

## **TI\_GERICHTE 36.2019.85 vom 5. März 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-03-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2019.85](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.85)

FR: TI\_GERICHTE 36.2019.85 du 5 mars 2020

IT: TI\_GERICHTE 36.2019.85 del 5 marzo 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

lett. b LAMal, o se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi come prevede l'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal.

L'art. 33 cpv. 2 LAMal ha demandato al Consiglio federale il compito di designare in dettaglio le prestazioni secondo i principi di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal. Facendo uso di una subdelega (art. 33 cpv. 5 LAMal in relazione con l'art. 33 lett. d OAMal), il Dipartimento federale dell'interno ha promulgato per ognuna delle fattispecie regolate dall'art. 31 cpv. 1 LAMal una propria norma di attuazione, più precisamente gli articoli 17, 18 e 19 OPre.

Così, mentre l'art. 17 OPre (emanato in attuazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal) racchiude la lista delle malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio, l'art. 18 OPre (realizzato a concretizzazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal) enumera altre malattie gravi suscettibili di occasionare dei trattamenti dentari che, come tali, non costituiscono affezioni dell'apparato masticatorio, ma tuttavia gli sono di nocimento. Quanto all'art. 19 OPre (formulato in applicazione dell'art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal), esso prevede che l'assicurazione assume i costi dei trattamenti dentari necessari per conseguire le cure mediche in caso di focolai ben definiti. L'art. 19a OPre disciplina infine l'assunzione delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenite (DTF 130 V 294; DTF 129 V 83 consid. 1.2, 128 V 62 consid. 2b, 127 V 341 consid. 2b, 124 V 347 consid. 2).

L'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari è esaustivo (STF 9C\_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 3; STFA K 6/05 del 27 settembre 2005 consid. 2.3; DTF 130 V 472 consid. 2.4 non pubblicato, DTF 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a e 343 consid. 3b, 124 V 347 seg. consid. 3a; cfr. anche Claudia Kopp Käch, Zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen [Überblick über die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts], in ZBJV 2002, pag. 419 e seguenti). Mentre, a seconda del significato patologico, le spese di un trattamento medico devono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in funzione dell'art. 25 LAMal, la copertura assicurativa di un trattamento dentario si determina secondo i criteri di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal in relazione con gli art. 17 segg. OPre (DTF 128 V 146 consid. 5).

#### "1. Frage

Gemäss KLV Art. 17f3 muss eine schwere Schädel-Gesichtsasymmetrie vorliegen damit die Korrektur und auch die Korrektur einer Dysgnathie von der OKP übernommen werden muss.

Zum Beispiel:

Condylomandibuläre

Elongation einseitig

Die Asymmetrie muss deutlich sichtbar sein (äusserlich). Vgl. ■Bemerkung im KVG Atlas SSO:

Konturveränderungen im Schädel-Gesichts-Bereich mit funktioneller Insuffizienz und/oder Störung der sozialen Integration■, KVG-Atlas Seite 63!

Eine solche Situation liegt bei der Versicherten nicht vor. Äusserlich ist die Asymmetrie gemäss Fotos kaum sichtbar! Die dentale Mittellinienverschiebung des Unterkiefers nach rechts bestand gemäss Röntgen (DVT) vom 07.12.2019 bereits im Jahre 2009. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestand die Asymmetrie bereits im Jahre 2009 vergleiche Kostengutsprachege such von Dr. \_\_\_\_\_ vom 30.03.2018 für Chin Wings-Osteotomie. Gemäss Aussage von Dr. \_\_\_\_\_ war kein IV-Pflicht damals ausgewiesen, das heisst keine Geburtsgebrechen.

Im Kostengutsprachege such vom 02.11.2017 wird dann seltsamerweise von einem ■ehemals IV-pflichtigen Leiden■ gesprochen.

## E. 2

Frage

Der Schweregrad einer Schädel-Gesichts-Asymmetrie ist nicht offiziell anhand eines Massstabs objektiv klassifiziert. Was schwer und leicht ist obliegt dann der Beurteilung des Beobachters/Vertrauensarztes. Generell muss eine Asymmetrie des Gesichtes äusserlich stark auffällig sein, damit ein Krankheitswert vorliegt.

Im vorliegenden Fall ist die Asymmetrie äusserlich kaum wahrnehmbar, somit liegt kein Krankheitswert vor.

Dies ist unabhängig von einer allfälligen Dysgnathie. Es gibt unzählige Dysgnathien ohne Gesichtasymmetrie, welcher keine Pflichtleistung der OKP darstellen ■ Gleichbehandlung der Versicherten.

### 3.1 Frage

Gemäss aktueller Praxis der IV wird einer Gesichtasymmetrie, welcher sich erst im Verlauf der Körperentwicklung resp. des Körperwachstums manifestiert als erworbene Wachstumsstörung und damit nicht ad Geburtsgebrechen (GG 125) anerkannt. Dies betrifft vor allem die Gesichtasymmetrien als Folge einer condylo-mandibulären Elongation oder Hyperplasie.

