prese a carico dall'AI". Questo modo di agire, a mente della patrocinatrice, non può essere considerato corretto, non essendo stata richiesta al dentista curante quantomeno la compilazione del modulo "Esame medico dentario", come auspicato dal Bollettino d'Informazione pubblicato dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali in collaborazione con la Società svizzera odontoiatri (SSO). A fronte di questa lacuna, la rappresentante ha quindi chiesto il rinvio degli atti all'amministrazione per complemento istruttorio, "ordinando, se necessario, eventuali esami specialistici, al fine di suffragare l'esclusione di malformazioni congenite dei denti". La patrocinatrice ha poi chiesto l'assunzione dei costi relativi ai provvedimenti sanitari richiesti in data 26 gennaio 2011, dato che, come indicato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista in neuropediatria, "il palato gotico con ritardo dello sviluppo delle arcate dentali di cui soffre la piccola RI 1 è la conseguenza della malattia primaria di tipo neurologico riassunta con OIC 390", e la cura, preventivata dal dentista curante, è "senz'altro necessaria per permettere la cura definitiva dei denti e risolvere le turbe gravi nella deglutizione" (doc. I). 1.4. L'Ufficio AI, in risposta - sulla base delle considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. V/bis) - ha confermato la decisione impugnata e postulato la reiezione integrale del ricorso (doc. V). 1.5. Con scritto del 10 gennaio 2010, la patrocinatrice ha comunicato al TCA di avere ritenuto opportuno richiedere una valutazione ortodontica - fissata per il 27 febbraio 2012 - al fine di confermare o escludere definitivamente la presenza di una infermità congenita, chiedendo la sospensione della trattazione della causa fino al ricevimento del rapporto specialistico (doc. VII). Questa richiesta è stata accolta dal TCA con scritto dell'11 gennaio 2012 (doc. VIII). 1.6. In data 13 marzo 2012, la rappresentante dell'assicurata ha trasmesso al TCA il rapporto del 5 marzo 2012 del dr. med. dent. \_\_\_\_\_, specialista SSO in ortodonzia, dal quale emerge che "la malocclusione della paziente rientra nei parametri per avere riconosciuta la IC 209" (doc. F). Sulla base di questo accertamento medico, che ha permesso di colmare la carenza istruttoria dell'Ufficio AI già sollevata in fase di ricorso, la patrocinatrice ha quindi chiesto il riconoscimento delle cure ortodontiche di RI 1 (doc. IX). 1.7. Con osservazioni del 21

marzo 2012, l'Ufficio AI - tenuto conto delle considerazioni del SMR (doc. XI/1) e di quelle del signor \_\_\_\_\_ (doc. XI/2) - ha proposto al TCA di accogliere il ricorso con il diritto alla prestazione "a decorrere dal momento in cui i criteri dell'OIC 209 sono adempiuti, ossia dal 29 febbraio 2012 (data dell'esame effettuato dallo specialista dr. \_\_\_\_\_)" (doc. XI). 1.8. Con scritto del 26 marzo 2012, la rappresentante dell'assicurata ha contestato la proposta dell'amministrazione, facendo valere che l'infermità congenita n° 209, appurata dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ nel febbraio 2012 su esplicita richiesta della ricorrente, avrebbe potuto essere stabilita prima dall'Ufficio AI, se solo quest'ultimo avesse rispettato la procedura di accertamento che gli incombeva (doc. XIII). A tale scritto la patrocinatrice ha allegato copia della comunicazione ricevuta dall'UAI, datata 20 marzo 2012, nella quale l'amministrazione, dopo avere indicato che "la presente annulla e sostituisce la decisione del 5 settembre 2011", ha osservato che "assumiamo i costi per la cura dell'infermità congenita cifra 209 (mordex apertus congenito), come pure gli apparecchi di cura su prescrizione medica di esecuzione semplice e adeguata, dal 29.02.2012 al 31.01.2023" (doc. G). 1.9. Con osservazioni dell'11 aprile 2012, l'amministrazione ha ribadito che "la nascita del diritto al riconoscimento dell'OIC 209 debba avere inizio il 29 febbraio 2012, vale a dire dalla data dell'avvenuto esame da parte del dr. med. dent. \_\_\_\_\_" (doc. XV). 1.10. Con scritto del 25 aprile 2012, la rappresentante dell'assicurata, dal canto suo, ha ritenuto che "il diritto ai provvedimenti sanitari in oggetto coincide almeno con la data della richiesta di tale prestazione, ossia il 26 gennaio 2011", evidenziando come "la cura prestata dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ ha in parte migliorato la problematica, pur tuttavia non risolvendola. Prova ne è il fatto che in febbraio 2012 lo specialista in ortodonzia dr. med. dent. \_\_\_\_\_ ha riscontrato ancora, malgrado come detto le cure già intraprese, un angolo mascello-basale di 42°, segno che indubbiamente prima dell'intervento del dr. \_\_\_\_\_ il grado di iperdivergenza era ben maggiore". La patrocinatrice, a comprova di quanto allegato, ha trasmesso al TCA una nuova presa di posizione da parte del dr. \_\_\_\_\_, il quale ha espressamente rilevato che "la problematica del morso aperto e dell'iperdivergenza (angolo mascello-basale) oltre i 40° erano già presenti prima che il trattamento iniziasse nel 2011" (doc. XVII + H). Queste considerazioni della rappresentante legale dell'interessata, unitamente alla presa di posizione del dr. med. dent. \_\_\_\_\_, sono state trasmesse all'amministrazione (doc. XVIII), per conoscenza. in diritto 2.1. A norma dell'art. 53 cpv. 3 LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2003, l'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso. Questa norma corrisponde all'art. 58 della Legge federale sulla procedura amministrativa. Inoltre la giurisprudenza relativa a questo principio sviluppata precedentemente alla LPGA resta valida (Kieser, ATSG Kommentar, 2003, ad art. 53 cpv. 3 LPGA, n. 29 segg.). In particolare il Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito che una decisione emanata pendente lite mette fine alla vertenza solo nella misura in cui corrisponde alle richieste del ricorrente. Il litigio sussiste nella misura in cui la nuova decisione non regola tutte le questioni nei sensi voluti dall'insorgente. L'autorità adita deve in questi casi entrare nel merito della vertenza, senza che l'insorgente debba ricorrere contro il nuovo atto amministrativo (DTF 127 V 228 consid. 2; RCC 1992 pag. 123 consid. 5c; DTF 113 V 237; DTF 107 V 250; Spira, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in RJN 1984, pag. 23). La riconsiderazione pendente lite permette dunque all'amministrazione di riesaminare un proprio provvedimento dopo che l'insorgente ha espresso il suo punto di vista nell'atto di ricorso ed eventualmente di

