Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Corte delle assicurazioni sociali
del Tribunale federale

Causa
{T 7}
K 139/02

Sentenza del 22 aprile 2004
Ia Camera

Composizione
Giudici federali Borella, Presidente, Widmer, Schön, Kernen e Frésard; Grisanti, cancelliere

Parti
B._____, ricorrente, rappresentata dall'avv. Chiarella Rei-Ferrari, Via A. di Sacco 8, 6501 Bellinzona,

contro

Helsana Assicurazioni SA, Diritto Svizzera, Romanda/Ticino, Viale Portone 2, 6500 Bellinzona, opponente

Istanza precedente
Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano

(Giudizio del 16 ottobre 2002)

Fatti:

A.
A.a In data 10 gennaio 1996 B._____, nata nel 1964, assicurata per le cure medico-sanitarie presso l'Helsana Assicurazioni SA, già Helvetia Cassa malati, dove dispone(va) anche di alcune coperture complementari, ha presentato una richiesta di garanzia delle spese di "ricostruzione protetica di 8-10 unità dentarie laterali" che il proprio medico dentista, dott. P._____, intendeva realizzare alfine di correggere i gravi problemi di intercuspidazione riscontrati e che impedivano un corretto funzionamento dell'apparato masticatorio dando segnatamente luogo a dolori alle articolazioni temporo-mandibolari, problemi di alimentazione e di digestione, spasmi muscolari della muscolatura dorso/collo, dolori saltuari ai denti nonché problemi di digrignamento (bruxismo) notturno dei denti.

Preso atto della valutazione del proprio servizio medico-dentistico, l'assicuratore malattia, ritenendo il trattamento prospettato dal curante non essere né appropriato, né economico, ha rifiutato l'assunzione delle spese d'intervento e ha consigliato, in alternativa, l'applicazione di una ferula, che però, installata sull'interessata, si è avverata di impedimento per la masticazione e di poco sollievo per la situazione muscolare.
A.b Mediante decisione del 19 aprile 2001, sostanzialmente confermata il 15 ottobre successivo anche in seguito all'opposizione interposta dall'avv. Chiarella Rei-Ferrari per conto dell'assicurata, l'Helsana ha negato un proprio obbligo prestativo principalmente in ragione del fatto che l'intervento, di cui si richiedeva l'assunzione e che nel frattempo è stato realizzato dal dott. P._____ con apparente successo, non avrebbe avuto per scopo di rimediare ad una malformazione congenita della mascella, la cui esistenza è peraltro stata riconosciuta, bensì si sarebbe limitato a migliorare l'occlusione dentale operando su una struttura già realizzata più di 10 anni prima e necessitante, in quanto usurata, di una sua sostituzione.

B.
Patrocinata dall'avv. Rei-Ferrari, B._____ si è aggravata al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino, il quale, disposti gli accertamenti del caso, per pronuncia del 16 ottobre 2002 ne ha respinto il gravame confermando l'atto querelato.

C.
Sempre rappresentata dall'avv. Rei-Ferrari, B._____ interpone ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, al quale chiede, in accoglimento del gravame, l'annullamento del giudizio cantonale e il riconoscimento delle spese per l'intervento prestato dal dott. P._____ (fr. 15'000.- oltre alle non meglio quantificate prestazioni odontotecniche).

L'Helsana propone la reiezione del ricorso, mentre l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), divisione malattia e infortuni, dal 1°gennaio 2004 integrata nell'Ufficio federale della sanità pubblica, ha rinunciato a determinarsi.

D.
Il Tribunale federale delle assicurazioni ha indetto un'udienza pubblica che si è tenuta il 22 aprile 2004 alla presenza dei rappresentanti delle parti.

Diritto:

1.
Pur essendo entrata in vigore il 1°gennaio 2003, la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000 non risulta applicabile in concreto, il giudice delle assicurazioni sociali non potendo tenere conto di modifiche di legge e di fatto subentrate successivamente al momento determinante della decisione su opposizione in lite (DTF 129 V 4 consid. 1.2).

2.
2.1 Nella misura in cui la procedura di ricorso concerne l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni assicurative, l'ambito del potere cognitivo del Tribunale federale delle assicurazioni non è limitato all'esame della violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento, ma si estende anche all'esame dell'adeguatezza della decisione impugnata; la Corte in tal caso non è vincolata dall'accertamento di fatto operato dai primi giudici e può scostarsi dalle conclusioni delle parti, a loro vantaggio o pregiudizio (art. 132 OG).