Damit eine Gesichtasymmetrie als Geburtsgebrechen gemäss IV anerkannt wird, muss die Asymmetrie bereits bei ■ oder in den ersten Lebensjahren nach Geburt manifest sein. Dies trifft im vorliegenden Fall nicht zu.

### 3.2 Frage

### 3.3 Frage

Nein

"()

## Klassische Klasse III mit leichter Asymmetrie

Bei der klassischen Klasse III handelt es sich um einen Wachstumsüberschuss des Unterkiefers in postero-anteriorer Richtung (dorso-fazial). Dieser skelettale überschuss ist messbar, in mm und in Winkelmassen auf dem Fernröntgenbild. Er kann 1 mm bis zu 20mm betragen. Dabei wird auch der mandibuläre Zahnbogen mitverschoben und es kommt schon ab wenigen mm zu einer Malokklusion. Die Zahnbögen passen nicht mehr zusammen und suchen, zwangsmässig, einen Zusammenschluss (Schlussbiss). Dabei kommt es schon im Anfangsstadium zu einem unilateralen Kreuzbiss und dann zu einem bilateralen Kreuzbiss, das heisst der Kiefer weicht zur Seite (1). Man nennt das einen lateralen Kreuzbiss, bedingt durch die Anatomie der Zahnoberfläche (eingezwängt, deshalb Zwangsbiss). Diese mandibuläre Abweichung entspricht einer funktionellen okklusalen Anpassung und in Ruhelage stellt man fest, dass die Mandibula nicht asymmetrisch ist. Es kann dann zu einer skelettalen und dentale Anpassung kommen, welche in einer echten mandibulären Asymmetrie resultiert. Dazu gehört normalerweise eine entsprechende Kinnasymmetrie.

Diese Asymmetrie im Zahnschluss und in Ruhelage ist messbar gegenüber der Oberkiefermitte und gegenüber der Gesichtsmittellinie.

Bei extrem ausgebildeten inferiorem Prognathismus (> 10mm) kommt es zu einer nicht mehr funktionellen Zahn-Okklusion, zu einer negativen Lippenstufe, zu Sprachstörungen und zu sozialen Problemen. Eine Studie aus den USA hat gezeigt, dass bis zu 14% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren eine Klasse III zeigen. Davon werden 40% als problematisch (severe problem) erachtet und bei diesen liegt eine Operationsindikation vor (1). Nur gerade 35% der Bevölkerung zeigen eine normale Zahnokklusion, bei 60% liegt eine Malokklusion vor und bei 5% der Bevölkerung wird eine **■dento-facial deformity■** diagnostiziert (2)

Im Gegensatz zur **■klassischen■** Klasse III, gibt es weiter **■sekundäre■** Unterkiefer-Vorverlagerungen z.B. hormonal, traumatisch oder malformativ (Spalten) bedingt.

Bei Mm RI 1 stellt man schon auf den Modellen von 2002 eine beginnende Klasse III ohne Asymmetrie fest. Wobei die Okklusion auf den Modellen nicht unbedingt der Realität entsprechen, insbesondere bei diesen kleinen Grössen. Die Unterkieferzahnreihe ist aktuell 3 bis 4 mm nach rechts verschoben (Photo lachend). Verschiebungen vom 1 bis 2 mm sind in der normalen Varianzbreite und führen kaum zu einem Kreuzbiss. Auch ist das Kinn nach rechts verschoben. Die Lippenstufe im Profilbild ist nicht negativ und erscheint normal. Die Okklusionsebene ist nicht gekippt (schräg auf eine Seite abfallend), was bei fortgeschrittenen Asymmetrien oft der Fall ist. Die Zahnokklusion zeigt einen Kopfbiss (Inzisalkante gegen Inzisalkante) anterior, d.h. es besteht kein umgekehrter Ueberbiss (je nach Photo), und zeigt einen Kreuzbiss rechts. Diese Bisslage ist nicht perfekt, aber absolut funktionell und ohne Begleitpathologien.

Es bleibt noch zu prüfen, ob diese Asymmetrie skelettal fixiert ist oder ob es sich um einen Zwangsbiss handelt. Die Röntgenbilder und Photographien entsprechen nicht immer der klinischen Situation, da der mobile Unterkiefer während der Aufnahme nicht in seiner korrekten Lage ist (RC: retrudierte Kondylenposition), reproduzierbar, mit einem starren System fixiert ist.

Zusammenfassung:

Aus dem Gesagten folgere ich, dass es sich nicht um eine schwere kranio-faziale Asymmetrie handelt. Sie betrifft ausschliesslich die Mandibula, und nicht das Mittel- und Obergesicht und auch nicht das Kranium. Diese mandibuläre Asymmetrie ist nicht schwer, da sie ausschliesslich in einer noch funktionellen Malokklusion manifestiert und nicht gesichtsentscheidend ist.

