



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

SSO

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
Société suisse des médecins-dentistes
Società svizzera odontoiatri
Swiss Dental Association

Informazioni per medici dentisti sull'assicurazione per l'invalidità (AI)

Bollettino d'informazione pubblicato dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) in collaborazione con la Società svizzera odontoiatri (SSO)

Parte integrante della Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione per l'invalidità (CPSI)

Valide dal 1° marzo 2025

Stato: 1° marzo 2025

Indice

I. In generale	4
a) Scopo e ambito dell'AI.....	4
b) Cura di infermità congenite	4
II. Aspetti amministrativi	5
a) Presentazione della richiesta di prestazioni.....	5
b) Esame medico dentario ed esame di ortopedia dento-facciale.....	5
c) Valutazione medica da parte dell'AI	6
d) Comunicazione/decisione	6
e) Entità dell'assunzione delle spese.....	7
f) Fatturazione	9
g) Tariffa.....	9
III. Estratto dell'elenco delle infermità congenite	10
IV. Spiegazioni di singole infermità congenite	13
V. Procedura di accertamento	17
VI. Spiegazioni su singole posizioni della Tariffa odontoiatrica e su alcuni provvedimenti terapeutici ..	21
a) Posizioni 4.0130 e 4.0140 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 01.04 «Consultazione mancata»	21
b) Posizioni 4.1110 e 41120 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 02.03 «Cura dell'igienista dentale/assistente di prevenzione dentale»	21
c) Posizioni 4.1000–4.1090 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 02.01 «Raccolta dati, igiene orale, prevenzione del tabagismo e motivazione» e capitolo 02.02 «Fluoruroprofilassi»	22
d) Posizioni 4.5750–4.5790 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 08.07 «Faccette vestibolari».....	22
e) Posizione 4.7070 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 10.01: «Corone» (nel mascellare anteriore)	22
f) Trattamenti con aligner.....	23
VII. Indirizzi e link.....	23

Per agevolare la lettura, nel presente documento viene utilizzata soltanto la forma maschile. Tutte le denominazioni delle professioni sono da intendersi sia al maschile che al femminile.

I. In generale

a) Scopo e ambito dell'AI

L'assicurazione per l'invalidità (AI) è un'assicurazione pubblica di carattere generale e obbligatorio come l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS). Tramite provvedimenti d'intervento tempestivo, provvedimenti di reinserimento, provvedimenti professionali e altri provvedimenti d'integrazione idonei, l'AI persegue nel limite del possibile l'integrazione delle persone affette da una disabilità fisica, psichica o mentale nel mondo del lavoro. Nei casi in cui questo obiettivo non è raggiungibile, accorda rendite d'invalidità e/o assegni per grandi invalidi. La cura dell'affezione in quanto tale non rientra invece nell'obbligo di prestazione dell'AI, ragion per cui i trattamenti odontoiatrici (anche quelli che hanno principalmente lo scopo di ripristinare o migliorare la capacità di masticazione) non sono, di norma, a carico dell'AI.

b) Cura di infermità congenite

L'unica eccezione alla summenzionata regola concernente la cura dell'affezione in quanto tale è costituita dai provvedimenti sanitari per il trattamento medico e odontoiatrico di infermità congenite di assicurati che non hanno ancora compiuto il 20° anno d'età. In questi casi, l'AI copre tutte le spese per le terapie direttamente connesse con l'infermità congenita finché l'assicurato ha compiuto i 20 anni. La terapia deve essere un provvedimento sanitario ai sensi dell'articolo 14 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) e adempire i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (criteri EAE). Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta ed elencate nell'alle-gato dell'ordinanza del Dipartimento federale dell'interno (DFI) sulle infermità congenite (OIC-DFI), secondo l'articolo 1 OCI-DFI. La sola predisposizione a un'affezione non è considerata infermità congenita. Il momento in cui l'infermità congenita è riconosciuta come tale è irrilevante. Dunque la legge non ha lo scopo di offrire aiuto a ogni bambino menomato in un modo qualsiasi nel suo sviluppo da malattia o infortunio, ma di assicurare al bambino affetto da un'infermità

congenita ai sensi dell'AI una buona assistenza medica od odontoiatrica.

II. Aspetti amministrativi

a) Presentazione della richiesta di prestazioni

Se l'assicurato è eventualmente o certamente affetto da un'infermità congenita ai sensi dell'OIC-DFI, occorre informare lui o il suo rappresentante legale della possibilità di presentare una richiesta di prestazioni all'AI. Il modulo *Richiesta per minorenni: Provvedimenti sanitari, provvedimenti di ordine professionale e mezzi ausiliari*, da utilizzare a tal fine, può essere ottenuto presso gli uffici AI, le casse di compensazione e le loro agenzie oppure direttamente all'indirizzo <https://www.ahv-iv.ch/it/Moduli/Moduli/Prestazioni-dellAI#d-1202>. Il modulo deve essere compilato in modo completo dal richiedente e al punto 6.3 «Medico, ospedale o casa di cura» vanno indicati il nome e l'indirizzo del medico dentista esaminatore. Il richiedente deve inviare il modulo compilato direttamente all'ufficio AI del Cantone di domicilio (indirizzi: www.ahv-iv.ch/it/Contatti/Uffici-AI). L'ufficio AI verifica la completezza dei documenti necessari per la richiesta e l'adempimento delle condizioni assicurative per il diritto a prestazioni dell'AI.

