

TI_GERICHTE 36.2025.12 vom 21. August 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-08-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.12

FR: TI_GERICHTE 36.2025.12 du 21 août 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2025.12 del 21 agosto 2025

Regeste

Micrognatismo inferiore congenito è una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio. I trattamenti dentari consecutivi a i.c. danno diritto a prestazioni da LAMal solo quando le condizioni di art. 31 LAMal sono realizzate e se, per motivi medici, richiedono un intervento dopo i 20 anni

Erwägungen

E. 30

settembre 2021 all'11 settembre 2024, le ortopantomografie del 13 novembre 2011, del 16 agosto 2012 e del 21 maggio 2015, la teleradiografia del 16 agosto 2012 e 11 fotografie del 18 gennaio 2016, precisando di avere richiesto tutto quello ciò che era possibile ottenere di rilevante con il rilievo che, purtroppo, la radiografia cefalometrica del 2021 non era arrivata in una qualità migliore, ma era comunque presente sul CD (" Wir haben nun alles, was noch möglich war eingefordert. Leider ist das Fernröntgen vom 2021 in keiner besseren Qualität eingetroffen. Das Fernröntgen ist jedoch auch auf der CD drauf. "). Alle medesime domande sottopostegli in precedenza, il dr. med. dent. _____ ha risposto il 7 ottobre 2024 come riportato qui di seguito (doc. 34): " 1. Wie beurteilen Sie die Gebissssituation aus kieferorthopädischer Sicht? Bitte um ausführliche Stellungnahme: - sag. skel. moderate bis ausgeprägte KI II - 2020 deutet KI I (kompensiert mit steiler OK + prog. UK Front) -> anscheinend werden im UK 2 Zähne extrahiert und die UK Front retrahiert OK Front noch immer zu steil 2. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen des Geburtsgebrechens 208 erfüllt? Bitte um ausführliche Stellungnahme: Kann nicht beurteilt werden da FR 2020 nicht auswertbar 2017 IV-Werte nicht erreicht?? 3. Falls Nein: Sind die gesetzlichen Voraussetzungen eines anderen GGs erfüllt oder liegt ein Artikel 17-19 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vor? Nein 4. Hätte das GG 208 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor dem 20. Geburtstag abgeschlossen werden können? Bitte um ausführliche Stellungnahme: absolut ja, seit 2020 hat sein skelettal (soweit beurteilbar) nichts mehr verändert 5. Falls wir für weitere Behandlung leistungspflichtig sind: Sind die geplanten Kosten gerechtfertigt und entsprechen diese den WZW-Kriterien? Bitte um ausführliche Stellungnahme: - KFO i.o. - Chirurgie scheint mir sehr klar (Frage ist bimax Op. notwendig?) 6. Sind für die Beurteilung weitere Unterlagen/Untersuchungen nötig? Wenn ja, welche und aus welchem Grund? 7. Fachliche Bemerkungen.". Sulla scorta di questa presa di posizione il 16 ottobre 2024 (doc. 35) la Cassa malati ha comunicato alla sua assicurata che i valori per l'infermità congenita cifra 208 non erano stati raggiunti nel 2017, che la radiografia cefalometrica del 9 gennaio 2020 era troppo scura e quindi non era possibile misurare correttamente gli angoli e che il fatto che l'assicurazione invalidità avesse riconosciuto la presenza di un'infermità congenita secondo la cifra 208 non era, per l'amministrazione, vincolante. Inoltre, per quello che si poteva valutare, dal 2020 non si

riscontrava un cambiamento a livello scheletrico. Infine, anche se avesse riconosciuto il difetto congenito, era molto probabile che potesse essere risolto entro il compimento dei 20 anni. Le rimostranze della dr.ssa med. dent. _____ del 4 novembre 2024 (doc. 36) sono state respinte da CO 1 con la presa di posizione dell'11 novembre 2024 (doc. 38) e quelle del 13 novembre 2024 (doc. 39) del PD dr. med. dr. med. dent. _____, chirurgia orale-maxillo-facciale, con la decisione formale del 4 dicembre 2024 (doc. 41). All'opposizione del 20 dicembre 2020 (doc. 42) l'assicurata ha allegato due referti: il primo, del 16 dicembre 2024, sottoscritto da due pedopsichiatre attive presso il Servizio medico-psicologico di _____, attesta: " Con la presente siamo ad attestare come l'intervento maxillo-faciale correttivo per la micrognazia della paziente RI 1 (nata il _____).01.2024 e seguita presso questo Servizio dalle scriventi dr.ssa _____ in qualità di pedopsichiatra e psicoterapeuta dal 2017, e nel contesto di una presa a carico integrata pedopsichiatrica dal mese di novembre 2021 con la dr.ssa _____), sia fortemente indicato e necessario al fine di poter perseguire il benessere psico-fisico per la paziente. Da tenere in considerazione che nel periodo 2017-2021 RI 1 non ha potuto affrontare il tema relativo alla micrognazia, essendo stata confrontata con problematiche psicopatologiche molto importanti che hanno gravemente interferito con diversi ambiti del suo quotidiano, dalla scuola, alla socializzazione con i pari, alla cura di sé dal punto di vista somatico, problematiche per le quali è stata ed è tuttora adeguatamente in cura. Ora tale intervento si rende a nostro avviso necessario a vari livelli, interconnessi tra loro: si inserisce per la paziente nel senso della cura del proprio funzionamento, relativamente ad esempio alla questione della masticazione, attualmente inficiata dall'assetto malformativo; la questione della cura di sé, oltre ad iscriversi in un più ampio processo di integrazione psico-corporea, si ripercuote sulla rappresentazione di sé a livello identitario; il malfunzionamento del corpo, senza possibilità di riparazione suscita nella paziente angosce che prendono la forma di disturbi d'ansia e dell'umore fortemente interferenti a livello del funzionamento globale della stessa. L'intervento si iscrive dunque all'interno di un processo di cura più ampio e integrato mente-corpo, con un investimento fantasmatico per la paziente e di aspettative, con già interventi preparatori messi in atto (l'apparecchio etc), processo delicato in atto, l'interruzione del quale rischia di precipitare nuovamente la paziente in un assetto psicopatologico grave." Il secondo, della dr.ssa med. dent. _____, specialista in ortodonzia che aveva in cura la ricorrente, la quale il 14 dicembre 2024 si è così espressa: " Con la presente dichiaro di aver avuto in cura la Signorina RI 1 (_____).01.2004) per malocclusione severa in età pediatrica dal 2012. La paziente dopo una fase di trattamento ortodontico, per fragilità psicologiche importanti e disagi psicologici invalidanti, è stata impossibilitata a proseguire un percorso ortodontico chirurgico. Le terapie e le cure in atto attive sono state dunque sospese e ha potuto mantenere solo pochi controlli di follow up e alcune sedute di igiene orale quando possibile. Per i motivi descritti non è stato possibile assolutamente proseguire con nessun atto terapeutico di risoluzione della malocclusione dal 2017". Su questa documentazione si è pronunciato il 27 febbraio 2025 (doc. 43) il dr. _____, medico di fiducia della Cassa malati, rispondendo come segue alle due domande postegli: " Domanda 1: Dagli atti a nostra disposizione, emergono motivi di ordine medico - in particolare psi - per i quali l'intervento di micrognazia non ha potuto essere eseguito tra il 20.11.2021 (decisione AI) e il _____).01.2024 (Compimento dei 20 anni)? Risposta: L'avv. RA 1 ci ha trasmesso un certificato dell'_____ di _____ del 16 dicembre 2024 dove viene notificato quanto segue "[...] Da tenere in considerazione che nel periodo 2017-2021 RI 1 non ha