Zum Artikel 125 GgV

Der Artikel 125 ist unter dem Kapitel II. Skelett aufgeführt und nicht unter dem Kapitel IV Gesicht.

2003 ist bei Mme RI 1 bereits eine Asymmetrie von 1 bis 2 mm erkennbar. Das Dossier wurde nicht der IV angemeldet, weil wahrscheinlich damals keine Chirurgie in Betracht kam. Was bei einer Abweichung von diesem kleinen Ausmass auch zu verstehen ist.

Meines Erachtens ist dieser Artikel nicht für das Gesichtskelett bestimmt. Denn die allermeisten Gesichts-Asymmetrien sind mit einem unter dem Kapitel IV aufgelisteten Krankheitsbild vergesellschaftet.

Ich kann keine Angaben über die IV-Praxis betreffend Artikel 125 GgV und Unterkieferasymmetrie machen. Zum heutigen Zeitpunkt erachte ich aus medizinischer Sicht eine Korrektur dieser Malokklusion als nicht zwingend (notwendig).

Um mehr über die Entstehungsgeschichte der GgV zu erfahren, kann ich Frau Dr Wanda Gnoinski, Kieferorthopädin in Zürich, empfehlen. ( )■

Ich kann beim besten Willen nicht verstehen, dass Herr Dr. \_\_\_\_\_ hier keine Asymmetrie sieht (siehe Foto im Anhang).■ (doc. XIX)

Anlässlich der Kontrolle vom 20.09.2017 hatten wir den Verdacht, dass der Unterkiefer wieder asymmetrisch wächst. Die Szintigraphie vom 06.10.2017 hat dies bestätigt, d.h. wir haben einen klaren Beweis, dass nach dem 20. Altersjahr erneut Wachstum stattgefunden hat. Dies war dann auch der Grund für die erneute Korrektur. Die Voraussetzungen für GgV 125 sind ganz klar erfüllt und wir bestehen darauf, dass die Krankenkasse die Kosten übernimmt■ (doc. XIX)

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).

Non va poi dimenticato che per l'art. 57 cpv. 1 LAMal gli assicuratori o le rispettive federazioni designano, d'intesa con le società mediche cantonali, i medici di fiducia. Questi devono soddisfare le condizioni d'autorizzazione ai sensi dell'articolo 36 e avere, inoltre durante almeno cinque anni, esercitato presso uno studio medico o rivestito una funzione medica direttiva in ospedale.

Secondo l'art. 57 cpv. 4 LAMal 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.

L'art. 57 cpv. 5 LAMal prevede che il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni.

Ai sensi dell'art. 57 cpv. 6 LAMal i fornitori di prestazioni devono trasmettere ai medici di fiducia le informazioni necessarie per l'adempimento dei compiti ai sensi del capoverso 4. Se non è possibile ottenerle altrimenti, il medico di fiducia può esaminare personalmente l'assicurato; ne deve prima informare il medico curante e comunicargli il risultato dell'esame. Tuttavia, in casi debitamente motivati, l'assicurato può esigere che l'esame di controllo sia effettuato da un altro medico. Se l'assicurato non si accorda in merito con l'assicuratore, la decisione spetta, in deroga all'articolo 58 capoverso 1 LPGa, al tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89.

Per l'art. 57 cpv. 7 LAMal i medici di fiducia trasmettono agli organi competenti degli assicuratori unicamente le indicazioni necessarie per decidere l'assunzione delle prestazioni, stabilire la remunerazione, calcolare la compensazione dei rischi o motivare una decisione. Ciò facendo salvaguardano i diritti della personalità degli assicurati.

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, questo Tribunale, alla luce della documentazione medica agli atti ed acquisita nelle more processuali, per i motivi che seguono, deve confermare la decisione su opposizione impugnata.

a) Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der operative Eingriff habe dazu gedient, ihre äussere Erscheinung im Gesichtsbereich ästhetischer zu machen und damit ihre Hemmungen abzubauen, an denen sie seit ihrer Kindheit leide, beruft sie sich auf eine therapeutische Zielsetzung, die im psychischen Bereich liegt. Zur Diskussion steht damit eine ärztliche Massnahme. Der Krankheitswert, der erforderlich wäre, damit die Behandlung die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 25 KVG zu begründen vermöchte, ist indessen nicht gegeben. Die Angabe in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, wonach die Versicherte mit einem Antidepressivum behandelt worden sei, ist zu vage, als dass daraus auf eine psychische Erkrankung mit Krankheitswert geschlossen werden könnte. Der Vollständigkeit halber ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass auch im von der Beschwerdeführerin aufgelegten Bericht des Prof. Dr. Dr. A., Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Spitals O vom 29. November 2001, nichts auf eine solche Erkrankung hindeutet.