modificarlo corrispondentemente alle richieste della parte ricorrente (Hischier, Die Wiedererwägung pendente lite im Sozialversicherungsrecht oder die Möglichkeit der späten Einsicht, in SZS 1997 pag. 452). La modifica può essere fatta unicamente a vantaggio del ricorrente, ritenuto che in caso contrario la nuova decisione assurge a proposta fatta dall'amministrazione al Tribunale. In una sentenza del 5 dicembre 1991, il TFA ha stabilito che "si la décision prise en litispendance entraîne une discrimination de l'assuré (reformatio in peius), elle prend obligatoirement le caractère d'une requête et doit être présentée comme telle au juge." (RCC 1992 pag. 122 seg.). L'amministrazione non può, invece, rivedere la decisione impugnata dopo aver presentato la risposta di causa ai giudici di primo grado. Una decisione resa dopo questo termine assume anch'essa unicamente il carattere di una proposta indirizzata al giudice, affinché egli decida nei sensi della nuova decisione (Pratique VSI 1994 pag. 281; RCC 1992 pag. 123 consid. 5, RCC 1989 pag. 320 consid. 2a, RCC 1984 pag. 283, DTF 109 V 236; Spira, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in RJN 1984, pag. 23). L'art. 6 della Legge di procedura per i ricorsi al TCA (Lptca) del 23 giugno 2008 enuncia i medesimi principi, ricalcando quanto previsto dall'art. 58 PA. A tale proposito giova segnalare che l'Alta Corte ha avuto occasione di dichiarare compatibile con il diritto federale il fatto che i Cantoni prevedano una procedura corrispondente all'art. 58 LPA, fondandosi su delle disposizioni esplicite o seguendo per analogia una certa prassi (DTF 127 V 94 consid. 2; RCC 1992 pag. 123 consid. 5a, DTF 103 V 109 consid. 2). L'art. 6 LPTCA prevede che l'autorità amministrativa può, fino all'invio della sua risposta, riesaminare la decisione impugnata. Essa notifica immediatamente una nuova decisione alle parti e la comunica al Tribunale (art. 6 cpv. 2). Quest'ultimo continua la trattazione del ricorso in quanto non sia divenuto senza oggetto per effetto della nuova decisione (art. 6 cpv. 3, 1a frase). Nel caso in esame l'Ufficio AI, nella risposta di causa del 9 dicembre 2011, ha confermato la correttezza della decisione impugnata (cfr. doc. V). Solo in seguito, con comunicazione del 21 marzo 2012, dopo avere preso visione delle conclusioni alle quali è giunto il dr. med. dent. \_\_\_\_\_, l'amministrazione ha proposto al TCA "di accogliere il ricorso con il diritto a prestazioni a decorrere dal momento in cui i criteri dell'OIC 209 sono adempiuti, ossia dal 29 febbraio 2012 (data dell'esame effettuato dallo specialista dr. \_\_\_\_\_)" (doc. XI; consid. 1.7.). Conformemente alla giurisprudenza sopra citata tale scritto assume il carattere di una proposta indirizzata al giudice affinché egli decida in tal senso. Quindi, il contenzioso sussiste ancora, per cui il TCA deve entrare nel merito della vertenza. 2.2 . Il TCA è chiamato a stabilire se l'Ufficio AI era legittimato a negare all'assicurata l'assunzione dei costi delle cure ortodontiche prestate dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_. L'art. 13 cpv. 1 LAI stabilisce che gli assicurati, fino al compimento dei 20 anni hanno diritto ai provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite (art. 3 cpv. 2 LPGA). Il diritto a tali provvedimenti esiste indipendentemente dalla possibilità d'integrazione nella vita professionale o di svolgimento delle mansioni consuete (art. 8 cpv. 2 LAI). Il Consiglio federale designa le infermità per le quali sono concessi tali provvedimenti . Esso può escludere le prestazioni, se l'infermità è di poca importanza (art. 13 cpv. 2 LAI). Facendo uso della delega di competenza di cui sopra, l'Esecutivo federale ha emanato l'ordinanza sulle infermità congenite (OIC; RS 831.232.21). Questa autorità dispone di un largo potere di apprezzamento che le permette di optare per una regola generale (art. 1 OIC) o, nel caso di talune infermità, per dei criteri particolari, prendendo eventualmente in considerazione anche degli aspetti di ordine pratico (RDAT II-1999, n. 65; Pratique VSI 1999 p. 173 consid. 2b con riferimenti). Giusta l'art. 1 cpv. 2 OIC, le infermità congenite sono

enumerare nell'elenco in allegato. Il Dipartimento federale dell'interno può qualificare delle infermità congenite evidenti, che non figurano nell'elenco in allegato, come infermità congenite giusta l'articolo 13 LAI. L'art. 2 cpv. 1 OIC dispone che il diritto nasce con l'inizio dei provvedimenti sanitari, ma al più presto a nascita avvenuta. Se la cura di un'infermità congenita viene assunta perché è necessaria una terapia precisata nell'allegato, il diritto nasce con l'inizio del provvedimento; esso si estende in seguito a tutti i provvedimenti sanitari necessari alla cura dell'infermità congenita (cpv. 2). Sono reputati provvedimenti sanitari necessari alla cura di un'infermità congenita tutti i provvedimenti ritenuti validi dalla scienza medica e intesi a conseguire nel modo più semplice e funzionale lo scopo terapeutico (art. 2 cpv. 3 OIC).