b) Esame medico dentario ed esame di ortopedia dento-facciale

Per la valutazione medica del diritto a prestazioni nell'ambito dell'articolo 13 LAI («infermità congenite»), gli uffici AI si procurano tutti i documenti medici necessari per l'esame della richiesta. Con la rivendicazione del diritto a prestazioni, l'assicurato autorizza le persone e gli enti indicati nella richiesta a fornire agli organi dell'AI tutte le informazioni e a mettere a loro disposizione tutti i documenti necessari per l'accertamento del diritto a prestazioni e di regresso. Queste persone ed enti sono soggetti all'*obbligo* di informare. L'ufficio AI chiede al medico dentista indicato quale medico curante un rapporto odontoiatrico. A tal fine gli invia di regola i due moduli

Esame medico dentario: Accertamento e Esame di ortopedia dento-facciale.

Il modulo *Esame medico dentario: Accertamento* serve a documentare i referti odontoiatrici e va compilato *in modo completo* in forma digitale oppure con grafia leggibile.

In caso di sospetta infermità congenita secondo i n. 208, 209, 210, 214 o 218 OIC-DFI, il medico dentista deve ordinare un accertamento cephalometrico da parte di un medico specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI (www.sso.ch/it/assicurazione-invalidità). Il medico dentista invia il modulo *Esame medico dentario: Accertamento* debitamente compilato e il modulo *Esame di ortopedia dento-facciale* non compilato al medico specialista in ortodonzia, unitamente alla documentazione odontoiatrica, per gli ulteriori accertamenti (per i dettagli v. cap. V, pagg. 17-21).

I moduli *Esame medico dentario: Accertamento* e *Esame di ortopedia dento-facciale* sono documenti giuridicamente vincolanti. Oltre al nome dello studio dentistico e alla data, il modulo, debitamente firmato, deve indicare anche il nome del medico dentista sottoscrittente in caratteri leggibili. Questo vale in particolare per le cliniche e gli studi medici associati.

c) Valutazione medica da parte dell'AI

L'ufficio AI esamina la documentazione medica inviatagli, se del caso consultandosi con il Servizio medico regionale per la valutazione medica. Se necessario, l'ufficio AI può richiedere ulteriori documenti al medico dentista curante o a terzi. A seconda del caso, può anche fare capo a periti esterni.

d) Comunicazione/decisione

Se le condizioni medico-assicurative per il diritto a prestazioni secondo l'articolo 13 LAI sono adempiute, l'ufficio AI emana una comunicazione nell'ambito della procedura semplificata o una decisione formale. In caso di rifiuto della richiesta di prestazioni viene emanato un preavviso con un'indicazione dei rimedi giuridici. Se l'assicurato o il suo rappresentante legale non presentano obiezioni

entro il termine legale, viene emanata una decisione con l'indicazione dei rimedi giuridici. Se l'assicurato o il suo rappresentante legale non presenta obiezioni entro il termine legale, la decisione passa in giudicato. Senza l'autorizzazione dell'assicurato o del suo rappresentante legale, il medico dentista curante non può presentare obiezioni contro una decisione.

La comunicazione o il preavviso/la decisione è da notificare al richiedente, ovvero all'assicurato o al suo rappresentante legale. Il medico dentista curante e, se del caso, il medico specialista in ortodonzia che esegue accertamenti supplementari ricevono *di regola* una copia della comunicazione o del preavviso/della decisione.

e) Entità dell'assunzione delle spese

L'AI assume le spese dei trattamenti soltanto nella misura indicata nella comunicazione o nella decisione. *Prima di iniziare il trattamento di infermità congenite bisogna attendere, nel limite del possibile, l'incarico formale dell'AI.* Si raccomanda pertanto ai genitori di presentare tempestivamente la richiesta di prestazioni, allegando tutti i documenti necessari, e al medico dentista di inviare rapidamente il modulo *Esame medico dentario: Accertamento*.

L'AI assume le spese di tutti i provvedimenti sanitari necessari per la cura dell'infermità congenita ordinati dal medico dentista. In caso di infermità congenite dei denti e/o della mascella questo include, oltre ai trattamenti odontoiatrici, anche interventi chirurgici e apparecchi ortodontici che servono direttamente al trattamento dell'affezione assicurata e adempiono i criteri EAE.

Se il riconoscimento di un'infermità congenita dipende dall'esame cephalometrico (n. 208–210 OIC-DFI; v. cap. III pag. 10-12), l'obbligo di prestazione dell'AI inizia soltanto nel momento in cui tale esame rileva l'adempimento dei necessari criteri di deviazione (data della teleradiografia).