potuto affrontare il tema relativo alla micrognazia, essendo stata confrontata con problematiche psicopatologiche molto importanti che hanno gravemente interferito con diversi ambiti del suo quotidiano, dalla scuola, alla socializzazione con i pari, alla cura di sé dal punto di vista somatico, problematiche per le quali è stata ed è tuttora adeguatamente in cura. [...] ". In base a quanto descritto nel rapporto del 16 dicembre 2024, si attesta in modo generale che la signora RI 1 è ancora in cura. Tuttavia, non viene specificata la causa per cui non ha potuto sottoporsi all'intervento durante il periodo tra fine 2021 al _____ gennaio 2024 (data del compimento dei 20 anni). Domanda 2: Più precisamente, in ottica medica, si può condividere l'affermazione dell'assicurata secondo la quale la problematica psi (attestata dai certificati prodotti con l'opposizione) ha - a tutt'oggi - validamente impedito la realizzazione dell'intervento chirurgico? Risposta: Non emergono, in base ai documenti prodotti, specialmente il rapporto dell'_____ di _____ del 16 dicembre 2024 delle terapie da fine 2021 fino al _____ gennaio 2024 che impediscono alla signora RI 1 di sottoporsi all'intervento. In particolare, si evidenzia che la decisione dell'Istituto delle Assicurazioni Sociali risale al 29 novembre 2021. Di conseguenza, RI 1 ha avuto a disposizione quasi due anni e due mesi per prendere una decisione (o per essere supportata nel farlo) riguardo all'intervento per la micrognazia. ". Con il proprio ricorso l'assicurata ha prodotto un rapporto medico, datato 21 marzo 2025 (doc. D), allestito dalle medesime specialiste in psichiatria, del seguente tenore: " In relazione al nostro rapporto del 16 dicembre 2024, si ritiene opportuno precisare quanto segue: mettiamo alla Vostra attenzione il fatto che non sono le terapie che RI 1 ha dovuto affrontare da 2017 al 2021 a impedire di occuparsi della micrognazia, ma piuttosto due fattori fondamentali: il primo relativo al fatto che le problematiche intrapsichiche in corso in quel tempo interferissero con la generale possibilità della paziente di accedere a qualsiasi contesto esterno, sia nell'ambito formativo, che ricreativo, che della salute dal punto di vista somatico, per cui si registrava un generale ritiro e isolamento al domicilio. Il secondo fattore concerne in modo più diretto la problematica del corpo poiché essendo nella nostra paziente, in quel tempo, sintomatica e quindi patologica la rappresentazione del corpo (dismorfofobia), la paziente manifestava un'accentuazione della sintomatologia ansioso-fobica legata al corpo che non rendeva possibile accedere alla dimensione somatica, in nessun ambito possibile, se non a prezzo di un'importante reazione di angoscia e percezione persecutoria del proprio corpo, per cui un intervento in quel tempo di vita risultava altamente controindicato dal punto di vista psichico - è l'attuale evoluzione a rendere tale intervento integrabile (oltre che necessario) dalla paziente sia nei risvolti funzionali che dell'immagine corporea, per cui necessariamente da posticipare rispetto a quegli anni e integrabile nel suo significato corretto solo nel tempo attuale in cui la paziente ha fatto un'evoluzione intrapsichica tale da ora necessitare di potersi occupare del corpo.". Dal canto suo l'assicuratore ha ulteriormente interpellato, l'8 aprile 2025 (doc. 45), il suo medico dentista di fiducia, chiedendogli: " 1. Dalla documentazione agli atti, in particolare dalla teleradiografia del 30.09.2021, è possibile riscontrare la presenza di un'infermità congenita n. 208? Si rileva che sulla base di questa teleradiografia l'Ufficio AI ha riconosciuto l'infermità congenita. 2. In caso di risposta negativa alla domanda precedente, com'è spiegabile una differenza così fondamentale nella valutazione della medesima fattispecie? 3. Conferma che nel 2017 i valori per l'infermità congenita non erano ancora raggiunti? 4. La critica secondo la quale l'assicuratore malattia avrebbe potuto / dovuto richiedere delucidazioni rispetto alla radiografia del 2017 è fondata? 5. Conferma che la radiografia del 9 gennaio 2020 è troppo scura per misurare correttamente gli angoli?". Il 19

aprile 2025 (doc. 46) il dr. _____ ha preso posizione sui quesiti sottopostigli come segue: " 1. (...) nein; sowohl das FR 2021 wie auch dasjenige von 2020 sind von weit suboptimaler Qualität (entweder sind die Grundeinstellungen nicht korrekt oder das Röntgen wurde nachträglich bearbeitet. Von recht guter Qualität ist das FR von 2017. Ich habe alle 3 FR's ausgemessen soweit möglich. Der Kieferbasenwinkel (hier nicht IV relevant) liegt zwischen 30 bis 32 Grad; der ANB-Winkel liegt bei allen 3 FR's leicht unter 8 Grad (Grenzwert IV klar nicht erreicht). 2. (...) Es handelt sich hier um ein falsch positives Resultat. Ob bewusst oder nicht kann nicht beurteilt werden. Der zertifizierte Begutachter ist verpflichtet die Auswertung auf einem FR vorzunehmen auf welchem die relevanten Messpunkte klar verifiziert resp. konstruiert werden können. Ursache für falsch positives Resultat entweder schlechtes FR oder falsche Auswertung 3. (...) ja nicht erfüllt (bestes FR der gesamten Dokumentation), gleicher ANB-Winkel bei allen 3 FR's - zudem verkleinert sich tendenziell der ANB-Winkel während des Wachstums, weil der Unterkiefer stärker wächst als der Oberkiefer. 4 (...) Der Antragsteller ist verpflichtet klar beurteilbare Unterlagen einzureichen, welche auch nicht manipuliert werden dürfen. (SSO macht in ihren Mitteilungen regelmässig darauf aufmerksam) 5. (...) Siehe Antwort 1 und 2".

2.6. Giusta l'art. 19a cpv. 1 OPre, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti dentari conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2 se le cure sono necessarie dopo il 20° anno di età (lett. a) oppure se lo sono prima del 20° anno di età per persona soggetta alla LAMal ma non all'assicurazione federale per l'invalidità (AI) (lett. b). Per il cpv. 2 di tale norma, configura un'infermità congenita ai sensi del capoverso 1 in particolare il prognatismo inferiore congenito, quando l'esame craniometrico rivela una divergenza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di almeno -1° e quando almeno due paia di denti antagonisti della seconda dentizione si trovano in posizione d'occlusione incrociata o a martello, o quando esiste una divergenza di +1° e meno combinato con un angolo mascello-basale di 37° e più, o di 15° o meno (cifra 22). Nella DTF 130 V 294, emanata il 22 aprile 2004, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) si è pronunciato sulla richiesta di rimborso delle spese di intervento dentario - respinta da questo Tribunale – in favore di un'assicurata affetta da prognatismo inferiore congenito, che adempiva le condizioni poste dalla cifra 22 di cui all'art. 19a cpv. 2 OPre erano adempiute (cfr. consid. 5.2). L'Alta Corte ha precisato la sua precedente giurisprudenza osservando, al considerando 5.3, che per ossequiare alle condizioni poste dalla normativa in materia, il trattamento dentario di cui era chiesto il rimborso doveva anche avere rispettato i termini temporali e materiali di cui all'art. 19a cpv. 1 OPre. In particolare, siccome le cure oggetto del litigio erano state eseguite ben oltre il 20° anno di età della ricorrente, occorreva esaminare se fossero effettivamente necessarie ("notwendig", "nécessaires") dopo tale data, come espressamente richiesto dallo stesso art. 19a cpv. 1 lett. a OPre. Il TFA ha evidenziato in quella sede che non era chiaro se, con l'espressione di "cure ... necessarie dopo il 20° anno di età" stabilita dall'ordinanza, il DFI si riferisse soltanto ai trattamenti che hanno preso inizio dopo tale giorno oppure comprendesse anche quelli che sono solo stati completati in seguito (cfr. consid. 5.3.2). L'Alta Corte ha considerato come la norma si prestasse a più interpretazioni. Innanzitutto, partendo dal suo tenore letterale, il TF ha rilevato che l'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre non si limita a definire il momento tipico (20° anno di età) a partire dal quale è instaurato un obbligo assicurativo per le cure dentarie conseguenti ad infermità congenita, bensì pone piuttosto l'accento sull'esigenza che tali cure siano anche (state) necessarie dopo tale momento. Per il resto la norma regola le

competenze dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le delimita da quelle dell'assicurazione invalidità. L' art. 19a cpv. 1 OPre configura infatti una concretizzazione del principio sancito dall' art. 27 LAMal (cfr. consid. 5.3.3). Il TF ha rilevato, in quel giudizio, come, dai lavori preparatori, sia risultata l'esigenza, sollevata dalla Società Svizzera Odontoiatri (SSO) nei confronti dell'UFAS, di inserire nell'OPre una norma che concretizzasse l'art. 27 LAMal con riferimento ai trattamenti dentari in caso di infermità congenite, evidenziando per diverse infermità congenite la necessità d'ordine medico di eseguire trattamenti dentari o maxillo-facciali solo dopo il compimento del 20° anno di età e questo al fine di poter garantire il successo della cura. Con la versione definitiva dell'art.19a cpv. 1 lett. a OPre si è quindi voluto che le prestazioni dopo i 20 anni fossero poste a carico dell'assicurazione contro le malattie solo dove ciò fosse veramente necessario e quindi soltanto in un numero limitato di casi (cfr. consid. 5.3 .4). La nostra Massima Istanza ha poi indicato, al considerando 5.3.5, che seguendo il senso della normativa così esposto, l'Atlante delle malattie con effetti sul sistema masticatorio edito dalla SSO - le cui indicazioni non sono tuttavia vincolanti per il giudice delle assicurazioni sociali (DTF 124 V 351) - sottolinea alla pag. 169 (corrispondente a pag. 109 della 4a edizione 2018, aggiornata al 2024) che, nella gran parte delle infermità congenite elencate al cpv. 2 dell'art. 19a OPre, il trattamento può essere concluso prima del compimento del 20° anno di età ed essere così posto a carico dell'assicurazione per l'invalidità, mentre più raramente la cura primaria deve, per ragioni d'ordine medico, essere proseguita al di là del 20° anno di età. In questi casi, si è principalmente in presenza di affezioni per le quali degli interventi di chirurgia maxillo-facciale sono indicati soltanto al termine della crescita puberale e costituiscono la base dei provvedimenti ortodontici e restauratori (protesici) successivi. L'Atlante SSO, ha evidenziato il Tribunale federale delle assicurazioni, menziona con un asterisco le fattispecie in cui simili situazioni possono verificarsi con maggiore frequenza e nelle quali delle revisioni secondarie di un trattamento primario possono rendersi necessarie in uno stadio ulteriore della vita. Questo, sempre secondo l'Atlante SSO, può avverarsi segnatamente nel caso di prognatismo inferiore congenito (si annoti qui che, nella versione del 2024 dell'Atlante SSO, la cifra 22 non è più affiancata da un asterisco, diversamente da quanto avveniva in precedenza). L'Alta Corte ne ha tratto le seguenti conclusioni: " 5.4 Ora, la necessità di colmare una lacuna assicurativa per quei trattamenti, esulanti dal campo di applicazione dell'assicurazione per l'invalidità (art. 3 OIC), che, per questioni d'ordine medico, devono essere realizzati dopo il 20° anno di età, spiega l'assunzione dei relativi oneri da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Potendo, alla luce di queste considerazioni e per una questione di corretta ripartizione degli oneri tra assicurazione invalidità e assicurazione malattia, che dev'essere sottratta alla libera scelta degli assicurati, ritenere necessarie ai sensi dell' art. 19a cpv. 1 lett. a OPre solo quelle cure dentarie conseguenti a infermità congenita, che, per le ragioni mediche suesposte, richiedono un intervento al di là del 20° anno di età, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non dovrebbe essere chiamata a rispondere delle spese occasionate da trattamenti che avrebbero potuto essere eseguiti (o comunque completati) entro tale limite temporale - e che sarebbero pertanto andati a carico dell'assicurazione per l'invalidità - ma che non lo sono stati per motivi esulanti dalla sfera d'influenza dell'assicuratore malattia (apparentemente in senso contrario EUGSTER, [Kranken-versicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, SBVR, Soziale Sicherheit], il quale, senza tuttavia confrontarsi con i materiali preparatori e senza differenziare, osservando come l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