2.3. I provvedimenti necessari volti alla cura delle infermità congenite riguardano in particolare la cura delle conseguenze e delle manifestazioni che, da un punto di vista medico, fanno parte dell'insieme dei sintomi che riguardano l'infermità congenita interessata (U. Meyer-Blaser, "Bundesgesetz über die Invalidenversicherung", Ed. Schulthess Polygraphisches Verlag, Zurigo 1997, p. 103). Il diritto a provvedimenti sanitari si estende, eccezionalmente, anche al trattamento di danni alla salute secondari, che non fanno più parte dell'insieme di sintomi dell'infermità congenita, ma che, secondo l'esperienza medica, sono spesso la conseguenza di questa infermità (Pra 1991 Nr. 214 p. 904 consid. 1a; DTF 100 V 41 consid. 1a; RCC 1971 p. 560; Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Ginevra 1991, p. 235 segg., 241). Secondo la giurisprudenza tra l'infermità congenita e il disturbo manifestatosi deve esserci pertanto un nesso causale adeguato qualificato (DTF 129 V 210 consid. 3.3; Pra 1991 Nr. 214 p. 903). Ciò è il caso se i sintomi sono una conseguenza frequente dell'infermità congenita in esame. Il criterio è puramente quantitativo (cfr. giurisprudenza citata in Scartazzini, op. cit. p. 240, 241). Solo se vi è un nesso causale adeguato qualificato il diritto all'assunzione dei costi per la cura dell'infermità congenita è dato (Meyer-Blaser, op. cit., p. 104 e giurisprudenza federale citata). Non è invece necessario che l'affezione secondaria sia una conseguenza diretta dell'infermità congenita. Anche conseguenze indirette possono esserlo (Pra 1991 Nr. 214 p. 903 consid. 3b). In tal senso, il marginale no. 11 della CPSI (Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione per l'invalidità) dispone che la cura di un danno alla salute conseguente all'infermità congenita è a carico dell'AI se le manifestazioni patologiche sono in stretto rapporto con i sintomi dell'infermità congenita. A tal proposito va ricordato che in una sentenza 32.2004.24 del 21 ottobre 2004 questo Tribunale, accogliendo il ricorso di un assicurato minorenne beneficiario di provvedimenti sanitari per la cura di un vizio cardiaco cianotico congenito (OIC 313), ha obbligato l'Ufficio AI ad assumere il trattamento di una encefalopatia ipossico-ischemica, scatenata in parte da un infetto delle vie respiratorie, messo in relazione diretta con l'affezione congenita assicurata.

2.4. L'Ufficio AI ha fondato la decisione del 5 settembre 2011 di rifiuto della garanzia per provvedimenti sanitari-cure ortodontiche sulle annotazioni del 5 luglio 2011 del medico del SMR, dr. \_\_\_\_\_ il quale ha rilevato quanto segue: " (...) Il palato gotico con ritardo dello sviluppo delle arcate dentali e l'impossibilità di crescita dei denti definitivi non figurano nella lista delle IC, in particolare nella lista delle malformazioni congenite dei denti che possono essere prese a carico AI. Le cure ortodontiche applicate dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non sono pertanto a nostro carico. (Doc. 82/1) In sede ricorsuale, la rappresentante dell'assicurata ha prodotto i seguenti referti medici: - referto del 23 settembre 2011, redatto dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza, del seguente tenore: " Facendo seguito alla sua lettera del

20 settembre 2011 rispondo puntualmente alle domande da lei poste. Premetto che conosco RI 1 solo dal 2007 e che ho solo alcuni rapporti degli esami eseguiti in precedenza. Dal 2004 al 2007 è stata seguita dalla dottoressa I. \_\_\_\_\_ alla clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. 1) dai rapporti in mio possesso il palato alto era presente già nel 2004. È quindi probabilmente legato alla sindrome della quale RI 1 soffre. 2) In dicembre 2004 sono stati eseguiti esami genetici, che mostrano una delezione a livello del cromosoma 15. Tale alterazione non prova formalmente una sindrome di Angelman. La nostra diagnosi rimane essere sindrome dismorfica con sospetto di sindrome di Angelman. 3) RI 1 presenta una dismorfia cranio-facciale caratterizzata da microcefalia, deviazione del setto e palato alto. La sindrome di Angelman presenta nel 20-80% dei casi una bocca larga con denti distanti un'ipoplasia mascellare. 4) L'infermità congenita 462 si riferisce a problemi ormonali nell'ambito di sindromi tra le quali quella di Prader-Willi. Nel nostro caso non viene chiesto un riconoscimento della prestazione AI per tali problemi. Quindi non si può far valere l'OIC 462 per la correzione del palato gotico." (Doc. C) - referto del 26 settembre 2011, redatto dal PD dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in pediatria e neuropsichiatria, del seguente tenore: " 1. Il palato gotico con ritardo dello sviluppo delle arcate dentali e impossibilità di crescita dei denti definitivi è la conseguenza della malattia primaria di tipo neurologica riassunta con OIC 390. 2. In base alle diagnosi e agli esami effettuati RI 1 presenta la sindrome di Angelman, i risultati genetici mostrano una delezione a livello del cromosoma 15 che corrisponde ad una sindrome di Angelman. 3. Il palato gotico non è sintomo della sindrome di Angelman, direi piuttosto che il palato gotico è conseguenza dell'OIC 390 e non direttamente dell'Angelman. 