2.2 Giusta l'art. 25 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi (cpv. 1). Queste prestazioni comprendono segnatamente gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura, da un medico, da un chiropratico o da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (cpv. 2 lett. a). Le spese per cure dentarie non sono per contro contemplate da questa disposizione, il legislatore avendo inteso porle a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie solo in misura limitata (DTF 129 V 86 consid. 5). Secondo l'art. 31 cpv. 1 LAMal, esse sono così assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto se sono causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio (lett. a), se sono causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi (lett. b), oppure ancora se sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi (lett. c).

2.3 Conformemente all'art. 33 cpv. 2 e 5 LAMal, in relazione con l'art. 33 lett. d OAMal, il Dipartimento federale dell'Interno (DFI) ha promulgato per ognuna delle fattispecie regolate dall'art. 31 cpv. 1 LAMal una propria norma di attuazione, più precisamente gli articoli 17, 18 e 19 OPre. L'art. 19a OPre disciplina infine l'assunzione delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenite (DTF 129 V 83 consid. 1.2, nel cui ambito il prognatismo inferiore congenito è stato di principio assimilato a una grave malattia dell'apparato masticatorio ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal [consid. 6]).

2.4 L'elenco delle affezioni che determinano una presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei trattamenti dentari è esaustivo (DTF 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a e 343 consid. 3b). Mentre, a seconda del significato patologico, le spese di un trattamento medico devono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in funzione dell'art. 25 LAMal, la copertura assicurativa di un trattamento dentario si determina secondo i criteri di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal in relazione con gli art. 17 segg. OPre (DTF 128 V 146 consid. 5).

3.
3.1 Preso atto delle risultanze della perizia giudiziaria affidata al dott. M._____ nonché delle, per ampi versi convergenti, conclusioni degli specialisti della Clinica X._____, prof. L._____ e dott. S._____, appositamente interpellati dall'assicurata, ed accertato come le cure poste in atto dal dott. P._____ in favore dell'assicurata non avessero avuto quale scopo quello di curare le cause della patologia congenita nota come prognatismo inferiore né di ovviare ai dolori muscolari - che gli specialisti intervenuti non hanno peraltro necessariamente ricollegato a tale affezione congenita -, bensì si fossero proposte unicamente di migliorarne - provvisoriamente, in quanto il trattamento protesico è stato riconosciuto dagli stessi specialisti della Clinica X._____ avere una durata limitata nel tempo e presentare un rischio di ricadute più o meno importanti - le disfunzioni occlusali, l'autorità giudiziaria cantonale ha ritenuto che l'intervento dentario non poteva essere assunto dall'assicurazione sociale contro le malattie.

3.2 Per parte sua, l'insorgente insiste sul fatto che il trattamento protesico non sarebbe stato intrapreso per rimediare alla vetustà ed all'usura di precedenti trattamenti dentali, bensì per sanare uno stato di salute conseguente all'infermità congenita di cui soffre, la quale, oltre alle gravi difficoltà masticatorie, implicava, da anni, problemi di digestione e di tensione muscolare, nonché lo sviluppo di un'evidente sintomatologia algica. La ricorrente fa inoltre valere che una eventuale correzione chirurgica maxillo-facciale, indicata dal dott. K._____ - medico dentista di fiducia dell'Helsana - quale terapia dell'infermità congenita, non sarebbe potuta entrare in linea di considerazione dal momento che tale intervento, oltre a difficilmente correggere l'infermità, avrebbe comportato dei rischi accresciuti se messi in atto in età adulta e comunque non avrebbe dato garanzie circa il miglioramento della qualità di vita. L'interessata sottolinea infine i vantaggi del trattamento cui si è sottoposta evidenziandone il carattere meno "cruento" e maggiormente economico attestato dai periti da lei incaricati.

4.
4.1 Il Tribunale federale delle assicurazioni ha già avuto modo di stabilire che i criteri atti in primo luogo a delimitare la cura medica da quella dentaria sono la sede d'applicazione e lo scopo terapeutico della medesima. Con riferimento alla sede d'applicazione, configurano cure dentarie sostanzialmente i provvedimenti terapeutici applicati all'apparato masticatorio, mentre per quanto concerne lo scopo terapeutico - criterio, questo, ritenuto decisivo -, esso va determinato avuto riguardo alla parte del corpo o alla funzione che direttamente deve essere curata o ripristinata (DTF 128 V 143; cfr. pure Claudia Kopp Käch, Zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen [Überblick über die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts], in: ZBJV 2002 pag. 422). In quest'ordine di idee, questa Corte ha avuto modo di precisare che l'applicazione di una ferula avente lo scopo di alleviare la muscolatura e l'articolazione della mascella nell'ambito di una terapia dell'artrosi mascellare costituisce un trattamento medico, mentre, al contrario, l'inserimento di un simile accorgimento configura un trattamento dentario se interessa i denti in quanto tali oppure la loro funzione
prioritaria di sminuzzamento degli alimenti (facilitazione della masticazione; DTF 128 V 146 consid. 4b/cc).