debba rimpiazzare l'assicurazione per l'invalidità nell'assunzione delle prestazioni necessarie non appena l'infermità congenita, soddisfatte le ulteriori condizioni di cui all' art. 31 cpv. 1 LAMal [DTF 129 V 87 consid. 5.2 e 5.3], esca a fare parte dal campo di competenza dell'assicurazione per l'invalidità [cifra marg. 153] - ciò che si verifica segnatamente con il compimento del 20° anno di età della persona assicurata [art. 13 cpv. 1 LAI ; art. 3 OIC] - si oppone a che gli assicuratori malattia possano negare agli assicurati le prestazioni di legge per il motivo che gli stessi avrebbero potuto farsi curare in precedenza a carico dell'assicurazione per l'invalidità [cifra marg. 153 nota 328]). 5.5 Stante quanto precede, si deve ritenere che, facendo uso dell'ampio potere di apprezzamento concessogli dal legislatore (art. 33 cpv. 2 e 5 LAMal), l'autore dell'ordinanza ha unicamente inteso estendere, ma al tempo stesso anche limitare, l'obbligo prestativo ai trattamenti dentari che non hanno in precedenza potuto essere posti a carico dell'assicurazione per l'invalidità perché necessariamente eseguibili, per motivi d'ordine medico, solo dopo i 20 anni. Questa interpretazione, oltre a meglio conciliarsi con il tenore letterale dell' art. 19a cpv. 1 lett. a OPre , la cui formulazione altrimenti apparirebbe difficilmente comprensibile se non addirittura priva di senso, è anche saldamente suffragata dalla volontà storica dell'autore della norma, la quale, come detto (consid. 5.3.1), per un disposto di recente costituzione come è quello in esame, riveste un'importanza notevole. Per il resto, la disposizione d'ordinanza, così interpretata, non sconfinava manifestamente dall'ampio quadro di competenze delegate e non è contraria alla volontà del legislatore, il quale ha inteso porre le spese per trattamenti dentari solo limitatamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (a proposito dell'esame della legalità delle ordinanze federali cfr. DTF 129 II 164 consid. 2.3, DTF 129 V 271 consid. 4.1.1, DTF 129 V 329 consid. 4.1 e i riferimenti). Ne consegue che la giurisprudenza resa in DTF 129 V 80 a proposito dell'obbligo contributivo a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per le cure dentarie conseguenti a infermità congenita dev'essere precisata nel senso di questa ulteriore limitazione". Tre mesi dopo, nella DTF 130 V 459 l'Alta Corte ha confermato la giurisprudenza resa nell'esposta DTF 130 V 294 affermando che la necessità, giusta l'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, di una cura dentaria conseguente a infermità congenita dopo il 20° anno di età, deve essere ammessa se motivi di ordine medico impongono un intervento solo a quel momento (cfr. consid. 1.2). Inoltre, il TFA ha stabilito che se, malgrado l'indicazione medica, l'intervento viene procrastinato per anni o addirittura decenni, non è più data la necessità della cura dentaria ai sensi della menzionata disposizione d'ordinanza (cfr. consid. 3). All'assicurato, nato nel 1947, era stato diagnosticato nel 2000 un micrognatismo congenito e un prognatismo con un angolo di almeno -3°, così egli ha chiesto alla sua Cassa malati il riconoscimento dei costi per il trattamento odontoiatrico necessario, stimati in circa Fr. 15'000.-, che l'assicuratore ha però rifiutato di assumersi. L'Alta Corte ha dapprima confermato che le cure dopo i 20 anni sono necessarie ai sensi dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre se, per motivi medici, richiedono un intervento solo in quel momento (cfr. consid. 1.2). Poi si è chinata sulla questione a sapere se l'assicurazione malattia obbligatoria era responsabile delle cure dentarie del ricorrente (cfr. consid. 2). Secondo la Cassa malati, l'esistenza di un'infermità congenita non poteva più essere dimostrata sulla base della documentazione disponibile (cfr. consid. 2.2). Per il Tribunale cantonale, una valutazione conclusiva non era possibile senza una precedente radiografia cefalometrica risalente almeno a prima dell'inserimento della protesi totale, perciò né l'esistenza né l'assenza di un'infermità congenita ai sensi dell'art. 19a cpv. 2 cifra 22 OPre poteva essere dimostrata con il necessario grado di verosimiglianza preponderante

(cfr. consid. 2.3). D'avviso del ricorrente, la Cassa malati era tenuta a erogare prestazioni anche in caso di infermità congenita scoperta solo in età adulta e di conseguenza non segnalata all'assicurazione invalidità e ha quindi chiesto che fosse chiarita l'esistenza di un'infermità congenita tenendo conto delle protesi dentarie che sono state posate in seguito (cfr. consid. 2.4). Al considerando 3, la Massima Istanza ha affermato che nel procedimento precedente è stata esaminata essenzialmente la questione dell'esistenza di un'infermità congenita, negandola, e che si poteva fare riferimento alle pertinenti argomentazioni dei primi giudici. L'unica questione che si poneva era se le protesi dentarie posate dopo lo scambio di allegati davanti all'autorità giudiziaria cantonale potevano essere considerate nell'esame dell'esistenza di una infermità congenita. Il TFA non ha tuttavia ritenuto necessario approfondire questo aspetto, poiché nel caso specifico, vista la giurisprudenza evidenziata al considerando 1.2, questa questione non doveva essere risolta in modo definitivo. Anche se, ha osservato l'Alta Corte, a quel momento si fosse potuto ancora dimostrare con verosimiglianza preponderante che il ricorrente era affetto da prognatismo inferiore congenito durante l'infanzia e l'adolescenza, la sua situazione non avrebbe comportato l'obbligo di erogare prestazioni da parte dell'assicurazione malattia obbligatoria. Al momento della diagnosi, il ricorrente aveva 53 anni. In nessun caso un trattamento a questa età può essere definito come " cure dentarie necessarie dopo il 20° anno di età a causa di un'infermità congenita " ai sensi dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre. Infatti: " Sinn und Zweck dieser Bestimmung ist es nämlich, zu ermöglichen, dass Behandlungen unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit im aus medizinischer Sicht richtigen Zeitpunkt vorgenommen werden können. Wie den Materialien zu entnehmen ist, sollen Behandlungen von Geburtsgebrechen im Kiefer- und Gesichtsbereich grundsätzlich so geplant und durchgeführt werden, dass sie bis zur Vollendung des 20. Altersjahres und somit bis zum Ende der Leistungspflicht der Invalidenversicherung abgeschlossen werden können. In einem Teil der Fälle kollidiert aber diese Altersgrenze mit medizinischen Erfordernissen wie auch mit dem minimal vorausgesetzten Entwicklungsstand bezüglich Skelettwachstum und/oder Zahnentwicklung als Vorbedingung für gewisse Massnahmen. So können gerade bei der Prognathia inferior congenita die skelettal begründeten Kieferstellungsanomalien erst dann mit Aussicht auf bleibenden Erfolg korrigiert werden, wenn der pubertäre Wachstumsschub abgeschlossen ist (Stellungnahme der SSO vom 5. Juli 1996 und Protokoll der Eidgenössischen Fachkommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung [ELK], Sitzung vom 29. August 1996). Sind diese Voraussetzungen einmal erfüllt, liegt dann aber von der medizinischen Indikation her der richtige Zeitpunkt für die Durchführung und für den Abschluss der zahnärztlichen oder kieferchirurgischen Behandlung eines Geburtsgebrechens vor. Wird damit über Jahre oder gar Jahrzehnte zugewartet, ist die Notwendigkeit der zahnärztlichen Behandlung im Sinne der erwähnten Verordnungsbestimmung nicht mehr gegeben und die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine durch ein Geburtsgebrechen bedingte zahnärztliche Behandlung zu verneinen. ". Come rammentato dall'Alta Corte lo scopo dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre è di consentire l'esecuzione di trattamenti nel momento in cui essi sono più efficaci dal punto di vista medico. Come si evince dai lavori preparatori, i trattamenti per le infermità congenite della mascella e della regione facciale dovrebbero essere generalmente pianificati e realizzati in modo tale da potere essere completati entro il compimento del 20° anno di età del paziente e quindi entro la fine dell'obbligo di prestazione dell'assicurazione invalidità. In alcuni casi, tuttavia, questo limite di età entra in conflitto con esigenze mediche come pure con il livello minimo di sviluppo richiesto per quanto riguarda la