b) Soweit die Beschwerdeführerin indessen geltend macht, die Operation habe einer Verbesserung der Bissverhältnisse gedient, handelt es sich von der therapeutischen Zielsetzung her um eine zahnärztliche Massnahme. Eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. f KLV liegt indessen nicht vor. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin an einer Dysgnathie, die zu Störungen mit Krankheitswert, namentlich zu einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie, geführt hätte, litt. Der offene Biss und die Retromaxillie, welche bei der Versicherten zu wenig ausgeprägt gewesen sind, als dass sie ein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG dargestellt hätten, mögen wohl der äusseren Erscheinung Abbruch tun; von einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie

kann indessen nicht die Rede sein. Diesbezüglich kann auch auf den Bild-Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (SSO-Atlas), herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft SSO, 1996, verwiesen werden, wo unter Asymmetrie im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV der offene Biss und die Retromaxillie nicht aufgeführt sind. ■

Ne segue che in concreto non vi sono le condizioni per ritenere adempite i presupposti per ritenere una grave asimmetria cranio-facciale ai sensi dell'art. 17 lett. f OPre.

Infine, non è contestato che non sono neppure adempiti i presupposti, esaminati dal medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 29), di cui all'art. 19a cpv. 2 cifra 22 OPre (simile al n. 210 OIC) per mettere a carico della LAMal gli interventi prospettati, poiché l'angolo ANB è di +1.5 gradi (doc. 29).

Quanto alla presenza di dolori, perdita di cibo, difficoltà di masticazione e sibilo nel parlare, il medico fiduciario, dr. med. dr. med. dent. \_\_\_\_\_, ha già avuto modo di precisare che per il trattamento dei disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare si possono assumere antireumatici non steroidei ed eseguire fisioterapia, mentre per trattare la miotendinosi della muscolatura della masticazione è possibile procedere, oltre che con la fisioterapia, pure con i massaggi (cfr. doc. 45).

2.8. La ricorrente nelle more amministrative aveva pure accennato ad una possibile presenza di un tumore (doc. 35) ed alla circostanza che l'assenza di un intervento la rende ansiosa (doc. 19).

La diagnosi tumorale non è stata confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 38: ■ [ ] es ist uns nicht bekannt, dass bei der Patientin eine Tumorerkrankung des Kieferknochens vorliegt ■) ed anche la ricorrente il 7 novembre 2018 ha rilevato di non essere in possesso di documenti che la comprovano (doc. 40). Essa non è più stata sollevata con il ricorso.

Quanto all'accennato possibile insorgere di una patologia psichica va rilevato come, in concreto, non sia stata diagnosticata alla ricorrente una patologia psichiatrica, con l'indicazione di sintomi specifici secondo i sistemi di classificazione delle patologie psichiatriche utilizzati dagli specialisti in materia (ICD e DSM). L'indicazione di una sofferenza psichica non è stata confermata da uno psichiatra, né la ricorrente è stata presa a carico da uno specialista in psichiatria.

Gli atti non indicano la prescrizione di psicoterapie o cure medicamentose e neppure che l'intervento qui discusso avrebbe potuto curare una patologia psichiatrica di cui la ricorrente sarebbe affetta.

Nemmeno nelle more della procedura di ricorso la ricorrente si è recata da uno specialista instaurando un rapporto terapeutico di natura psichiatrica (agli atti non sono stati prodotti elementi in questo senso). Non vi sono quindi elementi agli atti che inducano questa Corte a operare verifiche più approfondite dell'aspetto psichico. In merito al tema posto dalla ricorrente la giurisprudenza federale si è espressa ancora recentemente nella sentenza 9C\_572/2015 del 22 giugno 2016 (consid. 3.1., 3.2. e 4).

È vero che con sentenza del 17 agosto 2005 (K 4/04), pubblicata in RAMI 2005, pag. 366, il Tribunale federale, a proposito di un'adolescente affetta da un disturbo psichico causato da un difetto estetico consistente in un'ipoplasia bilaterale molto pronunciata, ha stabilito che il trattamento chirurgico volto a eliminare il difetto costituisce una prestazione a carico delle casse malati. In concreto tuttavia l'assicurata, come indicato, non ha prodotto

documentazione medica specialistica (segnatamente di uno psichiatra e psicoterapeuta) atta a comprovare, perlomeno secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che soffriva di una patologia psichica avente valore di malattia e che l'unico modo per trattarla sarebbe stato quello di effettuare l'intervento prospettato dal dr. med. \_\_\_\_\_ (a proposito del principio inquisitorio, dell'obbligo di collaborare delle parti e delle conseguenze concrete dell'applicazione di tali principi: sentenza 9C\_384/2019 del 1° ottobre 2019, consid. 4.1 e seguenti).