4. La sindrome di Angelman potrebbe rientrare in OIC 462 che include la sindrome di Prader-Willi, a livello genetico è la stessa mutazione e quindi dal mio punto di vista dovrebbe rientrare nell'OIC 462." (Doc. D) Al riguardo, nelle annotazioni mediche del dr. D. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina generale, ha osservato: " Diagnosi: paresi cerebrale di tipo atassico su encefalopatia non progredente su anomalia cromosomica (trisomia, sindrome di Angelmann) - palato alto - OIC 390 riconosciuta Richiesta di presa a carico di trattamento odontoiatrico Vedi nota SMR del 5.7.2011: problematica dentale non fa parte della lista OIC Decisione del 5.9.2011: Ricorso: Secondo la marginale 13 l'AI prende a carico la narcosi se è necessario un trattamento dentario nel caso che questo trattamento è reso difficile dalla presenza di un OIC. Wird eine Zahnbehandlung durch ein in der GgV aufgeführtes Geburtsgebrechen unmittelbar erschwert so können die Kosten der notwendigen Narkose, nicht aber der Zahnbehandlung übernommen werden. In der Regel ist eine Behandlung in Narkose nur unter klinischen Verhältnissen möglich. Siehe auch Rz 403.2. Nel presente caso questo criterio è assolto, ragion per la quale è dato preavviso favorevole per una presa a carico della narcosi. Dalla documentazione a disposizione non risulta che la problematica dentaria faccia parte d'una infermità congenita. Qui faccio presente che la presenza d'una anomalia a carico dell'AI viene stabilito da / e secondo la procedura allegata: · Kieferorthopädischen Abteilungen der Zahnärztlichen Universitätsinstitute sowie · die im Spezialistenregister eingetragenen Kieferorthopäden/-innen SSO Abklärungsverfahren 1. Der/die untersuchende Zahnarzt/-ärztin hat das Formular "Zahnärztliche Beurteilung" vollständig auszufüllen. Erhält er fälschlicherweise das Formular "Fragebogen für den Arzt", so hat er es zurückzuweisen und von den IV-Organen die IV Formulare für Zahnärzte anzufordern. 2. Die Frage nach dem Vorliegen eines Geburtsgebrechens nach Ziffern 205, 206 oder 207 ist nur zu bejahen, wenn die in der Geburtsgebrechenliste und den zugehörigen Erläuterungen

(siehe Abschnitt III) gestellten Bedingungen erfüllt sind. 3. Besteht nach dem klinisch-inspektorischen Untersuchungsbefund Verdacht auf Vorliegen eines Geburtsgebrechens nach Ziffern 208, 209, 210, 214 oder 218 (siehe Abschnitt III), so hat der untersuchende Zahnarzt die Abklärung der Leistungsberechtigung durch einen im entsprechenden Register eingetragenen abklärungsberechtigten Fachzahnarzt für Kieferorthopädie seiner Wahl zu veranlassen, indem er ihm den Patienten direkt mit dem Formular "Kieferorthopädische Abklärung" überweist (siehe auf den Formularen) und die Eltern des Versicherten darüber orientiert, dass der Patient vom abklärungsberechtigten Fachzahnarzt für Kieferorthopädie aufgeboten wird. Dem untersuchenden Zahnarzt steht es frei, durch direkte Überweisung des Patienten an einen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie diesem auch die zahnärztliche Beurteilung zu übertragen. La presenza di un'anomalia della bocca non è conseguenza dell'OIC 390 ma fa parte della sindrome di Angelmann presente nell'assicurata. Si tratta qui di un'affezione sindromale. Le singole affezioni devono rispettare i criteri per il riconoscimento quale OIC 10: Einzelne Geburtsgebrechen weisen vielfältige Symptome auf (polysymptomatische Gebrechen, z.B. Trisomie 21), die alle auf da gleiche, als solches jedoch nicht einer Behandlung zugängliche Leiden zurückzuführen sind. In diesen Fällen kann die IV medizinische Massnahmen zur Behandlung einzelner Symptome dieses Geburtsgebrechens nur erbringen, wenn die für deren Behandlung allenfalls aufgestellten besonderen Voraussetzungen erfüllt sind (s. auch Rz 6). Il trattamento dentario non assolve pure i criteri per prestazioni secondo art. 12 LAI non essendo l'intervento necessario per la formazione." (Doc. V/bis) 2.5. In corso di causa, la patrocinatrice ha prodotto il seguente referto, datato 5 marzo 2012, redatto, su richiesta della stessa rappresentante legale dell'assicurata, dal dr. med. dent \_\_\_\_\_, specialista SSO in ortodonzia, del seguente tenore: " Come richiesto ho eseguito gli accertamenti specialistici per valutare se ci sono i requisiti imposti dall'assicurazione invalidità per la presa a carico delle cure ortodontiche. Dagli accertamenti eseguiti (teleradiografia, cefalometria e visita clinica) risulta che la malocclusione della paziente rientra nei parametri per aver riconosciuta la IC 209 (mordex apertus congenitus) > morso aperto tra gli incisivi e angolo mascello-mandibolare, Spa-Spp/MeGo di 42°). I provvedimenti sanitari riguardanti la presa a carico delle cure ortodontiche necessarie per la cura della malocclusione devono essere presi a carico dell'assicurazione fino al compimento del 20.anno di età. Nel frattempo ho contattato l'assicurazione invalidità per sapere se il formulario "Esame dentario" e il formulario "Esame di ortopedia dento-facciale" per dare il preavviso negativo sono stati riempiti in precedenza da parte di uno specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI. Dalle prime indicazioni ottenute verbalmente dal Signor \_\_\_\_\_ il 29.02.2012 questo non è avvenuto. Ciò è stato anche confermato dal medico dentista (\_\_\_\_\_) che ha sempre curato la paziente. Data la scarsa collaborazione, il medico dentista a suo tempo aveva rinunciato ad eseguire una teleradiografia. In sostanza l'assicurazione invalidità non poteva prendere una decisione riguardante le IC 208, 209, 210 senza una valutazione specialistica e un preavviso da parte di un perito. Le perizie per le IC (riguardanti il nostro ambito di valutazione, IC 208, 209 e 210) non vengono influenzate in alcun modo dallo stato di salute del paziente e dall'eventuale presenza di sindromi e altre IC riconosciute in precedenza che potrebbero influenzare negativamente lo sviluppo delle arcate e/o dei mascellari. L'accertamento si limita nel valutare dei parametri dentali e architetonici del viso (mascellare superiore ed inferiore) molto ben definiti con poco margine di apprezzamento. I genitori sono in attesa di sapere se spedire il formulario "Richiesta di prestazioni AI per assicurati che non hanno ancora compiuto i 20 anni" per procedere con

l'accertamento per poter fare richiesta seguendo l'iter corretto o attendere una decisione in merito da parte del Tribunale cantonale delle assicurazioni alla luce di quanto scritto in precedenza." (Doc. F) Nelle annotazioni del 20 marzo 2012, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " L'attuale rapporto del dr. \_\_\_\_\_ conferma la presenza della OIC 209, OIC valida dal momento delle diagnosi." (Doc. XI/1) Nell'annotazione per l'incarto del 20 marzo 2012, il signor \_\_\_\_\_, sostituto capo ufficio dell'UAI, ha indicato: " Colloquio telefonico con lo studio del Dr. Med. Dent. \_\_\_\_\_ al quale chiedo la data di esecuzione dell'esame. Teleradiografia eseguita il 29 febbraio 2012. Procedere: emanare decisione di accoglimento OIC 209. Chiedere al TCA stralcio ricorso visto la nuova decisione che si allegherà." (Doc. XI/2) La patrocinatrice ha quindi prodotto una nuova presa di posizione del dr. med. dent. \_\_\_\_\_, datata 24 aprile 2012, del seguente tenore: " La paziente presenta attualmente (29.02.2012) un morso aperto (beanza verticale) nel segmento frontale (incisivi centrali e laterali permanenti) nonché un'iperdivergenza accentuata (angolo mascello-basale di 42°). Il trattamento eseguito dal collega (medico dentista senza specializzazione nonché senza formazione specifica in ortodonzia) non viene giudicato nel dettaglio. Una documentazione iniziale adeguata non è stata eseguita. La malocclusione viene ritenuta di estrema difficoltà da gestire anche per specialisti in ortodonzia esperti. Data la mancanza di una documentazione iniziale, giudicare come si presentava la malocclusione nella primavera del 2011 (ad inizio terapia) non è possibile con sicurezza assoluta. Fatto sta che il trattamento eseguito ha sicuramente contribuito ad affievolire l'iperdivergenza tuttora presente. Le placche di espansione con rialzi laterali (inserito nei due mascellari il 11.4.2011 e tolte il 29.02.2012) hanno alzato il morso laterale di ca. 2 mm aumentando l'attività muscolare dei muscoli masseterici e temporali (responsabili per lo spostamento della mandibola verso la mascella, chiusura dei denti). Un'intrusione dei segmenti buccali (molari e premolari) è stata probabilmente ottenuta permettendo un'auto rotazione della mandibola e contribuendo in tal modo alla chiusura del morso (avvicinamento degli incisivi superiori ed inferiori) con conseguente diminuzione del morso aperto e automaticamente dell'iperdivergenza. In conclusione è con grande probabilità che la problematica del morso aperto e dell'iperdivergenza (angolo mascello-basale) oltre i 40° erano già presenti prima che il trattamento iniziasse nel 2011." (Doc. H) 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia

o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.7. Nel caso di specie, nella decisione impugnata l'UAI ha rifiutato la presa a carico del trattamento ortodontico eseguito dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_, ritenendo che, sulla base del parere espresso dal SMR, “la problematica di cui soffre RI 1 (palato gotico con ritardo dello sviluppo delle arcate dentali con impossibilità di crescita dei denti definitivi) e per la quale è stato richiesto il rimborso dei costi necessari alla relativa cura, non è elencata nella lista delle infermità congenite riconosciute ai sensi dell'OIC e mancano altresì le condizioni per la copertura dei costi in conformità con l'art. 12 LAI” (doc. B). Per i motivi di seguito esposti, questo Tribunale non può confermare la decisione presa dall'amministrazione, dato che, come del resto riconosciuto dallo stesso Ufficio AI nelle osservazioni del 21 marzo 2012 (cfr. doc. XI, consid. 