crescita dello scheletro e/o lo sviluppo dei denti come prerequisito per determinate misure. Proprio nel caso del prognatismo inferiore congenito, ad esempio, le anomalie della posizione della mandibola dovute a fattori scheletrici possono essere corrette con successo duraturo solo dopo che è terminata la fase di crescita puberale. Una volta soddisfatte queste condizioni, il momento giusto per effettuare e completare la cura dentaria o chirurgica maxillo-facciale di un'infermità congenita è determinato da un punto di vista medico. Se si attendono anni o addirittura decenni, la necessità di un trattamento dentario ai sensi della citata norma non sussiste più e l'obbligo dell'assicuratore malattia di erogare prestazioni per il trattamento dentario dovuto a un'infermità congenita deve essere negato. Nella STFA K 146/05 del 29 dicembre 2006, la nostra Massima Istanza ha ricordato che l'assicurazione malattia deve assumersi i costi in luogo dell'assicurazione invalidità appena quest'ultima termina le sue prestazioni. Tuttavia, i trattamenti dentari occasionati da un'infermità congenita ai sensi dell'art. 27 LAMal danno luogo a prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria soltanto se le condizioni dell'art. 31 cpv. 1 LAMal sono realizzate. Inoltre, sono ritenuti necessari ai sensi dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre soltanto quei trattamenti dentari derivanti da un'infermità congenita che, per delle ragioni mediche, richiedono un intervento dopo il 20° anno di età (cfr. consid. 5.2). Nella fattispecie giudicata dal TF, dai referti medici è risultato che non erano adempiute le condizioni previste dalle cifre 20 (micrognatismo inferiore congenito) e 21 (mordex apertus congenito) dell'art. 19a cpv. 2 OPre affinché l'infermità congenita potesse giustificare la copertura delle cure dentarie che ha provocato. Ma anche se una di queste condizioni fosse stata soddisfatta, ha affermato il TFA, la cura non sarebbe stata coperta dall'assicurazione malattia obbligatoria. In effetti, l'indicazione medica era già stata data prima del compimento del 20° anno di età e non si poteva ritenere che ragioni mediche richiedessero che il trattamento dentario causato dall'infermità congenita fosse eseguito solo quando l'assicurato aveva quasi quarant'anni (cfr. consid. 5.4). Anche la STF 9C_223/2009 del 16 aprile 2010 ricorda che i trattamenti dentari consecutivi a un'infermità congenita ai sensi dell'art. 27 LAMal danno diritto alle prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria soltanto quando le condizioni dell'art. 31 cpv. 1 LAMal sono realizzate (cfr. consid. 2.2). In quel caso, l'assicurata presentava un micrognatismo congenito la cui gravità, secondo i giudici cantonali, necessitava di un trattamento ortodontico che l'assicurazione invalidità aveva assunto fino al momento in cui l'interessata ha compiuto i 20 anni. Essi hanno inoltre constatato che i disturbi presentati che giustificavano una nuova cura costituivano una recidiva dell'infermità congenita coperta a suo tempo dall'assicurazione invalidità. L'autorità giudiziaria cantonale ha perciò considerato che il trattamento di questa patologia dovesse essere assunto dall'assicurazione malattia nella misura in cui si trattava delle conseguenze di un'infermità congenita, ossia di una malattia grave giusta l'art. 31 cpv. 1 LAMal concretizzata dall'art. 19a OPre. In questa costellazione, non era richiesto che le conseguenze presentassero i criteri di dismorfismo facciale previsti dall'art. 19a cpv. 2 cifra 20 OPre, ma solo che li presentasse l'infermità congenita che aveva richiesto il trattamento iniziale. L'assicuratore malattia ricorrente considerava escluso un suo obbligo prestativo siccome l'affezione successiva non presentava i criteri di dismorfismo facciale richiesti dalla norma (cfr. consid. 3.2). Per l'Alta Corte il micrognatismo inferiore congenito, in quanto infermità congenita ai sensi dell'art. 19a cpv. 2 cifra 20 OPre, è una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal. Nel caso esaminato questa patologia aveva reso necessario un trattamento ortodontico dal decimo anno di età dell'assicurata, cure che l'assicurazione invalidità aveva riconosciuto fino al ventesimo anno. La cura si era resa

necessaria dopo il ventesimo anno di età a causa di una recidiva di questa infermità congenita, ossia a causa della manifestazione di una condizione che senza dubbio si trovava in rapporto di causalità con una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio o dell'espressione secondaria di una tale malattia (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal). Per il TF si trattava quindi sempre della cura di una malattia grave e non evitabile del sistema masticatorio, resa necessaria dopo il ventesimo anno di età. Le condizioni per la copertura del trattamento di una ricaduta erano quindi soddisfatte ai sensi degli art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal e 19a cpv. 1 lett. a OPre, tanto più che la legge non prevede alcuna limitazione temporale alla nozione stessa di malattia grave e non evitabile del sistema masticatorio (cfr. consid. 4.2). Il ricorso è stato quindi respinto. Nella STF 9C_237/2010 del 30 agosto 2010 l'Alta Corte ha esaminato il diritto della ricorrente, nata nel 1968, affetta da prognatismo mascellare e mandibolare, al rimborso di spese dentarie. Il Tribunale federale ha rilevato che le conclusioni del Tribunale cantonale, secondo cui l'intero trattamento dentario a cui si è sottoposta l'assicurata avrebbe potuto essere effettuato prima del limite temporale dei 20 anni previsto dall'art. 19a cpv. 1 OPre, si fondava sulle sole indicazioni della ricorrente, ma poiché si trattava di una constatazione di carattere medico, in linea di principio avrebbe richiesto il parere di un medico dentista, in quanto è di competenza, in primo luogo, di uno specialista in medicina dentaria pronunciarsi sulla necessità di un trattamento medico prima di raggiungere una determinata soglia di età. Nel caso esaminato dal Tribunale federale, i dentisti curanti hanno rilevato che la mal occlusione dentaria e scheletrica avrebbe giustificato una presa a carico dell'assicurazione invalidità prima dei venti anni rispettivamente in passato. Di conseguenza, secondo il TF, era a buon diritto che i giudici cantonali hanno negato il diritto della ricorrente all'assunzione delle spese in esame in virtù dell'art. 19a cpv. 2 cifra 22 OPre, non potendo l'assicuratore malattia essere chiamato a rispondere di costi derivanti da un trattamento che avrebbe potuto essere effettuato prima che il paziente compisse venti anni (cfr. consid. 4.3). Ciò stante, l'infermità congenita di cui soffriva la ricorrente (prognatismo inferiore congenito ai sensi dell'art. 19a cpv. 2 cifra 22 OPre) deve essere assimilata a una malattia grave dell'apparato masticatorio ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal, cui si riferiscono le casistiche previste dall'art. 17 OPre (cfr. consid. 6). Fra le malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio che danno diritto all'assunzione dei costi delle cure dentarie da parte dell'assicurazione malattia obbligatoria figurano in particolare le disgrazie che provocano affezioni considerate come malattie (lett. f), quali la sindrome dell'apnea del sonno (cifra 1), le turbe gravi di deglutizione (cifra 2) e le asimmetrie cranio-facciali gravi (cifra 3) (cfr. consid. 6.1). Tenuto conto del danno alla salute constatato e dell'opinione del dentista curante, che ha accertato nella paziente una disgrazia con grave asimmetria cranio-facciale, né la Cassa malati né la giurisdizione cantonale avevano ragione di negarle il diritto di ottenere la copertura delle prestazioni richieste senza esaminare se le condizioni dell'art. 17 lett. f cifra 3 OPre fossero soddisfatte (prima degli interventi chirurgico e ortodontico). In particolare, considerato il principio inquisitorio che regola la procedura amministrativa in materia di assicurazione sociale (cfr. art. 43 cpv. 1 LPG), l'assicuratore malattia non poteva limitarsi a indicare che non disponeva di elementi che gli permettessero di valutare e misurare il grado di gravità secondo tale disposizione dell'OPre e rifiutare, senza ulteriori accertamenti, la copertura in questione. Tenuto conto del parere del dentista curante, l'incarto conteneva indizi sufficienti affinché l'amministrazione e, in sua inazione, l'autorità giudiziaria cantonale si pronunciasse sul diritto in questione dal profilo degli artt. 31 cpv. 1 lett. a LAMal e 17 OPre (cfr. consid. 6.2). Il Tribunale federale ha perciò rinviato gli atti all'istanza inferiore per esaminare