2.9. Infine l'insorgente, oltre al richiamo dell'incarto dell'assicuratore, ha chiesto l'allestimento di una perizia medica indipendente volta a chiarire le divergenze sorte tra il dr. med. \_\_\_\_\_ ed i medici fiduciari in merito alla questione di sapere se l'intervento proposto dal curante debba essere posto a carico della LAMal (cfr. anche doc. IX).

La richiesta va respinta. Infatti, grazie agli accertamenti effettuati dal Tribunale e sulla base della documentazione prodotta dalle parti, anche nelle more processuali, è stato possibile dirimere la vertenza senza la necessità di allestire una perizia giudiziaria.

L'incarto richiamato dall'insorgente è stato prodotto con la risposta di causa (doc. III).

La documentazione agli atti è pertanto completa ed esaustiva e non necessita di complementi (cfr. anche la sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2).

Va qui rammentato che, 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 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., 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. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

## **E. 6**

ottobre 2017 la ricorrente è stata sottoposta ad una nuova scintigrafia ossea trifasica ad opera dello \_\_\_\_\_ con l'indicazione clinica di " valutazione pre intervento per correzione prognatismo " (doc. 9). Dalla medesima emerge che " comparativamente all'indagine del 13 gennaio 2010 l'odierno studio delle articolazioni temporo-mandibolari ha evidenziato normalizzazione dei reperti documentati a carico dei condili mandibolari con persistente minima asimmetria a livello del condilo mandibolare sinistro ". Accertato un indice di captazione sinistro/destro dell'1,04, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha concluso: " fisiologica attività osteo-blastica a carico dei condili mandibolari " (doc. 9). Il 2 novembre 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_, ha scritto all'assicuratore rilevando che " bei oben genannter Patientin liegt eine Gesichtasymmetrie vor. Es handelt sich um ein ehemals IV-pflichtiges Leiden. Das besondere daran ist, dass das Wachstum erst nach dem 20. Altersjahr stattgefunden hat. Zur Zeit besteht eine asymmetrische Klasse III. Nach der entsprechenden kieferorthopädischen Vorkoordination durch Frau \_\_\_\_\_, ist eine bimaxilläre Operation, evtl. mit einer Wing-Osteotomie, vorgesehen. Die beiden Eingriffe

in ITN finden in der \_\_\_\_\_ statt. Im Namen der Patientin bitten wir hierfür um Kostengutsprache sowohl für den kieferorthopädischen als auch chirurgischen Teil ” (doc. 10). Il 21 novembre 2017 lo specialista ha precisato che “ am 06.10.2017 liessen wir eine Szintigraphie durchführen, welche noch Wachstum zeigte. Es ist also damit zu rechnen, dass die Asymmetrie noch weiter zunimmt. Es liegt keine IV-Verfügung vor, da das Wachstum erst nach Abschluss des 20. Altersjahres stattgefunden hat ” (doc. 14). Il 15 dicembre 2017 l’assicuratore ha negato l’assunzione dei costi dell’intervento poiché non rientra nelle ipotesi di cui all’art. 17 lett. f cifra 3 OPre (doc. 17). Il 22 dicembre 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato che “ es besteht kein Zweifel, dass es im Anschluss an die kieferorthopädische Behandlung zu einem weiteren Wachstum im Bereiche des linken Kieferköpfchens gekommen ist. Einzig dies erklärt die Mittellienabweichung von 3 mm sowie die Klasse III. Hierbei handelt es sich um ein asymmetrisches Unterkiefer-Wachstum und kann somit unter GgV-Ziffer 125 (IV) subsumiert werden. Vor Abschluss des 20. Altersjahres hätten wir dies bei der IV angemeldet, die Patientin hat aber das 20. Altersjahr bereits hinter sich. Ungewohnt ist, dass es so spät zu einem Wachstumsschub im Bereiche des linken Kiefergelenkes gekommen ist ” (doc. 18). Il 26 dicembre 2017 la ricorrente ha scritto all’assicuratore, descrivendo l’accaduto ed affermando che “ nel mio caso purtroppo ho avuto sfortuna, infatti quanto è successo è stato definito dal Dott. \_\_\_\_\_ e dalla Dott.ssa \_\_\_\_\_ quasi raro negli anni della loro esperienza lavorativa nel ramo in questione. Nel 2011 prima di eseguire l’intervento della mascella sono state fatte tutte le analisi che andavano richieste, compresa la scentografia delle ossa, che dava un risultato positivo alla non crescita delle ossa dato pure alla maggiore età. Eseguito l’intervento sembrava andasse tutto bene. A distanza di 5 anni la bocca ha iniziato a fare cambiamenti dei denti posteriori, avendo problemi al morso e alla masticazione. La Dott.ssa \_\_\_\_\_ dopo diversi appuntamenti e sistemazione del filo interno nella parte inferiore dei denti si è accorta che i denti si spostavano in continuazione senza ottenere risultati. A quel punto ha chiesto una visita insieme al Dott. \_\_\_\_\_ sorpresi nel vedere un cambiamento totale della mascella, mi hanno sottoposta a una 2 scentografia. Risultato che la mascella è cresciuta solo da un lato spostando denti e mascella tutto sul lato destro della faccia. (il Dott. \_\_\_\_\_ senza spaventarmi mi l’ha spiegato che è un tumore delle ossa) Con il passare del tempo mi trovo ad avere la bocca storta, i denti sotto con spazi irregolari ho problemi a mordere, nel masticare i cibi mi crea un dolore fisso ma lento vicino all’orecchio, che con il passare dei giorni va peggiorando, nel parlare a volte inizio pure a fischiare. Sono una ragazza di 26 anni ho appena finito gli studi, ho un lavoro precario che non mi permette di coprire tutte le spese dell’intervento, non vorrei restare per il resto della mia vita con la bocca storta e con tutti i problemi che comporta. Sono spaventata e ansiosa questa situazione con il passare del tempo potrebbe peggiorare il mio aspetto facciale, portandomi a avere seri problemi nel mondo del lavoro e altro ” (doc. 19). Il 30 gennaio 2018 l’assicuratore ha interpellato il proprio medico fiduciario, dr. med. Dr. med. dent. \_\_\_\_\_, che il 12 febbraio 2018 alla questione di sapere se sono dati i presupposti di cui all’art. 17 lett. f cifra 3 OPre, ha affermato che “ zum heutigen Zeitpunkt liegt keine schwere Cranio-faziale Asymmetrie vor. Sondern eine klassische Malokklusion im Sinne einer Klasse III mit leichter Asymmetrie ”. Circa la questione di sapere se la crescita della mandibola rientra nel n. 125 OIC, lo specialista ha rilevato che “ wenn das Dossier damals (vor dem Alter 20) nicht der IV angemeldet wurde, war warscheinlich kein Asymmetrie die operativ versorgt werden musste, vorhanden. Der späte Wachstumsschub entlastet di IV ”. Alla questione di sapere, in caso di risposta negativa alla prima domanda, se va applicato