Le spese per il trattamento di un'infermità congenita vengono prese a carico dell'AI al massimo fino al compimento del 20° anno d'età. In seguito, se le condizioni previste sono adempiute (art. 19a OPre), si

può presentare una richiesta di assunzione delle spese all'assicurazione malattie.

Si segnalano in modo specifico alcune particolarità concernenti l'assunzione delle spese.

- **Carie dentaria:** le spese per la cura della carie dentaria (compreso il trattamento del canale radicolare) non vengono assunte dall'AI, dato che non si tratta né di un'infermità congenita né di una conseguenza di un'infermità congenita derivante direttamente ed esclusivamente da essa (N. 11 CPSI). Questo fatto dovrebbe essere segnalato ai genitori di pazienti a carico dell'AI con problemi ortodontici.
- **Denti del giudizio:** l'estrazione di denti del giudizio è presa a carico dall'AI se dipende direttamente dal trattamento ortodontico di un'infermità congenita. Questo nesso di causalità deve essere motivato *prima del trattamento e in riferimento al caso specifico* dall'ortodontista curante (N. 201–218.4 CPSI). L'indicazione che il provvedimento serve a garantire il buon esito del trattamento ortodontico non è una motivazione sufficiente.
- **Aligner:** l'AI non assume le spese per i trattamenti con aligner (eccezione: cfr. N. 205.8 CPSI), poiché manca tuttora la prova scientifica che si tratti di un metodo di trattamento appropriato ed economico per la terapia di casi complessi quali quelli che sono abitualmente di competenza dell'AI.
- **Trattamento dentario con anestesia generale:** se un trattamento dentario è reso *notevolmente* più difficile da un'infermità congenita figurante nell'OIC-DFI, l'AI può assumere le spese per la necessaria anestesia generale, ma non quelle per il trattamento dentario (N. 13 CPSI). Il medico dentista o il medico curante deve spiegare chiaramente all'AI in che modo l'infermità congenita renda notevolmente più difficile o addirittura impossibile il trattamento dentario.
- **Ricovero ospedaliero:** se durante il trattamento di un'infermità congenita si rende necessario un ricovero ospedaliero, per esempio per un intervento chirurgico, l'assicurato ha diritto al rimborso delle spese di vitto e alloggio nel reparto comune.

Se l'assicurato chiede esplicitamente di essere curato nel reparto privato di un ospedale, ha diritto al rimborso delle spese solo fino all'importo che verrebbe fatturato per le prestazioni fornite nel reparto comune.

f) Fatturazione

Il medico dentista invia le sue fatture direttamente all'ufficio AI. Dal 1° gennaio 2025 la fatturazione deve avvenire esclusivamente in forma elettronica (il periodo transitorio termina il 30 giugno 2025). L'Ufficio centrale di compensazione (UCC) di Ginevra esegue il controllo delle tariffe e i pagamenti per tutte le fatture concernenti i provvedimenti individuali a carico dell'AI.

Per i trattamenti a carico dell'AI va applicato il numero *fisso* di punti tariffali («Pt [AInf/AM/AI]») indicato nella Tariffa odontoiatrica AINF/AM/AI. Nel capitolo VI sono spiegate alcune posizioni tariffali e misure terapeutiche (v. pagg. 21-23).

La comunicazione/decisione destinata all'assicurato concernente la garanzia delle spese di trattamento deve contenere il numero d'assicurato a 13 cifre (in precedenza «numero AVS») e un numero di comunicazione a 14 cifre. Entrambi i numeri devono essere riportati obbligatoriamente anche sulla fattura, unitamente al NIF (numero d'identificazione del fornitore) del medico dentista. Se al momento della fatturazione per l'accertamento il numero della comunicazione a 14 cifre non è ancora noto, questo va sostituito con il numero 3, seguito dal numero a due cifre dell'ufficio AI competente e dal numero 280. Il numero dell'ufficio AI può essere consultato online (www.ahv-iv.ch/it/Contatti/Uffici-AI). Per esempio, nel caso dell'ufficio AI del Cantone di Berna (numero 2), si ottiene il numero 302280 (combinazione di 3 / 02 / 280).

g) Tariffa

I rimborsi per provvedimenti odontoiatrici vengono effettuati in base alla Tariffa odontoiatrica AINF/AM/AI stipulata tra la SSO e la Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM). La Tariffa odontoiatrica AINF/AM/AI (codice tariffale 222) è disponibile presso la CTM a Lucerna: www.mtk-ctm.ch/it/tariffe/tariffa-dentaria-sso/.

Sono autorizzati ad applicare questa tariffa soltanto i medici dentisti membri della SSO o che hanno sottoscritto la convenzione tariffale su base individuale. Indirizzo: Durchführungsstelle Zahnarzt-Tarif, c/o Sekretariat SSO, Postfach 664, 3000 Bern 7.