l'assunzione da parte dell'assicuratore malattia dei costi della cura in esame giusta l'art. 17 lett. f cifra 3 OPre (cfr. consid. 6.3). Con la STF 9C_357/2011 del 23 novembre 2011 la Massima Istanza federale ha ricordato che le cure dentarie dovute a infermità congenita rientrano nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie solo se sono soddisfatte le condizioni di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal e il requisito della necessità di cure dopo il 20° anno di età giusta l'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, ciò che avviene solo se sono adempiute le condizioni restrittive poste con le DTF 130 V 294 e 459 e che richiedono in particolare che l'indicazione medica imponga un trattamento dopo il 20° anno di vita (cfr. consid. 3). L'Alta Corte ha riconosciuto che il morso aperto, a causa della sua gravità, soddisfaceva i requisiti per essere considerato un'infermità congenita. Tuttavia, ciò non significava che l'assicurazione malattia obbligatoria fosse tenuta a pagare per il trattamento in questione. Al momento della richiesta di assunzione delle spese, la persona assicurata, nata nel 1972, aveva 37 anni. Va infatti ricordato che l'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre non esclude in ogni caso un obbligo di prestazione dell'assicurazione malattia anche dopo il 20° anno di età, ma quest'obbligo si limita ai casi in cui la necessità di un trattamento successivo è data esclusivamente da motivi medici (cfr. consid. 6.2: "(...) Zwar schliesst Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch nach dem 20. Altersjahr nicht in jedem Fall aus. Sie ist aber auf Fälle beschränkt, in denen ausschliesslich medizinische Gründe eine spätere Behandlung erfordern. (...)"). Il Tribunale federale ha ritenuto che a giusta ragione i primi giudici hanno escluso la presenza di tali motivi. Il trattamento della mal occlusione congenita non sembrava essere stato un problema durante l'infanzia o l'adolescenza dell'assicurato. I medici hanno menzionato per la prima volta nel 2001 le possibili cure (chirurgia maxillo-facciale e/o ortodonzia) e hanno quindi ritenuto che fosse necessario un trattamento. Tuttavia, per motivi professionali la ricorrente ha rinunciato all'intervento chirurgico e l'ha rimandato per diversi anni. Il Tribunale cantonale non ha violato il diritto federale nel negare l'obbligo di assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattia obbligatoria a motivo che il trattamento del 2009 non poteva più essere considerato una cura dentaria necessaria dovuta a un'infermità congenita dopo il 20° anno di età. Anche se dal 2001 si fosse verificato un peggioramento, circostanza che poteva rimanere aperta, per il TF ciò non avrebbe portato a una diversa valutazione. Indipendentemente dal fatto che nel 2001 sussistesse (ancora) un obbligo di pagare da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non è in ogni caso possibile giustificare anni dopo un obbligo dell'assicurazione di assumersi i costi di una cura che ha indiscutibilmente continuato ad essere rimandata per motivi non medici, e tanto meno per dei peggioramenti intervenuti nel frattempo e per i relativi costi aggiuntivi (cfr. consid. 6.3). Nel caso giudicato il 3 marzo 2021 pubblicato in DTF 147 V 187 (e in SVR 2021 KV Nr. 10), una giovane, nata nel 1972 e affetta da anodontia (o agenesia) multipla, aveva subito in Germania tra il 2000 e il 2004 un aumento della cresta ossea sia nell'arcata superiore sia in quella inferiore a seguito della rimozione di un innesto pelvico, con successivo restauro protesico. Il tema all'esame della Corte non era l'assunzione dei costi per il trattamento iniziale dell'infermità congenita, ma l'assunzione dei costi del risanamento di questa protesi provvisoria, che si era nel frattempo usurata. Era pertanto necessario verificare se, come sostenuto dalla Cassa malati ricorrente, l'obbligo di erogare prestazioni per infermità congenita decadde anche per le cure successive, qualora il trattamento iniziale fosse stato eseguito, ma (senza apparente motivo medico) solo dopo il compimento dei 20 anni. Poteva tuttavia rimanere aperta la questione se, in determinate situazioni, i costi per un trattamento dentario iniziale dopo il compimento dei 20 anni

dovessero essere assunti dall'assicuratore malattia, come ha spiegato l'Ufficio federale della sanità pubblica facendo riferimento alla necessità medica, che a suo avviso era l'unico criterio rilevante (cfr. consid. 4.4). Il Tribunale federale ha, dapprima, evidenziato che i primi giudici hanno correttamente affermato che le cure dentarie derivanti da un'infermità congenita rientrano nell'ambito delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie solo se sono soddisfatti i requisiti dell'art. 31 cpv. 1 LAMal (precisati all'art. 19a OPre per le infermità congenite). È anche corretto che sono considerate necessarie, ai sensi dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, solo le cure dentarie causate da un'infermità congenita che, per motivi medici, vengono eseguite solo dopo i 20 anni, mentre l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non è di regola tenuta a coprire i costi dei trattamenti che avrebbero potuto essere eseguiti entro tale termine a spese dell'assicurazione invalidità (cfr. consid. 2.1; DTF 130 V 294 consid. 5.3). L'Alta Corte ha aggiunto che l'art. 19a cpv. 1 OPre, insieme all'art. 31 cpv. 1 LAMal, precisa anche l'art. 27 LAMal, secondo cui l'assicurazione malattia obbligatoria assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia per le infermità congenite non coperte dall'assicurazione invalidità (cfr. consid. 2.2). La ripartizione della competenza per la copertura delle infermità congenite di carattere dentario, derivante dagli articoli 13 segg. LAI, dall'articolo 27 LAMal e da l'articolo 19 a cpv. 1 OPre, si basa sul l'idea che, dal punto di vista dell'efficacia, le cure dentarie dovrebbero essere completate al momento opportuno dal punto di vista medico, di norma prima del compimento del 20° anno di età e quindi fino alla fine dell'obbligo di prestazione dell'assicurazione invalidità. Ciò significa che l'assicuratore malattia non è di regola responsabile dei costi della cura iniziale dopo il 20° anno di età, a meno che il momento posticipato non sia motivato esclusivamente da ragioni mediche. Questo perché, anche in caso di infermità congenite dentarie, l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presuppone generalmente una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a in combinato disposto con l'art. 27 LAMal). Se il trattamento è stato rinviato a dopo il 20° anno di età senza un'indicazione medica, ciò indica di regola che la malattia non è sufficientemente grave (cfr. consid. 5.1). In quel caso l'assicurata soffriva probabilmente dell'infermità congenita di "anodontia multipla", per cui nel caso specifico (con solo quattro dei 32 denti permanenti) era indubbiamente presente una grave malattia dell'apparato masticatorio. Questa era inoltre da considerarsi inevitabile. Pertanto, il trattamento successivo contestato serviva fondamentalmente a curare una grave e non evitabile malattia del sistema masticatorio ai sensi dell'art.

E. 31

cpv. 1 lett. a LAMal. Inoltre, dal punto di vista medico, era indiscutibilmente necessario a causa dell'usura della protesi originale, che aveva ormai circa 20 anni (cfr. consid. 5.2). Giusta l'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, l'assicurazione malattia assume solo i costi delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2 della disposizione soltanto se "le cure sono necessarie dopo il 20° anno di età". Restava da verificare se, in base a ciò, non sussistesse l'obbligo di versare le prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria per le cure successive, se il trattamento iniziale – a carico di un altro ente – era stato effettuato senza apparenti motivi medici solo dopo il ventesimo anno di età (cfr. consid. 5.3). Per l'Alta Corte, è certo che se il trattamento è inizialmente coperto dall'assicurazione invalidità, l'assicurazione malattia dovrebbe assumersi come prestazioni obbligatorie le nuove cure necessarie, ad esempio in caso di usura o di conseguenze tardive. Allo stesso modo, secondo la giurisprudenza, può richiedere le prestazioni dell'assicurazione malattia

giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal chi - in assenza di un'infermità congenita - soffre di una grave e inevitabile malattia dell'apparato masticatorio, ad esempio a causa di un'atrofia estrema dell'osso mascellare che richiede un aumento osseo e impianti. Ciò vale in linea di principio indipendentemente dal fatto che si tratti di una cura iniziale o successiva o dal momento in cui è stato effettuato il primo trattamento. In entrambi i casi descritti, ovviamente rimane riservato l'esame dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità ai sensi dell'art. 32 LAMal. Va inoltre osservato il principio generale dell'obbligo di ridurre il danno (cfr. consid. 5.3.1). Il fatto che le persone con infermità congenite si trovino sfavorite rispetto a quelle con gravi malattie dell'apparato masticatorio fondamentalmente comparabili, che si manifestano più tardi, non risulta né dalla formulazione degli artt. 27 e 31 cpv. 1 lett. a LAMal, né dai lavori preparatori e neppure dal testo dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre e dalla sua storia legislativa. Questo non avrebbe nemmeno senso, poiché con l'art. 27 LAMal l'intenzione del legislatore era proprio quella di obbligare l'assicuratore malattia a fornire prestazioni per le infermità congenite laddove non vi fosse una copertura dell'assicurazione invalidità. Come sostenuto dall'UFSP, non v'erano quindi ragioni evidenti per esonerare l'assicuratore malattia dall'obbligo di erogare le prestazioni solo a causa di un trattamento iniziale effettuato in ritardo, laddove tale ritardo non gli comporti maggiori costi successivi né gli venga richiesto di assumersi la cura iniziale. Ciò vale a maggior ragione in quanto, a differenza di quanto avviene per il trattamento iniziale (cfr. consid. 5.1), nel caso dell'assunzione dei costi delle cure successive non si tratta, dal punto di vista dell'efficacia, di incentivare il primo trattamento nel momento in cui è più opportuno dal punto di vista medico (cfr. consid. 5.3.2). In conclusione, dall'art. 19a cpv. 1 OPre e dalla giurisprudenza, non si può dedurre che l'obbligo dell'assicuratore malattia di erogare prestazioni si estingua automaticamente anche per le cure successive se l'assicurato ha fatto curare adeguatamente la sua infermità congenita, senza alcun apparente motivo medico, solo dopo il compimento del 20° anno di età. Al contrario: se la cura successiva, anche se il trattamento iniziale fosse stato effettuato prima del compimento dei 20 anni (o, per ragioni mediche, solo dopo tale momento), avesse dovuto essere effettuata con probabilità preponderante dopo il compimento del 20° anno di età – e quindi a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria –, si tratterebbe di una cura che, ai sensi dell'art. 19a cpv. 1 OPre, è (medicalmente) necessaria dopo i 20 anni. Il TF ha considerato che questa costellazione si verificava esattamente nel caso giudicato ed ha considerato come non fosse determinante stabilire in che misura il trattamento dell'infermità congenita della anodontia multipla (cifra 206 OIC), nel caso dell'assicurata, avrebbe potuto essere completato prima dei 20 anni della paziente, cosa che non poteva comunque essere ipotizzata senza ulteriori verifiche. Per il TF non era necessario approfondire questo aspetto, così pure rispondere alla domanda a sapere se almeno una parte del trattamento dell'infermità congenita fosse già stata effettuata in Turchia prima del ventesimo anno di età dell'assicurata (cfr. consid. 5.3.3). In summa per l'Alta Corte, se, nel caso di una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio (qui: anodontia), che è da qualificare quale infermità congenita, il trattamento iniziale viene effettuato solo dopo il compimento del 20° anno di età senza un motivo medico apparente, ciò non comporta automaticamente l'esclusione della presa a carico dei trattamenti successivi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. 2.7. Nel caso concreto, è pacifico che la ricorrente presenti un micrognatismo inferiore in severa seconda classe scheletrica, che l'ha portata a sottoporsi a diverse cure ortodontiche presso le specialiste dr.sse med. dent. _____ dal 2012 al 2020 e _____ dal 2022 al 2024. Non solo le ortodontiste curanti e il prof. dr. _____, ma anche il dr. _____,