l'art. 25 LAMal a causa dei dolori di cui è affetta la ricorrente, il dr. med. Dr. med. dent. \_\_\_\_\_ ha sostenuto che “ die Hyperaktivität im Kondyloms ist pathologisch und entspricht KVG 25. Die daraus resultierende Asymmetrie ist allerdings nicht schwer ” “im Sinne KLV und ausschliesslich eine Malokklusion ”. Infine ha affermato che “ die Frage ob diese Malokklusion krankheitswert hat, da diese nach dem 20. Altersjahr in Folge eines ungewöhnlichen (pathologischen) Wachstumsschub auftrat. Das ist eine juristische Frage ” (doc. 24). Il 2 marzo 2018 il dr. med. Dr. med. dent. \_\_\_\_\_, anch'egli medico fiduciario dell'assicuratore, ha affermato che “ es liegt kein Geburtsgebrechen gemäss IV vor. Die Kriterien nach KLV art. 17f 3 sind nicht erfüllt, es liegt keine schwere Asymmetrie vor ”, che “ Dental bestand die Asymmetrie mit Mittellinienverschiebung nach rechts bereits im Jahre 2009 vgl. DVT vom 7.12.2009 ” e che “ Möglicherweise ist das Rezidiv der Progenie noch nach dem 20. Altersjahr entstanden. Ich empfehle, eine FR-Auswertung des aktuellen FR. Sollten hier nun die Kriterien des Geburtesgebrechen Ziffer 210 erfüllt sein, kann allenfalls die Behandlung als Pflichtleistung unter KLV Art. 19a 22 übernommen werden ” (doc. 25). Dopo aver richiesto ulteriore documentazione dalla medico dentista \_\_\_\_\_, il dr. med. \_\_\_\_\_, in data 4 giugno 2018 ha stabilito che i criteri di cui all'art. 19a cifra 22 OPre non sono adempiuti essendoci un grado di + 1.5 e che non vi è alcun obbligo prestativo poiché non è neppure comprovata una grave asimmetria del viso ai sensi dell'art. 17 lett. f cifra 3 OPre (doc. 29). Il 25 giugno 2018 l'assicuratore ha informato il dr. med. \_\_\_\_\_ dell'assenza di criteri per poter assumere i costi dell'intervento preventivato non essendo adempite le condizioni di cui all'art. 17 lett. f cifra 3 OPre e 19a cpv. 2 cifra 22 OPre (doc. 30). Il 29 giugno 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato che “ es trifft zu, dass die Mittellinienabweichung bereits im Jahre 2009 vorhanden war, d.h. das asymmetrische Wachstum hat offensichtlich zu dieser Zeit stattgefunden. Zu diesem Zeitpunkt haben wir eine Korrektur vorgeschlagen. Die Patientin war aber damals nicht bereit, sich auch die Okklusion korrigieren zu lassen. In der Zwischenzeit fühlt sich die Patientin mit dem bestehenden Overjet so unwohl, dass sie sich zu einer Korrektur entschlossen hat. Nichts desto, handelt es sich hier um eine ehemalige IV-Pflichtleistung GgV Ziffer 125. Wie Sie auf dem Fernröntgenbild sehen, hat zudem auch ein sagittales Wachstum stattgefunden. Der negative Overjet ist jetzt klar grösser als 2009. Mit Sicherheit hat hier Wachstum stattgefunden ” (doc. 32). Il 13 luglio 2018 l'assicuratore ha scritto al dr. med. \_\_\_\_\_ affermando che “ sämtliche vorhanden Unterlagen sind unserem Vertrauenskieferchirurgen zur Beurteilung unterbreitet worden. Bei Frau RI 1 liegt kein Geburtsgebrechen (GgV) nach Ziffer 125 vor. Das GgV Ziffer 210 (Prognathia inferiore congenita) ist gemäss FR-Durchzeichnung vom 2. August 2017 mit einem ANB + 1.5 Grad nicht erfüllt. Eine schwere Gesichtasymmetrie nach Art. 17 litt. f Ziff. 3 der KrankenpflegeLeistungsverordnung (KLV) ist auch nicht vorhanden ” (doc. 33). L'11 ottobre 2018 l'insorgente ha sostenuto che si tratta di un tumore delle ossa della mascella (doc. 35). Il 23 ottobre 2018 l'assicuratore ha chiesto al dr. med. \_\_\_\_\_ informazioni circa la presenza del tumore (doc. 36). Il 30 ottobre 2018 lo specialista ha affermato che “ es ist uns nicht bekannt, dass bei der Patientin eine Tumorerkrankung des Kieferknochens vorliegt ” (doc. 38). Il