4.2 Nel caso di specie si deve ritenere, insieme alla Corte cantonale, che pur avendo soggettivamente - il perito giudiziario, per contro, dopo avere escluso, per l'assenza di ogni minimo segno d'usura, un problema artrotico alle due articolazioni temporo-mandibolari e aver osservato che l'esistenza di una malformazione della mascella non necessariamente crea dolori, ha precisato che quelli accusati dalla paziente non per forza sarebbero stati dovuti all'affezione congenita (in questo senso cfr. anche il giudizio 12 agosto 2002 del prof. L._____ e del dott. S._____, i quali hanno rilevato l'assenza di una patologia clinica delle articolazioni temporo-mandibolari e dei relativi muscoli) - contribuito al miglioramento della situazione algica della ricorrente, il trattamento protesico eseguito dal dott. P._____ ha principalmente inteso migliorare la fun-

zionalità dell'occlusione dentale, come conferma pure il tentativo, inizialmente sollecitato dall'Helsana e poi fallito, di applicare la ferula "Michigan", che avrebbe sì dovuto avere un effetto miorilassante, ma che però non ha risolto, bensì piuttosto accentuato, le difficoltà masticatorie. In tali condizioni, giustamente l'intervento è stato qualificato quale trattamento
dentario (cfr. pure RAMI 2002 no. KV 210 pag. 169).

5.
Posto quanto sopra, la richiesta di rimborso delle spese d'intervento dev'essere valutata alla luce dei principi validi per i trattamenti dentari, e più precisamente delle condizioni poste dall'art. 31 cpv. 1 LAMal e dagli art. 17 segg. OPre.

5.1 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).

5.2 Come risulta pacificamente dagli atti all'inserto (cfr. referto 24 aprile 2002 del dott. M._____, pag. 1; cfr. pure parere 6 agosto 1997 del dott. K._____, pag. 1), la ricorrente è affetta da prognatismo inferiore congenito con angolo ANB di -3°e con vari denti antagonisti permanenti in posizione incrociata. Le condizioni poste dalla cifra 22 di cui all'art. 19a cpv. 2 OPre sono pertanto adempiute.