III. Estratto dell'elenco delle infermità congenite

(Ordinanza del DFI del 3 novembre 2021 sulle infermità congenite [OIC-DFI])

Va tenuto presente che, laddove manca un'indicazione esplicita di altro tenore, tutte le spiegazioni si riferiscono ai denti della seconda dentizione.

- 201 Fessura labiale, mascellare, palatina
- 202 Fessure facciali mediane, oblique e trasversali
- 205 Displasia dentaria congenita, se ne sono colpiti in modo grave almeno 12 denti della seconda dentizione dopo che sono spuntati; in caso di odontodisplasia (ghost teeth) è sufficiente che siano colpiti due denti in un quadrante. La diagnosi deve essere verificata da un rappresentante della Società svizzera odontoiatri (SSO) riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento
- 206 Anodontia congenita totale o anodontia congenita parziale, per assenza di almeno due denti permanenti contigui o di quattro denti permanenti per ogni mascella (senza tenere conto dei denti del giudizio)
- 207 Iperodontia congenita, quando il dente permanente soprannumerario o i denti permanenti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui è necessaria una cura a mezzo di apparecchi. Gli odontomi non sono considerati denti soprannumerari

- 208 *Micrognatismo inferiore congenito:*
1. se, nel corso del primo anno di vita, provoca dei problemi di deglutizione e di respirazione diagnosticati che rendono necessaria una cura; o
 2. in caso di malocclusione: se l'esame craniometrico rivela dopo la crescita degli incisivi permanenti una discrepanza dei rapporti sagittali della mascella misurati con un angolo ANB di 9° o più, rispettivamente con un angolo di almeno 7° combinato con un angolo mascello-basale di almeno 37°, o se i denti permanenti (esclusi i denti del giudizio), presentano una nonocclusione di almeno tre paia di denti antagonisti nei segmenti laterali in una metà di mascella. La diagnosi deve essere formulata da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento.
- 209 *Mordex apertus* congenito, se provoca una beanza verticale dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 40° e più (rispettivamente di almeno 37° combinato con un angolo ANB di 7° e più).
- Mordex clausus* congenito, se provoca una sopraocclusione dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 12° o meno (rispettivamente di 15° o meno combinato con un angolo ANB di 7° e più). La diagnosi deve essere formulata da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento
- 210 Prognatismo inferiore congenito, quando l'esame craniometrico rivela dopo la crescita degli incisivi permanenti 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 di occlusione incrociata o a martello, o quando esiste una divergenza di +1° e meno combinato con un angolo mascello-basale di 37° e più, rispettivamente di 15° o meno. La diagnosi deve essere formulata

da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento

- 214 Macroglossia e microglossia congenite, a condizione che sia necessaria un'operazione della lingua. Un'operazione è necessaria:
1. quando la macroglossia provoca problemi di respirazione e deglutizione nel neonato,
 2. in presenza di disturbi del linguaggio, a condizione che questi siano riconducibili alle dimensioni della lingua e che prima dell'esecuzione dell'operazione questo rapporto sia confermato mediante una perizia svolta da un medico specialista in otorinolaringoiatria con specializzazione in foniatria; o
 3. in caso di malocclusione, a condizione che questa sia riconducibile alle dimensioni della lingua e che prima dell'esecuzione dell'operazione questo rapporto sia confermato mediante una perizia svolta da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per gli accertamenti di ortopedia dento-facciale.
- 218 Ritenzione congenita o anchilosi dei denti, se sono interessati diversi molari o almeno due premolari o molari contigui della seconda dentizione (esclusi i denti del giudizio); l'assenza di abbozzi (esclusi i denti del giudizio) è equiparata alla ritenzione e all'anchilosi dei denti. La diagnosi deve essere formulata da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento

IV. Spiegazioni di singole infermità congenite

A complemento di questo capitolo si raccomanda di consultare anche il corrispondente capitolo della vigente CPSI (<https://sozialversicherungen.admin.ch/it/d/6419>), in particolare per quanto riguarda il n. 205 OIC-DFI.

205 Displasie dentarie congenite

Sotto questo numero rientrano per esempio l'amelogenesi imperfetta, la dentinogenesi imperfetta e la displasia della dentina (cfr. spiegazioni del n. 205.4 CPSI). L'assenza di abbozzi dentari permanenti della seconda dentizione (senza denti del giudizio) dev'essere considerata come presenza di denti colpiti. L'ipomineralizzazione di incisivi e molari (spesso confusa con un'amelogenesi imperfetta), che colpisce singoli denti o gruppi di denti e le cui cause rimangono per il momento ignote, non è invece considerata quale infermità congenita ai sensi dell'AI e non può quindi essere classificata sotto il n. 205 OIC-DFI.