medico dentista specialista fiduciario della Cassa malati resistente, si sono dichiarati concordi nel ritenere che l'intervento chirurgico di osteotomia bimascellare con avanzamento mandibolare fosse l'unica soluzione per ovviare a questa grave malformazione congenita. L'assicurazione invalidità è intervenuta assumendosi i costi per la cura del micrognatismo inferiore congenito (cifra 208 dell'Allegato all'Ordinanza del DFI sulle infermità congenite [OIC-DFI, RS 831.232.211]), tuttavia, a causa di un annuncio tardivo dell'infermità congenita e quindi della richiesta di provvedimenti sanitari, per il periodo soltanto dal 30 settembre 2021 fino al compimento dei 20 anni dell'assicurata. Occorre ricordare che le cure dentarie dovute a un'infermità congenita rientrano nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie solo se sono soddisfatte le condizioni di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal e il requisito della necessità di cure dopo il 20° anno di età giusta l'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, ciò che è il caso solo se sono soddisfatte le condizioni restrittive poste dalla giurisprudenza nel 2004 (DTF 130 V 294 e DTF 130 V 459) e che richiedono in particolare che l'indicazione medica imponga un trattamento dopo il 20° anno di età (STF 9C_357/2011 del 23 novembre 2011, consid. 3). Secondo la Cassa malati, che ha analizzato la situazione con l'aiuto del dr. med. dent. _____, l'esistenza di un'infermità congenita non poteva essere dimostrata sulla base della documentazione a disposizione, poiché le radiografie cefalometriche del 9 gennaio 2020 e del 30 settembre 2021 non erano state scattate con una qualità tale che si potevano rilevare i parametri richiesti dall'assicurazione invalidità (cifra 208 OIC) per definire la presenza di un'infermità congenita (micrognatismo inferiore congenito). Proprio perché le radiografie inviate dai medici dentisti curanti non permettevano una lettura ottimale, in alcune occasioni (doc. 1, 11, 13, 14, 17, 28 e 29) la Cassa malati, in virtù del suo obbligo di accertare i fatti (art. 43 cpv. 1 LPGa), ne ha richiesto la ritrasmissione ai diretti interessati, possibilmente in formato digitale. Secondo il suo medico dentista fiduciario, la qualità che presentavano anche i nuovi documenti non era tuttavia tale da poter misurare con certezza gli angoli (ANB e mascellobasale) al fine di definire se era data un'infermità congenita, ma ad ogni modo mostravano dei valori inferiori a quelli richiesti dall'OIC. Solo la radiografia cefalometrica del 3 gennaio 2017 permetteva, grazie alla buona qualità dell'immagine, di misurare gli angoli, che non erano però tali da riconoscere un'infermità congenita. 2.8. Per il TCA, le opinioni a confronto sull'esistenza di un'infermità congenita sono contraddittorie, riguardo sia alla qualità delle immagini sia alla qualifica del micrognatismo inferiore. La dr.ssa _____ è concorde con il collega dr. _____ che nel 2017 i parametri per l'infermità congenita cifra 208 OIC non erano rispettati, precisando, però, che l'accoglimento da parte dell'assicurazione invalidità di provvedimenti sanitari come infermità congenita si basava sulla teleradiografia del 30 settembre 2021, da cui emergeva che i valori per questa infermità congenita erano stati raggiunti (doc. 36). Per quanto gli era invece possibile capire stante, a suo dire, la bassa qualità dei reperti messi a disposizione, il dr. _____ ha misurato degli angoli che in tutte e tre le immagini (del 3 gennaio 2017, del 9 gennaio 2020 e del 30 settembre 2021) variavano fra i 30° e i 32°, mentre l'angolo ANB era leggermente inferiore agli 8 gradi (doc. 46), motivo per cui non ha ammesso la presenza di un'infermità congenita. Da parte sua, la dr.ssa _____, in occasione della richiesta di provvedimenti sanitari all'Ufficio assicurazione invalidità nel 2021, basandosi sulla teleradiografia espressamente fatta per quell'occasione, il 30 settembre 2021, aveva misurato degli angoli di +34° e di +9° (doc. 7). Il medico dentista fiduciario ha osservato che la differenza che si è venuta a creare fra la valutazione espressa in ambito di assicurazione invalidità per la richiesta di provvedimenti sanitari, che ha

portato l'Ufficio AI a riconoscere l'infermità congenita cifra 208 OIC, e quella attuale in ambito di assicurazione malattia obbligatoria, dove non sarebbe stato possibile confermare i valori necessari per ammetterla, può derivare dal fatto che si sia trattato di un risultato falso positivo, dovuto a radiografie cefalometriche di scarsa qualità oppure, ha ipotizzato ancora il dr. _____, a un'errata valutazione delle stesse (doc. 46). In effetti, le tre radiografie cefalometriche allegate alla sua ultima presa di posizione del 19 aprile 2025 (doc. 46), presentano delle immagini di difficile comprensione per potere determinare la presenza dei necessari valori (gradi degli angoli) per definire se si tratti di un micrognatismo inferiore congenito. Di migliore qualità sono invece le teleradiografie del 2017 e del 2020 inviate l'11 settembre 2024 (doc. 29) dalla dr.ssa _____ alla Cassa malati, che il suo medico dentista di fiducia ha comunque pure ricevuto, unitamente all'intero incarto, al fine di determinarsi sull'assunzione dei costi per la cura ortodontica e/o maxillo-facciale preventivata dalla dr.ssa med. dent. _____. Per il Tribunale, dai referti medici agli atti non è possibile dimostrare, con il grado di verosimiglianza preponderante, né l'esistenza né l'assenza dell'infermità congenita del micrognatismo inferiore congenito ai sensi dell'art. 19a cpv. 2 cifra 20 OPre (e non la cifra 208 OIC che, seppure il testo sia identico, è applicabile solo in ambito di assicurazione invalidità). Gli specialisti che hanno valutato la situazione non sono infatti unanimi sulla connotazione di infermità congenita da attribuire al micrognatismo inferiore di cui è affetta l'assicurata. Pertanto, non si può ritenere che siano adempiute le condizioni previste dalla cifra 20 dell'art. 19a cpv. 2 OPre affinché l'infermità congenita possa giustificare la copertura delle cure dentarie che ha provocato (STFA K 146/05 del 29 dicembre 2006, consid. 5.4). 2.9. Un accertamento ulteriore della situazione radiografica da parte di questo Tribunale al fine di determinare la presenza di un'infermità congenita può comunque rimanere aperta. Infatti, quand'anche si ammettesse che una delle condizioni previste dalla cifra 20 dell'art. 19a cpv. 2 OPre fosse adempiuta, il trattamento previsto dai dentisti curanti, consistente in un avanzamento chirurgico del mascellare (che secondo la ricorrente avrebbe avuto luogo il 1° luglio 2025, doc. XII), non sarebbe coperto dall'assicurazione malattia obbligatoria stante l'assenza del presupposto previsto dall'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre (STFA K 146/05 del 29 dicembre 2006, consid. 5.4). Va infatti ricordato che l'assicuratore malattia non è tenuto ad assumersi i costi per interventi ortodontici e/o maxillo-facciali eseguiti da un assicurato dopo il compimento dei 20 anni a causa di un'infermità congenita. L'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre non esclude in ogni caso un obbligo di prestazione dell'assicurazione malattia anche dopo il 20° anno di età, ma quest'obbligo si limita ai casi in cui la necessità di un trattamento successivo è data esclusivamente da motivi medici (STF 9C_357/2011 del 23 novembre 2011, consid. 6.2). Il micrognatismo inferiore congenito, in quanto infermità congenita ai sensi dell'art. 19a cpv. 2 cifra 20 OPre, è una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal (STF 9C_223/2009 del 16 aprile 2010, consid. 4.2). I trattamenti dentari consecutivi a un'infermità congenita ai sensi dell'art. 27 LAMal danno però diritto a prestazioni dell'assicurazione malattia soltanto quando le condizioni dell'art. 31 cpv. 1 LAMal sono realizzate. Inoltre, sono ritenuti necessari giusta l'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre solo quei trattamenti dentari derivanti da un'infermità congenita che, per motivi medici, richiedono un intervento dopo il 20° anno di età (STFA K 146/05 del 29 dicembre 2006, consid. 5.2). L'Atlante delle malattie con effetti sull'apparato masticatorio, 4a edizione del 2018 aggiornata al 2024, edita dalla Società Svizzera Odontoiatri (SSO), indica che in un gran numero delle infermità congenite riportate in quel capitolo, " Le cifre che si riferiscono a dei trattamenti mirati essenzialmente sulla regione oro-facciale o concernenti le