1.7.), dagli accertamenti fatti esperire dalla patrocinatrice dell'interessata in corso di causa è emerso che i disturbi di RI 1, che necessitano di un trattamento ortodontico, rientrano nell'infermità congenita di cui alla cifra 209 OIC. L'allegato OIC, cifra 209, spiega che si è in presenza dell'infermità congenita “Mordex apertus congenito, se provoca una beanza verticale dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 40° e più (rispettivamente di almeno 37° combinato con un angolo ANB di 7° e più).” Il dr. med. dent. \_\_\_\_\_, specialista in ortodonzia, nel suo scritto del 5 marzo 2012, ha espressamente indicato che “dagli accertamenti eseguiti (teleradiografia, cefalometria e visita clinica) risulta che la malocclusione della paziente rientra nei parametri per avere riconosciuta la IC 209 (mordex apertus congenitus > morso aperto tra gli incisivi e angolo mascello mandibolare, Spa-Spp/MeGo di 42°)”. Il TCA non può che concordare con questa conclusione dello specialista in ortodonzia, condivisa, del resto, anche dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR (cfr. doc. XI/1). Pertanto, appurato che RI 1 è affetta dall'infermità congenita prevista alla cifra 209 dell'allegato OIC, ella ha diritto ad essere posta al beneficio dei

provvedimenti sanitari richiesti, come correttamente indicato dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto specialistico, laddove ha rilevato che “i provvedimenti sanitari riguardanti la presa a carico delle cure ortodontiche necessarie per la cura della malocclusione devono essere presi a carico dall’assicurazione fino al compimento del 20° anno di età” (doc. F). Questa conclusione è stata, del resto, condivisa dallo stesso Ufficio AI (cfr. osservazioni del 21 marzo 2012, doc. XI, consid. 1.7.) 2.8. Quanto alla durata del diritto ai provvedimenti sanitari oggetto della presente vertenza, è indubbio che, ai sensi di legge, questo diritto si estingue, senza eccezioni, al più tardi alla fine del mese in cui l’assicurata compie i vent’anni, ossia il 31 gennaio 2023, come correttamente indicato dall’Ufficio AI nella comunicazione del 20 marzo 2012 (cfr. doc. G). Controversa, rimane, per contro, la questione relativa all’inizio del diritto a prestazioni : se a partire dal momento di presentazione della domanda (gennaio 2011), come richiesto dalla patrocinatrice dell’interessata oppure, come invece proposto dall’amministrazione nelle osservazioni del 21 marzo 2012 (doc. XI) e nella comunicazione del 20 marzo 2012 (doc. G), solo a partire dal mese di febbraio 2012, allorquando è stato eseguito l’esame specialistico da parte del dr. \_\_\_\_\_. 2.9. Secondo il marg. 14 CPSI (Circolare sui provvedimenti sanitari d’integrazione per l’invalidità) gli assicurati hanno diritto ai provvedimenti sanitari dal momento in cui l’infermità congenita richiede una cura e questa ha buone possibilità di successo. Il trattamento medico dev’essere accordato finché è indicato il rapporto tra possibile successo e costi della cura che deve essere sostenibile. A intervalli ragionevoli occorre esaminare se tali esigenze sono rispettate. Se l’infermità o il provvedimento terapeutico lo giustificano, si deve limitare la durata della prestazione. Le cifre 208–210 CPSI - concernenti, tra l’altro, anche l’infermità detta “del mordex apertus o clausus (209 OIC)” - prevedono che “.1 queste infermità possono essere anomalie congenite oppure affezioni acquisite. Esse sono riconosciute come infermità congenite solo se esistono deviazioni verticali o sagittali estreme nello sviluppo dello scheletro della mascella. Il diritto a fornire prestazioni dell’AI inizia a partire dal momento in cui i criteri di deviazione sono adempiti. .2 L’esame di queste anomalie è esclusivamente di competenza: – delle cliniche di ortopedia mascellare di un istituto o-dontoiatrico svizzero e – degli specialisti ortodontisti SSO indicati in uno speciale elenco (v. il sito della SSO: [www.sso.ch](http://www.sso.ch)).” 2.10. Nello scritto del 21 marzo 2012, l’Ufficio AI ha proposto al TCA di riconoscere all’assicurata il diritto a prestazioni solo a partire dal momento in cui i criteri dell’OIC 209 sono adempiti, ossia dal mese di febbraio 2012, data dell’esame specialistico del dr. med. dent. \_\_\_\_\_ (doc. XI). La patrocinatrice ha contestato la data di inizio del diritto a prestazioni proposto dall’amministrazione, facendo valere che la presenza dell’infermità congenita riconosciuta dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ avrebbe potuto essere individuata anche prima del mese di febbraio 2012, se solo l’Ufficio AI avesse provveduto a fare eseguire questo genere di accertamento prima di emettere una decisione riguardante i provvedimenti sanitari richiesti. Chiamato a pronunciarsi, il TCA concorda con la tesi della patrocinatrice dell’assicurata, suffragata, del resto, dalle considerazioni espresse dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ nello scritto del 24 aprile 2012. Lo specialista in ortodonzia, infatti, nella citata presa di posizione, ha fatto presente che, al momento della sua valutazione del 29 febbraio 2012, l’interessata “presentava un morso aperto (beanza verticale) nel segmento frontale (incisivi centrali e laterali permanenti) nonché una iperdivergenza accentuata (angolo mascello-basale di 42°)” (doc. H). In mancanza di una documentazione iniziale adeguata, il dr. med. dent. \_\_\_\_\_ ha rilevato che “giudicare come si presentava la malocclusione nella primavera del 2011 (inizio della terapia) non è possibile con certezza