Se diagnostica una displasia dentaria congenita ai sensi del n. 205 OIC-DFI, in aggiunta al modulo *Esame medico dentario: Accertamento* debitamente compilato il dentista curante deve inviare i seguenti documenti *in forma digitale*: fotografie del cavo orale che mostrino le superfici esterne e masticatorie di *tutti i denti* e radiografie (ortopantomografia [radiografia panoramica delle arcate dentarie], radiografie di singoli denti se necessarie). Le fotografie devono riportare il nome dell'assicurato e la data dello scatto. L'ufficio AI trasmette il modulo e la documentazione a un indirizzo HIN centrale della segreteria della SSO (IV-AI-205@sso-hin), che provvede a far esaminare il caso da un gruppo di esperti nominato dalla SSO. Se necessario, è possibile richiedere ulteriori documenti o invitare l'assicurato per un esame. Il risultato della valutazione è comunicato all'ufficio AI.

207 Iperodontia congenita

Il n. 207 OIC-DFI è effettivamente riconosciuto soltanto se dopo l'estrazione di uno o più denti soprannumerari persistono disturbi di sviluppo della dentatura, ovvero se i processi spontanei di crescita e adattamento non bastano per creare condizioni occlusali sufficienti, cosicché si rende necessario un trattamento mediante apparecchio. Se riconosce il proprio obbligo di prestazione per questo numero OIC-DFI, l'AI prende a carico anche l'estrazione del o dei denti soprannumerari precedente il trattamento. Se non è indicato un trattamento mediante apparecchio, non si è in presenza di un'infermità congenita e l'AI non assume le spese dell'estrazione.

Per la valutazione dell'obbligo di prestazione dell'AI nell'ambito del n. 207 OIC-DFI non vengono considerati i denti del giudizio (N. 207.2 CPSI).

Gli odontomi non sono considerati denti soprannumerari bensì tumori (N. 207.3 CPSI). Non determinano quindi alcun obbligo di prestazione dell'AI nell'ambito del n. 207 OIC-DFI. Il loro trattamento rientra nel campo d'applicazione dell'articolo 17 lettera c numero 1 OPre.

208 Micrognatismo inferiore congenito

209 *Mordex apertus* congenito e *mordex clausus* congenito

210 Prognatismo inferiore congenito

Nel linguaggio odontoiatrico corrente, la denominazione di queste anomalie mascellari non tiene conto della loro eziologia. Soltanto in casi piuttosto rari si tratta veramente di un'infermità congenita. Molto più spesso si tratta di anomalie apparse dopo la nascita in seguito a disfunzione (p. es. suzione del pollice), malattia (p. es. diffusione di una mastoidite all'articolazione temporomandibolare) o infortunio. Pertanto non rientrano nelle infermità congenite e non vengono prese a carico dall'AI. Le anomalie mascellari possono essere riconosciute come infermità congenite solo se

esistono deviazioni verticali o sagittali estreme nello sviluppo dello scheletro della mascella.

Espressione di queste deviazioni *congenite* a livello dello scheletro sono i valori angolari richiesti alle cifre menzionate affinché sia riconosciuto l'obbligo di prestazione dell'AI. Tali valori vanno determinati con una teleradiografia cranio-facciale. Le radiografie devono essere eseguite secondo le norme stabilite dai rappresentanti specializzati in ortopedia mascellare. Le usuali radiografie cranio-facciali *non sono idonee* per tale valutazione e non vengono rimborsate dall'AI. Sono considerate teleradiografie soltanto le immagini in cui il paziente è radiografato in un cefalostato in condizioni standard, con una distanza film-fuoco di almeno 1,5 m. Di solito la teleradiografia si esegue e si interpreta in intercuspidazione massima. Eccezione: se, in presenza di un prognatismo inferiore, contatti primari provocano una deviazione mandibolare, al fine di valutare l'angolo ANB bisogna eseguire una teleradiografia supplementare in posizione di contatto in retrorposizione mandibolare (Hinge axis). In questo caso speciale vengono misurate separatamente entrambe le immagini e per l'angolo ANB viene considerata la media aritmetica dei due valori; in tale situazione vengono rimborsate *entrambe* le immagini (N. 208–210.3 CPSI).

Il n. 208 OIC-DFI (micrognatismo inferiore congenito) viene riconosciuto indipendentemente dai valori angolari misurati, se sussiste una nonocclusione buccale di almeno tre paia di premolari/molari permanenti antagonisti di un lato (esclusi i denti del giudizio).

Se una grave anomalia mascellare secondo il n. 209 o il n. 210 OIC-DFI è definita quale combinazione dei valori misurati dell'angolo ANB e dell'angolo mascello-basale, per il riconoscimento di un'infermità congenita ai sensi del n. 210 OIC-DFI non è necessario che vi siano anche due paia di denti antagonisti anteriori della seconda dentizione in posizione d'occlusione incrociata o a martello oppure, per il n. 209 OIC-DFI, una beanza frontale (N. 208–210.4 CPSI)

Prima e durante la crescita dei denti anteriori della seconda dentizione il profilo della mascella e dunque la posizione dei punti di riferimento A e B sono influenzati dalla disposizione degli incisivi permanenti. Gli accertamenti AI devono quindi essere effettuati unicamente *dopo* la permuta dei denti anteriori. I denti anteriori devono per principio essere spuntati, ma i denti 11 e 21 e i loro antagonisti devono esserlo obbligatoriamente al momento dell'esame cefalometrico.