## **E. 7**

febbraio 2020 del dr. med. dr. med. dent. \_\_\_\_\_ e allegati doc. XX/2, DVT del 7 dicembre 2009 e del 3 ottobre 2018), non sono date le condizioni per ritenere una asimmetria cranio-facciale grave. Anche se la situazione del morso non è perfetta (cfr. doc. XIV/3, presa di posizione del dr. med. \_\_\_\_\_), rimane comunque assolutamente

funzionale e senza patologie collaterali. Concerne solo la mandibola, non la faccia centrale e superiore o il cranio e si manifesta esclusivamente tramite una malocclusione ancora funzionale (cfr. doc. XIV/3, presa di posizione del dr. med. \_\_\_\_\_). A questo proposito va rammentato che con sentenza K 152/01 del 30 aprile 2002 pubblicata in SVR 2002, KV Nr. 46, pag. 167, il Tribunale federale si è chinato sul caso di un'assicurata che chiedeva il rimborso di cure dentarie invocando gli art. 17 lett. f OPre e 19a cpv. 2 cifra 21 e 22 OPre. L'Alta Corte ha respinto il ricorso dell'assicurata non essendo in presenza di una asimmetria cranio-facciale grave. Il TF ha affermato: " 5. Ansatzpunkt der streitigen operativen Behandlung des offenen Bisses und der Retromaxillie sind der Zahnapparat und der Kieferbereich. Die therapeutische Zielsetzung bedarf einer differenzierten Betrachtung. a) Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der operative Eingriff habe dazu gedient, ihre äussere Erscheinung im Gesichtsbereich ästhetischer zu machen und damit ihre Hemmungen abzubauen, an denen sie seit ihrer Kindheit leide, beruft sie sich auf eine therapeutische Zielsetzung, die im psychischen Bereich liegt. Zur Diskussion steht damit eine ärztliche Massnahme. Der Krankheitswert, der erforderlich wäre, damit die Behandlung die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 25 KVG zu begründen vermöchte, ist indessen nicht gegeben. Die Angabe in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, wonach die Versicherte mit einem Antidepressivum behandelt worden sei, ist zu vage, als dass daraus auf eine psychische Erkrankung mit Krankheitswert geschlossen werden könnte. Der Vollständigkeit halber ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass auch im von der Beschwerdeführerin aufgelegten Bericht des Prof. Dr. Dr. A, Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Spitals O vom 29. November 2001, nichts auf eine solche Erkrankung hindeutet. b) Soweit die Beschwerdeführerin indessen geltend macht, die Operation habe einer Verbesserung der Bissverhältnisse gedient, handelt es sich von der therapeutischen Zielsetzung her um eine zahnärztliche Massnahme. Eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. f KLV liegt indessen nicht vor. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin an einer Dysgnathie, die zu Störungen mit Krankheitswert, namentlich zu einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie, geführt hätte, litt. Der offene Biss und die Retromaxillie, welche bei der Versicherten zu wenig ausgeprägt gewesen sind, als dass sie ein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG dargestellt hätten, mögen wohl der äusseren Erscheinung Abbruch tun; von einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie kann indessen nicht die Rede sein. Diesbezüglich kann auch auf den Bild-Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (SSO-Atlas), herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärztegesellschaft SSO, 1996, verwiesen werden, wo unter Asymmetrie im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV der offene Biss und die Retromaxillie nicht aufgeführt sind." Ne segue che in concreto non vi sono le condizioni per ritenere adempiute i presupposti per ritenere una grave asimmetria cranio-facciale ai sensi dell'art. 17 lett. f OPre. Infine, non è contestato che non sono neppure adempiuti i presupposti, esaminati dal medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 29), di cui all'art. 19a cpv. 2 cifra 22 OPre (simile al n. 210 OIC) per mettere a carico della LAMal gli interventi prospettati, poiché l'angolo ANB è di +1.5 gradi (doc. 29). Quanto alla presenza di dolori, perdita di cibo, difficoltà di masticazione e sibilo nel parlare, il medico fiduciario, dr. med. dr. med. dent. \_\_\_\_\_, ha già avuto modo di precisare che per il trattamento dei disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare si possono assumere antireumatici non steroidei ed eseguire fisioterapia, mentre per trattare la miotendinosi della muscolatura della