conseguenze dirette della malattia di base che necessitano di tali trattamenti, sono stampati in grassetto. In un gran numero di questi casi, il trattamento può essere completato prima che il paziente raggiunga l'età di 20 anni e quindi ancora sotto la copertura dell'Assicurazione invalidità. Più raramente, il trattamento iniziale deve essere continuato oltre la fine del 20° anno di età per motivi medici. Questo riguarda principalmente le situazioni in cui la chirurgia maxillo-facciale, che è indicata solo dopo il completamento della crescita puberale, costituisce la base per le misure ortodontiche e restaurative finali (protesi dentarie). Le cifre per le quali ciò si verifica più spesso sono contrassegnate da (*). Specialmente per queste malattie possono rendersi necessarie delle revisioni del trattamento iniziale più in là nel tempo " (pag. 109). Il micrognatismo inferiore congenito previsto alla cifra 20 non è contrassegnato con un asterisco (pag. 113). Nemmeno i vari medici dentisti intervenuti nel caso di specie hanno sostenuto che la chirurgia maxillo-facciale necessaria all'assicurata per curare la grave compromissione della regione oro-facciale fosse indicata solo successivamente al completamento della crescita puberale e quindi che il trattamento iniziale dovesse essere continuato dopo il 20° anno di età per motivi medici. Infatti, l'indicazione medica di procedere con l'intervento bimascellare era già stata data prima del compimento del 20° anno di età dell'assicurata e ciò risulta, in primo luogo, dalle cartelle cliniche delle ortodontiste curanti dove emerge chiaramente la segnalazione della necessità di questo intervento di chirurgia maxillo-facciale. La dr.ssa _____, già il 18 ottobre 2017 (doc. 23) " spiega tutte le possibilità necessarie per modificare il suo aspetto fisico e la chirurgia necessaria sotto protocollo ortodontico iniziale. Chirurgia a 18 anni" e il 15 gennaio 2020 ha segnalato che "viene vista dal dr. _____ per capire se è possibile fare chirurgia mandibolare per correggere i problemi estetici e scheletrici si decide di togliere i denti del giudizio entro fine anno e tra 1 e mezzo farà la chirurgia ". La dr.ssa _____ ha indicato sin dalla prima visita dell'8 giugno 2022 (doc. 31), quindi quando l'insorgente aveva poco più di 18 anni, che " Il caso è dichiaratamente chirurgico (...) bisogna mandare il caso al Prof. _____ chiedendo di convocarla per intervento di avanzamento mandibolare e mentoplastica ". È poi stata la stessa dr.ssa _____ che il 4 novembre 2024 (doc. 36) ha spiegato alla Cassa malati resistente che il piano di trattamento sarebbe stato portato a termine entro il compimento del 20° anno di età dell'assicurata se non fosse sopraggiunto il Covid-19, visto che " Nel 2021 erano in corso vari provvedimenti per il Covid-19 (ultimi provvedimenti revocati il 1 aprile 2022), tra i quali sospensione degli interventi elettivi, l'intervento della signorina RI 1 va gestito in regime di narcosi. Nel 2022 e nel 2023 sono stati recuperati gli interventi elettivi e le sale operatorie erano particolarmente oberate di lavoro, rendendo quindi molto difficile reperire slot per lavori procrastinabili. La paziente ha inoltre avuto la sfortuna di iniziare la sua terapia ortodontica presso la dottoressa _____ che poi ha chiuso e per il suo iter chirurgico presso il dottor _____ che si è giubilato prima di riuscire ad operare RI 1, questi eventi hanno portato anch'essi a mesi di ritardo " (doc. 36). Non vi sono indicazioni per una necessità, dovuta a motivi medici, per procedere all'intervento di chirurgia maxillo-facciale bimascellare, solo successivamente ai 20 anni della paziente. Si deve qui ritenere che l'indicazione medica per eseguire l'intervento chirurgico, di cui è chiesta ora l'assunzione dei costi all'assicurazione malattia, era già data prima del compimento del 20° anno di età della ricorrente e, come indicato, che non si può ritenere che vi fossero ragioni mediche per eseguire il trattamento dentario causato dall'infermità congenita soltanto dopo il compimento dei 20 anni (STFA K 146/05 del 29 dicembre 2006, consid. 5.4). Il dismorfismo facciale di cui è affetta l'assicurata ha giustificato una presa a carico

dell'assicurazione invalidità fino al momento in cui ha compiuto i venti anni (l'Ufficio AI ha ritenuto dati i presupposti previsti dalla cifra 208 OIC). Quindi, anche se si volesse ammettere comprovata (contrariamente all'assunto dell'assicuratore malattie) l'infermità congenita del micrognatismo inferiore congenito ai sensi dell'art. 19a cpv. 2 cifra 20 OPre, deve essere negato il diritto della ricorrente all'assunzione delle spese della chirurgia previste in virtù dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, non potendo l'assicuratore malattia essere chiamato a rispondere di costi derivanti da un trattamento che avrebbe potuto essere effettuato prima che l'assicurata compisse venti anni (STF 9C_237/2010 del 30 agosto 2010, consid. 4.3).

2.10. Nell'esposta DTF 130 V 294, l'Alta Corte ha chiarito che so no da ritenersi necessarie ai sensi dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre solo quelle cure dentarie conseguenti a infermità congenita che, per ragioni d'indicazione medica, richiedono un intervento al di là del 20° anno di età. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non può pertanto essere chiamata a rispondere delle spese occasionate da trattamenti che avrebbero potuto essere eseguiti entro tale limite temporale - e che sarebbero andati a carico dell'assicurazione per l'invalidità -, ma che non lo sono stati per motivi non di natura medica (cfr. consid. 5.2-5.5). Nell'interpretare la nozione di "cure necessarie dopo il 20° anno di età" di cui all'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, l'Alta Corte ha rilevato che dai lavori preparatori era emerso che per diverse infermità congenite, come aveva fatto notare la Società Svizzera Odontoiatri, v'è la necessità d'ordine medico di eseguire trattamenti dentari o maxillo-facciali solo dopo il compimento del 20° anno di età e questo al fine di poter garantire il successo della cura. Si è voluto che le prestazioni dopo i 20 anni siano messe a carico dell'assicurazione contro le malattie solo dove ciò sia veramente necessario e quindi soltanto in un numero limitato di casi (cfr. consid. 5.3.4).

Nella maggior parte delle infermità congenite elencate all'art. 19a cpv. 2 OPre, il trattamento può infatti essere concluso prima del compimento del 20° anno di età ed essere così posto a carico dell'assicurazione per l'invalidità, mentre più raramente la cura primaria deve, per ragioni d'ordine medico, essere proseguita al di là del 20° anno di età. In questi casi, si è principalmente in presenza di affezioni per le quali degli interventi di chirurgia maxillo-facciale sono indicati soltanto al termine della crescita puberale e costituiscono la base dei provvedimenti ortodontici e restauratori (protesici) successivi. Come indicato in precedenza, anche nella DTF 130 V 459, l'Alta Corte ha precisato che lo scopo dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre è di consentire di effettuare i trattamenti nel momento in cui sono più efficaci dal profilo medico e quindi vanno di regola programmati e realizzati in modo da riuscire a completarli entro il 20° anno di età, ma in alcuni casi questo limite di età non collima con le esigenze mediche e con il livello minimo di sviluppo richiesto per quanto riguarda la crescita dello scheletro e/o lo sviluppo dei denti. Terminata la crescita puberale, è l'indicazione medica che rivela qual sia il momento migliore per procedere (cfr. consid. 3). Ne discende che il concetto secondo cui, per motivi di ordine medico, una cura debba essere posticipata fino a dopo il 20° anno di età, deve essere inteso con riferimento solo a motivi strettamente di carattere odontoiatrico e quindi attinenti alla struttura dentaria della persona interessata rispettivamente della formazione e sviluppo dello scheletro (cranio) e degli elementi dentari che sono interessati dalla cura ortodontica e/o maxillo-facciale. La nozione è quindi prettamente di carattere medico-dentario. A tal proposito, si segnala la citata STF 9C_357/2011 del 23 novembre 2011 concernente un'assicurata che ha rinviato (di anni) le cure necessarie per motivi professionali, in cui il Tribunale federale ha ribadito che se il trattamento viene posticipato per motivi non medici, l'assicurazione malattia non può essere ritenuta responsabile per i costi sostenuti in seguito. In concreto non è stata