Le spiegazioni determinanti per il corretto accertamento cefalometrico sono sintetizzate nelle *Istruzioni per gli accertamenti cefalometrici all'attenzione dell'Assicurazione federale per l'invalidità* ([www.sso.ch/it/assicurazione-invalidità](http://www.sso.ch/it/assicurazione-invalidita)).

Le teleradiografie e la loro analisi fanno parte degli esami specialistici che vengono rimborsati soltanto quando sono chiaramente indispensabili per la decisione dell'ufficio AI. Se già l'esame clinico rivela la presenza di un caso benigno, la cui genesi congenita sembra improbabile, la diagnosi teleradiografica non potrà andare a carico dell'AI. Perché l'AI prenda a carico le spese della diagnosi teleradiografica, in genere devono essere soddisfatti i seguenti requisiti minimi:

- a) per il micrognatismo inferiore: un overjet (scalino incisivo) di almeno 9 mm;
- b) per il *mordex apertus*: una beanza verticale fra tutti gli incisivi permanenti;
- c) per il *mordex clausus*: un traumatismo della gengiva palatina dovuto all'arcata dentaria antagonista;
- d) per il prognatismo inferiore: due paia di denti anteriori permanenti antagonisti in posizione d'occlusione incrociata o a martello (i denti canini sono considerati denti anteriori).

218 Ritenzione congenita o anclilosì dei denti

La diagnosi deve essere formulata da un centro d'accertamento cefalometrico riconosciuto dall'AI. In caso di invio di un paziente a un tale centro, la compilazione del modulo *Esame medico dentario: Accertamento* può essere fatturata una volta dal medico dentista e una volta dal medico dentista specialista in ortodonzia. L'accertamento cefalometrico (e quindi la **compilazione di un modulo *Esame di ortopedia dento-facciale***) non è necessario per determinare un'infermità congenita secondo il n. 218 OIC-DFI e non viene dunque rimborsato dall'AI.

Se l'esistenza di un'infermità congenita secondo il n. 218 OIC-DFI è comprovata, anche il trattamento di denti incisivi e canini eventualmente colpiti va a carico dell'AI. Questi non sono però determinanti per il riconoscimento di un'infermità congenita secondo il n. 218 OIC-DFI.

V. Procedura di accertamento

- a)** Il modulo *Esame medico dentario: Accertamento* serve a documentare i referti odontoiatrici e va compilato *in modo completo* in forma digitale oppure con grafia leggibile. Se riceve per errore il modulo *"Rapporto medico: Per assicurati bambini e giovani adulti"* dall'ufficio AI, il medico dentista deve rinviarlo e richiedere all'ufficio AI i moduli AI per i dentisti. In alternativa li può scaricare all'indirizzo www.ahv-iv.ch/it/Moduli/Moduli/Prestazioni-dellAI.
- b)** Bisogna rispondere affermativamente alla domanda sulla presenza di un'infermità congenita secondo i n. 205, 206 o 207 OIC-DFI soltanto se sono adempiute tutte le condizioni indicate nell'elenco delle infermità congenite e nelle relative spiegazioni (v. cap. III e CPSI (<https://sozialversicherungen.admin.ch/it/d/6419>)).
- c)** Se si presume l'esistenza di un'infermità congenita secondo il n. 205 OIC-DFI, si deve inviare il modulo *Esame medico dentario: Accertamento*, debitamente compilato, unitamente alla

documentazione del caso, all'ufficio AI, che li trasmette a un indirizzo HIN centrale della segreteria della SSO, affinché il gruppo di esperti appositamente nominato dalla SSO possa valutare il caso (per i dettagli v. cap. IV, pag. 13-17).

- d)** Se in base ai risultati dell'esame clinico presume l'esistenza di un'infermità congenita secondo i n. 208, 209, 210, 214 o 218 OIC-DFI (v. cap. III, pag. 10-13), il medico dentista esaminatore deve far accettare il diritto alle prestazioni da un medico dentista specialista in ortodonzia di sua scelta riconosciuto dall'AI per questo tipo di accertamenti (per gli indirizzi cfr. sito Internet della SSO: www.sso.ch/it/assicurazione-invalidità), inviandogli direttamente il paziente con il modulo *Esame di ortopedia dento-facciale* (cfr. indicazioni sul modulo). I genitori dell'assicurato vanno informati della futura convocazione del paziente da parte del medico dentista specialista in ortodonzia autorizzato a svolgere l'accertamento. In alternativa, il medico dentista esaminatore può affidare l'intero accertamento (compreso l'esame medico dentario) a un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo genere di accertamenti. In questo caso deve allegare i due moduli *Esame medico dentario: Accertamento* e *Esame di ortopedia dento-facciale*, non compilati. I genitori dell'assicurato vanno informati in merito.