5.3 Per ossequiare alle condizioni poste dalla normativa in materia, il trattamento dentario di cui è chiesto il rimborso deve anche avere rispettato i termini temporali e materiali di cui all'art. 19a cpv. 1 OPre. In particolare, essendo le cure in esame state fornite ben oltre il 20°anno di età della ricorrente, occorre esaminare - aspetto, questo, che non è stato affrontato dai primi giudici - se esse fossero effettivamente necessarie ("notwendig", "nécessaires") dopo tale data, come espressamente richiesto dallo stesso art. 19a cpv. 1 lett. a OPre.
5.3.1 Per le norme del diritto amministrativo valgono i metodi convenzionali d'interpretazione delle leggi (formali) (Häfelin/Müller, Allgemeines Verwaltungsrecht, 4a ed., pag. 43 n. 216). Pertanto, anche una norma di ordinanza è da interpretare in primo luogo procedendo dalla sua lettera. Se il suo testo è chiaro e non sia pertanto necessario far capo ad altri metodi d'interpretazione ai fini di appurarne la portata, è lecito scostarsi dal senso letterale soltanto qualora conduca a soluzioni manifestamente insostenibili, contrarie alla volontà del legislatore. Tuttavia, se il testo non è perfettamente chiaro, se più interpretazioni del medesimo sono possibili, dev'essere ricercato quale sia la vera portata della norma, prendendo in considerazione tutti gli elementi d'interpretazione, in particolare lo scopo della disposizione, il suo spirito, nonché i valori su cui essa prende fondamento. Pure di rilievo è il senso che essa assume nel suo contesto (DTF 129 II 118 consid. 3.1, 129 V 103 consid. 3.2 e riferimenti). I lavori preparatori, segnatamente laddove una disposizione non è chiara oppure si presta a diverse interpretazioni, costituiscono un mezzo valido per determinarne il senso ed evitare così di incorrere in interpretazioni
erronee. Soprattutto nel caso di disposizioni recenti, la volontà storica dell'autore della norma non può essere ignorata se ha trovato espressione nel testo oggetto d'interpretazione (DTF 126 V 439 consid. 3b, 124 II 200 consid. 5c, 124 III 129 consid. 1b/aa, 124 V 189 consid. 3a con riferimenti).
5.3.2 Non essendo nel caso di specie ad esempio chiaro se con la richiesta necessità delle cure dopo il 20°anno di età la norma di ordinanza, che si presta così a più possibili interpretazioni, si riferisca soltanto ai trattamenti che hanno preso inizio dopo tale giorno oppure comprenda anche quelli che sono solo stati completati in seguito, occorre procedere a una sua più approfondita analisi.
5.3.3 Partendo dal suo tenore letterale, risalta avantutto il fatto che il disposto in parola non si limita a definire il momento topico (20°anno di età) a partire dal quale viene 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, il senso della norma è da ricercare nella necessità, desumibile dal contesto in cui essa norma è inserita, di regolare le competenze dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di delimitarle da quelle dell'assicurazione per l'invalidità. L'art. 19a cpv. 1 OPre configura infatti una concretizzazione del principio sancito dall'art. 27 LAMal, il quale recita, nella sua versione applicabile in concreto, in vigore fino al 31 dicembre 2002, che per le infermità congenite che non sono coperte dall'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia (cfr. pure DTF 126 V 105 consid. 2).
5.3.4 Dai lavori preparatori che hanno preceduto la promulgazione dell'art. 19a OPre risulta che, in una sua presa di posizione del 5 luglio 1996 all'indirizzo dell'UFAS, la società svizzera di odonto-stomatologia (SSO), sollecitando l'inserimento nell'Ordinanza di una disposizione che concretasse l'art. 27 LAMal con riferimento ai trattamenti dentari in caso di infermità congenite (cosa che non era stata prevista in un primo tempo: DTF 129 V 86 consid. 4; Gebhard Eugster, Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 267), evidenziò - 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 alfine di poter garantire il successo della cura. In occasione di una sua seduta del 29 agosto 1996, la Commissione federale delle prestazioni generali, che, giusta l'art. 37d cpv. 1 in relazione con l'art. 33 lett. d OAMal, consiglia il DFI anche riguardo alla designazione delle cure dentarie di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal, ebbe modo di recepire questa esigenza, precisando
che le prestazioni dopo i 20 anni avrebbero dovuto essere prese a carico dell'assicurazione contro le malattie solo dove ciò fosse stato veramente necessario e pertanto soltanto in un numero limitato di casi. Sulla base di queste considerazioni venne quindi elaborata la proposta di aggiunta al testo d'ordinanza, che è poi sostanzialmente stata recepita e trova ora espressione nella versione definitiva dell'attuale art. 19a cpv. 1 lett. a OPre.
5.3.5 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 a pag. 169 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'AI, 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 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.

5.4 Ora, la necessità di colmare una lacuna assicurativa per quei trattamenti, esulanti dal campo di applicazione dell'AI (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, 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'AI [cifra marg. 153 pag. 78]- 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'AI [Gebahrd Eugster,

Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 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 sconfina manifestamente dall'ampio quadro di competenze delegatele e non è contraria alla volontà del legislatore, il quale, come esposto in precedenza (consid. 2.2), 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, 129 V 271 consid. 4.1.1, 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.

6.
6.1 Nell'evenienza concreta, il perito giudiziario, così come sostanzialmente anche gli esperti dell'Università di B._____ interpellati dalla ricorrente, dopo avere osservato che il genere di infermità congenita di cui è affetta B._____ è estremamente difficile da correggere, hanno rilevato che il trattamento adeguato avrebbe dovuto iniziare in età infantile (3-4 anni) e proseguire a tappe in stretta collaborazione tra uno specialista ortopedico ed un chirurgo maxillo-facciale. Il che però non è stato fatto. A ciò si aggiunge che anche il precedente intervento di trattamento protesico, che l'assicuratore opponente ritiene essere semplicemente stato sostituito da quello oggetto del presente gravame, è chiaramente avvenuto dopo il 20°anno di età. Il dott. P._____, in un suo rapporto datato del 27 luglio 1996, ha per parte sua riferito che la correzione dell'infermità congenita sarebbe dovuta avvenire entro il ventesimo anno circa e che ciò non si sarebbe verificato in quanto l'assicurata non sarebbe stata orientata in tempo utile.