masticazione è possibile procedere, oltre che con la fisioterapia, pure con i massaggi (cfr. doc. 45). 2.8. La ricorrente nelle more amministrative aveva pure accennato ad una possibile presenza di un tumore (doc. 35) ed alla circostanza che l'assenza di un intervento la rende ansiosa (doc. 19). La diagnosi tumorale non è stata confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 38: “ [...] es ist uns nicht bekannt, dass bei der Patientin eine Tumorerkrankung des Kieferknochens vorliegt ”) ed anche la ricorrente il 7 novembre 2018 ha rilevato di non essere in possesso di documenti che la comprovano (doc. 40). Essa non è più stata sollevata con il ricorso. Quanto all'accennato possibile insorgere di una patologia psichica v a rilevato come, in concreto, non sia stata diagnosticata alla ricorrente una patologia psichiatrica, con l'indicazione di sintomi specifici secondo i sistemi di classificazione delle patologie psichiatriche utilizzati dagli specialisti in materia (ICD e DSM). L'indicazione di una sofferenza psichica non è stata confermata da uno psichiatra, né la ricorrente è stata presa a carico da uno specialista in psichiatria. Gli atti non indicano la prescrizione di psicoterapie o cure medicamentose e neppure che l'intervento qui discusso avrebbe potuto curare una patologia psichiatrica di cui la ricorrente sarebbe affetta. Nemmeno nelle more della procedura di ricorso la ricorrente si è recata da uno specialista instaurando un rapporto terapeutico di natura psichiatrica (agli atti non sono stati prodotti elementi in questo senso). Non vi sono quindi elementi agli atti che inducano questa Corte a operare verifiche più approfondite dell'aspetto psichico. In merito al tema posto dalla ricorrente la giurisprudenza federale si è espressa ancora recentemente nella sentenza 9C\_572/2015 del 22 giugno 2016 (consid. 3.1., 3.2. e 4). È vero che con sentenza del 17 agosto 2005 (K 4/04), pubblicata in RAMI 2005, pag. 366, il Tribunale federale, a proposito di un'adolescente affetta da un disturbo psichico causato da un difetto estetico consistente in un'ipoplasia bilaterale molto pronunciata, ha stabilito che il trattamento chirurgico volto a eliminare il difetto costituisce una prestazione a carico delle casse malati. In concreto tuttavia l'assicurata, come indicato, non ha prodotto documentazione medica specialistica (segnatamente di uno psichiatra e psicoterapeuta) atta a comprovare, perlomeno secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che soffriva di una patologia psichica avente valore di malattia e che l'unico modo per trattarla sarebbe stato quello di effettuare l'intervento prospettato dal dr. med. \_\_\_\_\_ (a proposito del principio inquisitorio, dell'obbligo di collaborare delle parti e delle conseguenze concrete dell'applicazione di tali principi: sentenza 9C\_384/2019 del 1° ottobre 2019, consid. 4.1 e seguenti). 2.9. Infine l'insorgente, oltre al richiamo dell'incarto dell'assicuratore, ha chiesto l'allestimento di una perizia medica indipendente volta a chiarire le divergenze sorte tra il dr. med. \_\_\_\_\_ ed i medici fiduciari in merito alla questione di sapere se l'intervento proposto dal curante debba essere posto a carico della LAMal (cfr. anche doc. IX). La richiesta va respinta. Infatti, grazie agli accertamenti effettuati dal Tribunale e sulla base della documentazione prodotta dalle parti, anche nelle more processuali, è stato possibile dirimere la vertenza senza la necessità di allestire una perizia giudiziaria. L'incarto richiamato dall'insorgente è stato prodotto con la risposta di causa (doc. III). La documentazione agli atti è pertanto completa ed esaustiva e non necessita di complementi (cfr. anche la sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2). Va qui rammentato che, 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 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., 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. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

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