Se in base ai risultati dell'esame clinico **non si presume** l'esistenza di un'infermità congenita secondo i n. 208, 209, 210, 214 o 218 OIC-DFI, non si deve far eseguire alcun accertamento. Se la situazione clinica (v. i requisiti minimi, lettere a-d, pag. 16) non fa presumere l'esistenza di un'infermità congenita ai sensi dei n. 208-210 OIC-DFI e ciononostante i genitori presentano una richiesta di prestazioni, l'AI rimborsa soltanto la compilazione del modulo *Esame medico dentario: Accertamento* e la formulazione di un esame medico dentario, se non è possibile basarsi su un esame medico dentario già esistente.

- e)** Se sono necessari accertamenti in relazione alle infermità congenite ai sensi dei n. 208-210 OIC-DFI, il medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI effettua un esame odontoiatrico della documentazione, compreso un accertamento cefalometrico (per i dettagli v. punti e-g). I risultati

dell'accertamento vanno documentati nel modulo *Esame di ortopedia dento-facciale*.

Per il n. 214 OIC-DFI, i risultati dell'esame odontoiatrico eseguito dal medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI vanno documentati nel modulo *Esame di ortopedia dento-facciale*.

Nei casi concernenti il n. 218 OIC-DFI non è necessario alcun accertamento cephalometrico. Tali casi vanno documentati dal medico dentista specialista in ortodonzia in un secondo modulo *Esame medico dentario: Accertamento*. Poiché l'accertamento cephalometrico e la compilazione del modulo *Esame di ortopedia dento-facciale* non sono necessari per determinare un'infermità congenita secondo il n. 218 OIC-DFI, l'AI non rimborsa le relative spese (N. 218.1 CPSI).

- f)** Le teleradiografie indispensabili per l'accertamento delle infermità congenite secondo i n. 208, 209 e 210 OIC-DFI vengono *di regola* eseguite dal medico dentista specialista in ortodonzia che effettua l'accertamento, al fine di garantire la correttezza e l'uniformità della tecnica di esecuzione e quindi dell'accertamento. Il medico specialista in ortodonzia decide se in via eccezionale siano sufficienti per l'accertamento teleradiografie eseguite altrove. Per principio l'AI non accetta doppi rimborsi delle radiografie.
- g)** Le teleradiografie per l'esame di ortopedia dento-facciale all'attenzione dell'AI possono essere accettate *in forma digitale* alle seguenti *condizioni*:
 1. I punti di misurazione determinanti devono essere chiaramente individuabili, come nel caso delle teleradiografie tradizionali.

2. Soltanto riprese eseguite con un tempo di esposizione attorno al secondo o inferiore (immagini istantanee [*one shot*] o lastre di fosforo) garantiscono una qualità adeguata per la rappresentazione degli angoli determinanti per l'esame del diritto a prestazioni dell'AI (angolo ANB e angolo mascello-basale).
 3. Le riprese eseguite con la tecnica a scansione *non sono accettate*, poiché già minimi movimenti della testa possono causare riproduzioni errate dei punti di riferimento, dato l'elevato tempo di esposizione.
 4. La misurazione delle immagini digitali deve avvenire direttamente sullo schermo. Le immagini stampate non sono accettate, poiché le dimensioni non sono garantite.
 5. Spiegazioni dettagliate al riguardo figurano nelle *Istruzioni per gli accertamenti cefalometrici all'attenzione dell'Assicurazione federale per l'invalidità* ([www.sso.ch/it/assicurazione-invalidità](http://www.sso.ch/it/assicurazione-invalidita)).
- h)** Per un accertamento AI possono essere fatturate **al massimo** le posizioni seguenti:
1. esame clinico (v. anche cap. VI, sezione c, ultimo capoverso);
 2. teleradiografia di profilo in IC (massima intercuspidazione, occlusione centrica) per le richieste concernenti le infermità congenite secondo i n. 208, 209 e 210 OIC-DFI;
 3. in caso di occlusione incrociata anteriore: seconda teleradiografia in RC (retruded contact position);
 4. tracciato e misura semplice degli angoli (una per teleradiografia);
 5. ortopantomografia oppure stato radiografico adeguato per richieste concernenti le infermità congenite secondo i n. 205, 206, 207 e 218 OIC-DFI;
 6. modulo AI *Esame medico dentario: Accertamento*;

7. modulo AI *Esame di ortopedia dento-facciale*;
 8. fotografie della cavità orale a comprova di displasie dentarie o di condizioni di occlusione nella parte anteriore (occlusione incrociata/a martello o beanza anteriore).
- i)** Se in casi particolari si può rinunciare a determinati esami, bisogna evitarli. Ad esempio, nell'accertamento di un'infermità congenita secondo i n. 208–210 OIC-DFI non si può quindi fatturare un'ortopantomografia o uno stato radiografico. Nel quadro dell'accertamento, l'AI non rimborsa nemmeno calchi mascellari nei casi in cui per il riconoscimento di un'infermità congenita sono determinanti soltanto i risultati dei valori angolari.