assoluta". Egli ha tuttavia aggiunto che "il trattamento eseguito (dal dr. \_\_\_\_\_, n.d.r.) ha sicuramente contribuito ad affievolire l'iperdivergenza tuttora presente", spiegando nel dettaglio quali sono stati i benefici in termini di diminuzione del morso aperto e conseguentemente dell'iperdivergenza apportati dalle cure ortodontiche messe in atto dal dr. med. dent. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. H, riportato per esteso al consid. 2.5.). Alla luce di questi elementi, il dr. med. dent. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso che "è con grande probabilità che la problematica del morso aperto e dell'iperdivergenza (angolo mascello-basale) oltre i 40° erano già presenti prima che il trattamento iniziasse nel 2011" (doc. H). Il TCA condivide queste considerazioni dello specialista in ortodonzia. Va qui osservato che, in una sentenza del 10 marzo 1994, pubblicata in DTF 120 V 89 - concernente il caso di un'assicurata minorenni, affetta da prognatismo mandibolare congenito (cifra 210 OIC), la quale aveva richiesto all'assicurazione invalidità, nel novembre 1991, di prendere a carico i costi di un trattamento ortodontico iniziato nel mese di giugno 1990 e alla quale i primi giudici, distanziandosi dalla decisione con la quale l'amministrazione aveva riconosciuto la presa a carico solo a partire dal mese di gennaio 1991 (momento a partire dal quale il prognatismo aveva raggiunto i valori richiesti per avere diritto a prestazioni), avevano accordato la presa a carico dei trattamenti iniziati durante i dodici mesi precedenti la domanda di prestazioni e quindi a partire dal mese di novembre 1990 – la nostra Massima Istanza ha rilevato che, contrariamente a quanto concluso dai giudici cantonali, l'assicurata aveva diritto ai provvedimenti sanitari in discussione fin dall'inizio del trattamento e quindi a partire dal mese di giugno 1990. L'Alta Corte si è così espressa: " (...) 2. a ) Certaines affections congénitales ne sont reconnues comme invalidantes que lorsqu'elles atteignent un degré de gravité bien précis. Pour ces affections-là, et celle qui est en cause en l'espèce (ch. 210 OIC), le Conseil fédéral s'est écarté de la définition qu'il avait lui-même donnée à l'art. 1 al. 1 OIC. Il a qualifié d'infirmité congénitale celle qui ne peut être reconnue comme telle à la naissance accomplie de l'enfant, faute de gravité suffisante, mais qui, s'étant développée par la suite sur la base de l'état existant à la naissance, atteint finalement le degré de gravité requis justifiant sa prise en charge par l'assurance-invalidité. Selon la jurisprudence, ces dispositions réglementaires sont conformes à la loi (arrêt non publié L. du 18 août 1986; voir aussi, pour les affections congénitales non reconnaissables comme telles à la naissance, l'arrêt RCC 1989 p. 222 ainsi que l'arrêt non publié C. du 7 août 1979). Aussi la prognathie inférieure congénitale n'est-elle reconnue comme infirmité congénitale que lorsque l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins -1° (respectivement +1° et moins combiné à un angle maxillo-basal de 37° et plus, ou de 15° et moins) et lorsque au moins deux paires antagonistes antérieures de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout (ch. 210 OIC). b) En l'espèce, il est constant que la recourante souffre de l'infirmité congénitale figurant au ch. 210 OIC, que l'angle ANB n'avait pas atteint le degré requis pour ouvrir droit aux prestations lorsqu'il avait été mesuré au mois de janvier 1990 (+0,5°), mais qu'il avait atteint cette valeur lors de la mesure effectuée en janvier 1991 (-1°). Par conséquent, c'est à bon droit que l'assurée a été mise au bénéfice des prestations de l'assurance-invalidité (mesures médicales) à ce titre. c) Dès lors, seul demeure litigieux le point de savoir à partir de quel moment l'intimée a droit aux prestations: depuis le début du traitement (soit en juin 1990, apparemment), depuis le douzième mois précédant la demande de prestations (en novembre 1990), ou depuis l'époque où l'examen médical a établi que le degré d'infirmité requis était atteint (soit en janvier 1991). 3. a ) S'agissant de la

fin du droit aux prestations (c'est-à-dire lorsque le traitement a permis de corriger l'infirmité congénitale admise antérieurement par l'assurance-invalidité, au point qu'elle n'atteint plus le degré de gravité requis), la jurisprudence a admis que le droit aux mesures médicales persistait, conformément d'ailleurs à la pratique administrative, pour autant que le traitement reste indiqué et qu'on puisse encore en attendre une amélioration (art. 2 et 3 OIC; RCC 1984 p. 347 consid. 