dunque fatta valere alcuna indicazione medica, nel senso inteso dalla giurisprudenza evidenziata, che ha ostacolato l'esecuzione del trattamento previsto per la ricorrente prima del suo 20° anno di età. Le indicazioni d'ordine psicologico non potendo essere ritenute, anche in considerazione del fatto che l'intervento previsto ed eseguibile prima dei 20 anni d'età della paziente avrebbe, con buona verosimiglianza, corretto il difetto estetico e condotto al miglioramento dell'apprezzamento di sé della paziente. Ne discende che non è possibile, sulla base dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, imporre all'assicuratore malattia resistente di assumere i costi del trattamento ortodontico e/o maxillo-facciale in discussione. 2.11. Si giungerebbe al medesimo risultato anche se, per mera ipotesi, si volessero ritenere le affezioni psichiche invocate dall'insorgente rientranti nel concetto di motivo di ordine medico ai sensi dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre. A questo proposito può rinviare a quanto esposto dal dr. med. _____, medico fiduciario dell'assicuratore malattie, il quale ha evidenziato come, dal rapporto rassegnato dalle pedopsichiatre del Servizio medico-psicologico e dal referto della dr.ssa _____, non risultava la somministrazione all'assicurata di terapie da fine 2021 alla fine di gennaio 2024 che le abbiano impedito di sottoporsi al trattamento chirurgico. Di conseguenza la ricorrente ha avuto almeno due anni per (essere aiutata a) prendere una decisione sull'intervento da eseguire. Il Tribunale concorda con le affermazioni del medico fiduciario. In effetti, sia dal referto del 16 dicembre 2024 (doc. 43) sia da quello del 21 marzo 2025 (doc. D) prodotto con il ricorso, le dr. med. _____ e _____ (quest'ultima non compare nella lista dei medici attivi nel sito della FMH: doctorfmh.ch, consultato il 1 agosto 2025 ore 16.30), che si indicano specialiste in psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza, non pongono una diagnosi, non precisano se siano intervenuti ricoveri, se sono state eseguite delle sedute ed eventualmente con quale frequenza avvenivano, da quando sono iniziate le sedute e sino a quando sono durate e quale fosse, se prescritta, la terapia farmacologica somministrata all'interessata, con quale seguito, quali progressi o regressioni abbiano constatato. Le loro allegazioni appaiono generali e prive di adeguato sostrato per potere riconoscere l'esistenza di un motivo di natura psichiatrica tale da impedire all'assicurata di sottoporsi, prima del compimento dei 20 anni, all'avanzamento del mascellare. Si ribadisce comunque che i motivi medici ritenuti dalla norma debbono avere una connessione diretta e specifica con la natura della cura in base alla giurisprudenza esposta. Si rileva poi come i disagi che l'interessata avrebbe manifestato sono stati circoscritti, dalle collaboratrici del SMS, al periodo dal 2017 al 2021, mentre dal momento in cui la problematica del micrognatismo è stata segnalata all'Ufficio assicurazione invalidità non sono più emersi degli impedimenti specifici, dettagliati e particolareggiati, di carattere psichico, per potere giustificare la posticipazione dell'intervento di chirurgia maxillo-facciale. Va quindi ribadito come l'argomento sollevato dalla ricorrente sia privo di sostrato e non ritenibile. Il TCA non può inoltre non rilevare come in prima battuta, con la presa di posizione del 4 novembre 2024 della dr.ssa _____, sia stato indicato che il motivo per cui questo intervento sarebbe stato eseguibile soltanto nel corso del 2024, e quindi dopo il 20° anno di età, era dovuto al Covid-19, che ha comportato che dal 2021 al 2023 non era possibile accedere alle sale operatorie per gli interventi elettivi, come quello necessario per la ricorrente. Poi, quando la Cassa malati ha affermato che il ritardo dovuto al Covid-19 non era un motivo medico ai sensi dell'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, con l'opposizione del 20 dicembre 2024 è stata sollevata, per la prima volta, la questione psichica, sostenendo che l'assicurata sarebbe sofferente sin dal 2017 e che perciò necessiterebbe di un sostegno psichico professionale. A questo proposito, si osserva che nel primo referto del 16 dicembre

2024 viene segnalato che " l'intervento maxillo-facciale correttivo per la micrognazia della paziente (...) sia fortemente indicato e necessario al fine di poter perseguire il benessere psico-fisico per la paziente" e poi che "Ora tale intervento si rende a nostro avviso necessario a vari livelli, interconnessi tra loro " (doc. 42). Pertanto l' " intervento si iscrive dunque all'interno di un processo di cura più ampio e integrato mente-corpo, con un investimento fantasmatico per la paziente e di aspettative, con già interventi preparatori messi in atto (l'apparecchio etc), processo delicato in atto, l'interruzione del quale rischia di precipitare nuovamente la paziente in un assetto psicopatologico grave ". Come dire che nel 2024 era urgente potere eseguire al più presto l'intervento bidisciplinare e che l'assicurata si sentiva pronta ad affrontarlo. D'altronde, la stessa ha più volte sollecitato la Cassa malati nel corso dell'estate 2024 (doc. 17, 23 e 25) a emettere una presa di posizione riguardo all'assunzione dei costi per potere procedere all'avanzamento mascellare necessario per correggere il micrognatismo inferiore. Nel secondo referto del 21 marzo 2025 (doc. D) si sottolinea, però, come soltanto la situazione attuale sia invece propizia per procedere in tal senso " in cui la paziente ha fatto un'evoluzione intrapsichica tale da ora necessitare di potersi occupare del corpo ". Infine, sembrerebbe che soltanto il 1° luglio 2025 (doc. XII) la ricorrente si sia sottoposta alle cure necessarie. Questa Corte non può infine non rilevare come già durante il primo incontro avuto con l'assicurata l'8 giugno 2022, la dr.ssa _____ ha annotato nella sua cartella clinica da un lato, che " Si conferma severa seconda classe e profilo molto retrognatico che crea alla paziente ansia psico sociale ", ma dall'altro che " La paziente appare interessata all'avanzamento mandibolare chirurgico ", tanto che l'ha subito mandata a _____ dal prof. dr. _____ per l'intervento di avanzamento mandibolare e mentoplastica. In queste circostanze, nell'ipotesi si ritenga un'infermità congenita giusta l'art. 19a cpv. 2 cifra 20 OPre, non possono essere considerati i motivi psichici adottati con il gravame per giustificare l'esecuzione dell'intervento successivamente ai 20 anni d'età della paziente. Di conseguenza l'assicuratore non può essere chiamata a rispondere dei costi di un trattamento che poteva essere effettuato prima che l'insorgente compisse venti anni. 2.12. L'assicuratore ha limitato la sua indagine e la sua decisione sugli aspetti che sono stati esaminati nelle precedenti considerazioni. La decisione, in quest'ottica, come indicato, va confermata. Helsana Assicurazioni SA non ha però accertato se il micrognatismo inferiore congenito di cui soffre la ricorrente, anche se non preso a carico dall'assicurazione malattia a titolo di infermità congenita non essendo adempiuti i presupposti dell'art. 19a cpv. 2 cifra 20 OPre, possa esserlo in base ad altro disposto. Il micrognatismo inferiore congenito costituisce una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio giusta l'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal (STF 9C_223/2009 del 16 aprile 2010, consid. 4.1), a cui si riferiscono le casistiche previste dall'art. 17 OPre (STF 9C_237/2010 del 30 agosto 2010, consid. 6, in cui la fattispecie si riferisce al prognatismo inferiore congenito ai sensi dell'art. 19a cpv. 2 cifra 22 OPre, in cui la mandibola sporge rispetto alla mascella e che è la situazione inversa del caso in esame). Fra le malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio che danno diritto all'assunzione dei costi delle cure dentarie da parte dell'assicurazione malattia obbligatoria figurano, in particolare, le disgrazie che provocano affezioni considerate come malattie (lett. f), quali la sindrome dell'apnea del sonno (cifra 1), le turbe gravi di deglutizione (cifra 2) e le asimmetrie cranio-facciali gravi (cifra 3). Tenuto dunque conto del dismorfismo facciale presentato dalla ricorrente e del fatto che un'analisi dell'applicazione dell'art. 17 OPre non è stata eseguita, gli atti vanno resi all'assicuratore affinché proceda ad una verifica nel solco di quanto indicato emanando, se del caso, le decisioni di sua competenza in merito. In base al

principio inquisitorio in materia di assicurazione sociale (art. 43 cpv. 1 LPGA), l'assicuratore malattia avrebbe dovuto valutare il grado di gravità dell'affezione causata all'apparato masticatorio della ricorrente secondo l'art. 17 OPre e decidere anche su tale base (STF 9C_237/2010 del 30 agosto 2010, consid. 6.2). Va comunque osservato come i termini "Schlafapnose" e "Schlafparameter", che figurano nella cartella clinica allestita dal prof. dr. _____ (doc. VIII/1), sono state emerse in corso di procedura davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni a seguito della produzione di atti da parte dell'assicurata e la Cassa non ne era verosimilmente al corrente (doc. IX). Va comunque evidenziato che già il 23 maggio 2024 (doc. 11) la Cassa ha fatto richiesta al predetto professore delle radiografie dell'assicurata, senza però postulare la trasmissione anche della cartella clinica, ciò che le avrebbe permesso di considerare anche l'aspetto per cui oggi le è fatto rinvio degli atti. I termini usati dal prof. Dr. _____ inducono alla verifica nell'ottica, in particolare, dell'art. 17 cpv. 1 lett. f n. 1 OPre. Tale esame non può essere svolto in questa sede per non pregiudicare il diritto ad un doppio grado giurisdizionale dell'assicurata ed affinché il suo diritto di essere sentita sia adeguatamente salvaguardato.

2.13. Alla luce di quanto precede, il ricorso va accolto nel senso delle considerazioni che precedono. La decisione deve essere conseguentemente annullata con il rinvio degli atti alla Cassa per le verifiche necessarie e la resa di una nuova decisione. Resta che, per i motivi adottati nelle motivazioni precedenti, il rimborso delle spese di cura non potrà avvenire sulla base dell'art. 19a OAMal qui analizzato. Non si prelevano tasse di giustizia e spese. Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGA in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di prestazioni LAMal non è stato previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in *SZS/RSAS 2/2022* pag. 107); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto». Alla luce dell'esito della procedura l'assicuratore verserà all'assicurata, per il tramite del patrocinatore, a titolo di ripetibili ridotte, l'importo di CHF 1'200.

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