VI. Spiegazioni su singole posizioni della Tariffa odontoiatrica e su alcuni provvedimenti terapeutici

a) Posizioni 4.0130 e 4.0140 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 01.04 «Consultazione mancata»

Le consultazioni mancate non vengono rimborsate dall'AI.

b) Posizioni 4.1110 e 41120 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 02.03 «Cura dell'igienista dentale/assistente di prevenzione dentale»

In generale, la pulizia dei denti e la rimozione completa del tartaro non sono prestazioni rimborsate dall'AI. Nel caso di alcune infermità congenite, tuttavia, l'AI può rimborsare queste posizioni tariffali alle seguenti condizioni:

1. Se l'igiene dentaria quotidiana da parte dell'assicurato in caso di posa di un apparecchio ortodontico fisso non può più essere effettuata in modo sufficiente, la pulizia dei denti e la rimozione del tartaro fanno parte della cura e possono essere fatturate all'AI al massimo quattro volte all'anno.

2. In caso di displasie dentarie (n. 205 OIC-DFI) con formazione eccessiva di tartaro si possono fatturare all'AI al massimo quattro volte all'anno le posizioni tariffali 4.1100, 4.1105, 4.1110 e 4.1120.
3. Prima di applicare corone e ponti, una pulizia accurata dei denti e un detartraggio completo costituiscono una condizione indispensabile per un successo duraturo delle cure di protesi dentaria. Queste misure igieniche precedenti l'applicazione di protesi dentali costituiscono quindi parte integrante della cura e sono prese a carico dall'AI nella misura in cui siano in stretto rapporto con la cura protetica autorizzata dall'AI. Di regola sono necessarie diverse sedute di pulizia. Si può supporre che esista un rapporto sufficientemente stretto con l'applicazione della protesi soltanto fino a sei mesi prima di questo intervento. Le posizioni tariffali 4.1110 e 4.1120 della Tariffa odontoiatrica possono pertanto essere rimborsate soltanto durante i sei mesi precedenti il provvedimento AI vero e proprio.

c) Posizioni 4.1000–4.1090 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 02.01 «Raccolta dati, igiene orale, prevenzione del tabagismo e motivazione» e capitolo 02.02 «Fluoruroprofilassi»

Queste posizioni non possono essere fatturate alle assicurazioni sociali. Tutte le altre misure preliminari devono essere motivate dal medico dentista, se questi le fattura all'AI.

d) Posizioni 4.5750–4.5790 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 08.07 «Faccette vestibolari»

Le prestazioni secondo queste posizioni tariffali possono essere fatturate soltanto previa consultazione degli assicuratori.

e) Posizione 4.7070 della Tariffa odontoiatrica: Capitolo 10.01: «Corone» (nel mascellare anteriore)

Per questi trattamenti va osservato le note relative alla posizione tariffale 4.7070.

f) Trattamenti con aligner

Dal 1° gennaio 2022 l'AI assume le spese per i trattamenti con aligner soltanto a determinate condizioni nel caso di singoli pazienti con un'infermità congenita riconosciuta secondo il n. 205 OIC-DFI (displasia dentaria). Le regole procedurali sono indicate al N. 205.8 CPSI (<https://sozialversicherungen.admin.ch/it/d/6419>).

VII. Indirizzi e link

I dati di contatto degli uffici AI possono essere consultati all'indirizzo www.ahv-iv.ch/it/Contatti/Uffici-AI.

I moduli *Richiesta per minorenni: Provvedimenti sanitari, provvedimenti di ordine professionale e mezzi ausiliari, Esame medico dentario: Accertamento e Esame di ortopedia dento-facciale* sono disponibili all'indirizzo www.ahv-iv.ch/it/Moduli/Moduli/Prestazioni-del-IAI.

L'elenco dei medici dentisti specialisti in ortodonzia riconosciuti dall'AI per gli accertamenti di ortopedia dento-facciale relativi ai n. 208, 209, 210, 214 e 218 OIC-DFI, costantemente aggiornato, è disponibile alla rubrica «Medici dentisti > Assicurazione invalidità» del sito Internet della SSO: www.sso.ch/it/assicurazione-invalidita.

Le spiegazioni determinanti per il corretto accertamento cefalometrico figurano nelle *Istruzioni per gli accertamenti cefalometrici all'attenzione dell'Assicurazione federale per l'invalidità*, anch'esse disponibili alla rubrica «Medici dentisti > Assicurazione invalidità» del sito Internet della SSO: www.sso.ch/it/assicurazione-invalidita.

La Tariffa odontoiatrica AINF/AM/AI (codice tariffale 222) è disponibile sul sito della Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM) all'indirizzo www.mtk-ctm.ch/it/tariffe/tariffa-dentaria-sso/.

La Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione per l'invalidità (CPSI) è disponibile all'indirizzo <https://sozialversicherungen.admin.ch/it/d/6419/download>.