1b; arrêt non publié D. du 4 mai 1984). En revanche, s'agissant du début du droit à ces mêmes prestations (art. 2 OIC), le Tribunal fédéral des assurances n'a pas eu l'occasion de trancher le point de savoir si l'infirmité qui n'avait pas encore atteint le degré de gravité requis à la naissance de l'assuré, mais seulement postérieurement, devait également être considérée comme congénitale déjà lors de son apparition, ou uniquement depuis la réalisation dudit degré figurant dans l'annexe à l'OIC. b) En l'occurrence, il n'y a pas de raison de traiter différemment les litiges qui pourraient survenir dans les deux situations précitées. Il est en effet conforme au sens et au but de la loi que chaque infirmité congénitale ouvre en principe le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, qu'elle soit grave ou non, à l'exception toutefois des cas de peu d'importance. Ainsi, dès que les manifestations de l'infirmité atteignent, à un moment ou à un autre, le degré de gravité requis ou qu'elles nécessitent de procéder à une intervention chirurgicale, il est logique de les assimiler, dès le début du traitement (art. 2 al. 1 et 2 OIC) et jusqu'à la majorité de l'assuré (art. 3 OIC), aux infirmités congénitales pures et simples qui ne dépendent pas d'un critère de gravité. Cela est du reste conforme au but de la prise en charge des infirmités congénitales par l'assurance-invalidité, savoir encourager et financer dès le plus jeune âge la correction - plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement - des handicaps assez graves pour être de nature à réduire la capacité de gain de l'assuré à l'âge adulte. Ces impératifs clairs priment l'interprétation historique contraire proposée par l'OFAS. Au demeurant, l'art. 2 al. 1 et 2 OIC pose le principe de la rétroactivité de la prise en charge des mesures médicales, depuis le moment où le traitement s'avère nécessaire, même si l'on ne découvre l'infirmité que plus tard ( ATF 98 V 270 -271 consid. 2; RCC 1989 p. 224 consid. 3). c) Cela étant, l'intimée avait droit aux mesures médicales litigieuses depuis le début du traitement déjà et sans autre limite dans le temps que celle de sa 20<sup>e</sup> année, même si le degré de gravité fixé par les dispositions réglementaires n'était pas encore atteint à ce moment-là. Le recours est mal fondé. 4. a ) Les premiers juges ont limité le droit à la prise en charge du traitement médical par l'assurance-invalidité aux douze mois précédant la demande de prestations, en vertu de l'art. 48 al. 2, 1<sup>re</sup> phrase LAI. On ne saurait cependant partager leur opinion. En effet, selon l'art. 48 al. 2, 2<sup>e</sup> phrase LAI, les prestations sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. b) Selon la jurisprudence, la connaissance desdits faits est celle de l'atteinte qui ouvre le droit aux prestations ( ATF 114 V 137 consid. 3b, ATF 100 V 120 consid. 2c; RCC 1989 p. 49 consid. 2, 1984 p. 420 consid. 1), soit, en l'espèce, le moment à partir duquel l'intimée a été informée que la prognathie avait atteint un angle ANB de -1<sup>o</sup>. Bien que cet angle fût de +0,5<sup>o</sup> en janvier 1990 et que le dentiste ou la mère de l'intimée se soit probablement rendu compte du fait que l'infirmité s'aggravait, ce n'est qu'en janvier 1991 qu'un angle ANB de -1<sup>o</sup> a été effectivement mesuré. Dès lors, on doit admettre que la demande a été introduite dans l'année où l'intimée a eu connaissance de ce fait. c) Il s'ensuit que l'assurée a droit aux prestations litigieuses dès le début du traitement entrepris en 1990." In una sentenza 9C\_866/2008 dell'8 luglio 2009, il Tribunale federale, distanziandosi dal giudizio dei primi giudici – i quali avevano accordato ad un'assicurata,

affetta da «cataracta juvenilis», il diritto ai provvedimenti sanitari per la cura dell'infermità congenita di cui alla cifra 419 dell'allegato OIC, annullando la decisione con la quale l'amministrazione aveva rifiutato l'assunzione dei costi per gli interventi di cataratta bilaterale, considerando che l'acuità visiva non avesse raggiunto i limiti di gravità necessari per il riconoscimento di un'infermità congenita - ha ritenuto che, nel caso di specie, non fosse possibile riconoscere all'interessata l'assunzione dei costi degli interventi oculistici richiesti, dato che l'acuità visiva dell'assicurata non ha mai raggiunto, fino al momento delle operazioni chirurgiche in discussione – diversamente da quanto invece avvenuto nella fattispecie di cui alla sentenza pubblicata in DTF 120 V 89, nella quale il prognatismo aveva raggiunto i valori richiesti per avere diritto a prestazioni durante il trattamento - i limiti previsti dalla cifra marginale 419 dell'allegato OIC. Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, il TCA ritiene che RI 1 abbia diritto ai provvedimenti sanitari qui in discussione - assunzione dei costi per la cura dell'infermità congenita di cui alla cifra 209 dell'allegato OIC - fin dall'inizio delle cure ortodontiche, intraprese nel mese di marzo 2011. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dalla RA 2, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto . § La decisione del 5 settembre 2011 è annullata. §§ L'Ufficio AI è condannato a riconoscere all'assicurata i provvedimenti sanitari volti al trattamento dell'infermità congenita di cui alla cifra 209 dell'allegato OIC conformemente ai considerandi . 2. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. L'Ufficio AI verserà alla ricorrente la somma di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa). 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente Il segretario Daniele Cattaneo Fabio Zocchetti