6.2 In assenza di una vera e propria cura di base dell'infermità congenita che potesse eventualmente rendere necessaria l'adozione di provvedimenti restauratori (protesici) successivi al di là dei 20 anni, si pone la questione di sapere se eventualmente altre indicazioni d'ordine medico imponessero altrimenti di attendere il 20°anno di età per mettere in atto il trattamento dentario di cui è chiesta l'assunzione delle spese. Non potendo a priori, sulla scorta degli elementi a disposizione, escludere una simile ipotesi, si giustifica di rinviare gli atti alla precedente istanza affinché, approfondito questo aspetto, si determini nuovamente sul diritto a prestazioni di B._____ e renda un nuovo giudizio.

7.
7.1 Dovesse il complemento istruttorio mettere in risalto una simile necessità, la Corte cantonale dovrà pure chiarire la questione del nesso di causalità tra il prognatismo riscontrato a B._____ e le difficoltà occlusali che hanno reso necessario l'intervento ad opera del dott. P._____. Contrariamente a quanto ritenuto dai primi giudici, a un'assunzione da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non osta il fatto che il trattamento dentario non sarebbe stato mirato a curare (direttamente) il prognatismo inferiore congenito. Nella già citata sentenza pubblicata in DTF 129 V 80, resa successivamente al giudizio cantonale qui impugnato, il Tribunale federale delle assicurazioni ha infatti precisato che né l'art. 31 cpv. 1 LAMal né le disposizioni di attuazione di cui agli art. 17-19a OPre subordinano la copertura assicurativa alla condizione che l'infermità congenita sia (stata) curata o perlomeno lenita, la normativa in materia esigendo unicamente che la cura dentaria sia (stata) determinata e causata dall'infermità stessa (DTF 129 V 88 consid. 6.1; cfr. pure sentenza del 7 luglio 2003 in re B., K 35/03, consid. 4.3). Ora, per quanto i referti medici prodotti in atti sembrerebbero fare concludere
in tal senso, essi non si pronunciano espressamente su tale aspetto, che dovrà così, se del caso, essere oggetto di

una particolare verifica, eventualmente anche mediante semplice interpellazione del perito giudiziario precedentemente intervenuto (a differenza della fattispecie sottoposta a giudizio al Tribunale federale delle assicurazioni in DTF 129 V 80, nella presente vertenza l'assicuratore malattia non ha infatti espressamente riconosciuto il rapporto di causalità tra l'infermità congenita, l'incapacità di masticazione derivante e il conseguente intervento dentario).

7.2 Nell'evenienza in cui l'ulteriore accertamento dovesse rilevare pure l'esistenza del necessario nesso di causalità, occorrerà infine - sempre in via eventuale - anche esaminare i requisiti di efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal) della cura dentaria (DTF 129 V 88 seg. consid. 6.2), ritenuto che gli effetti dell'intervento intrapreso sono stati definiti, per stessa ammissione dei periti di parte ricorrente, di durata - non meglio quantificata - limitata, mentre per il resto le modalità (finanziarie) e i (maggiori) rischi degli interventi chirurgici prospettati in alternativa dall'Helsana non sono desumibili con la dovuta chiarezza dagli atti.

8.
Vincente in causa, B._____, patrocinata da un legale, ha diritto a ripetibili per la sede federale indipendentemente dal fatto che il giudizio sia parzialmente stato adottato in applicazione di nuovi principi giurisprudenziali.

Per questi motivi, il Tribunale federale delle assicurazioni pronuncia:

1.
Il ricorso di diritto amministrativo è accolto nel senso che, annullato il giudizio impugnato del 16 ottobre 2002, la causa è rinviata al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino affinché, previo complemento istruttorio conformemente ai considerandi, renda un nuovo giudizio.

2.
Non si percepiscono spese giudiziarie.

3.
L'Helsana verserà alla ricorrente la somma di fr. 2'500.- (comprensiva dell'imposta sul valore aggiunto) a titolo di indennità di parte per la procedura federale.

4.
La presente sentenza sarà intimata alle parti, al Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano, e all'Ufficio federale della sanità pubblica.
Lucerna, 22 aprile 2004
In nome del Tribunale federale delle assicurazioni
Il Presidente della Ia Camera: Il Cancelliere: