

## **TI\_GERICHTE 32.2004.3 vom 4. Dezember 2003**

TI Tribunale d'appello, 2003-12-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2004.3](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2004.3)

FR: TI\_GERICHTE 32.2004.3 du 4 décembre 2003

IT: TI\_GERICHTE 32.2004.3 del 4 dicembre 2003

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

consid. 1.2; DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e poiché il Tribunale delle assicurazioni, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b), nel presente caso sono applicabili le disposizioni della LAI valide dal 1° gennaio 2003. Per quanto concerne la materia che qui interessa, l'art. 1 LAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2003, dispone che le disposizioni della LPGa (art. 1a -70) sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità, sempre che la legge non preveda espressamente una deroga. 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se siamo in presenza di un'infermità congenita di cui alla cifra 390 OIC, con la conseguente possibilità per l'assicurato di beneficiare di provvedimenti sanitari per la cura di tale infermità. 2.3. Gli assicurati minorenni hanno diritto ai provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite (art. 13 cpv. 1 LAI). Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta (art. 3 cpv. 2 LPGa). Il diritto a tali provvedimenti esiste indipendentemente dalla possibilità d'integrazione nell'attività produttiva (art. 8 cpv. 2 LAI). Il Consiglio federale designa mediante ordinanza quali sono le infermità congenite per le quali tali provvedimenti sono concessi. Esso ha la facoltà di escludere le prestazioni se le infermità sono di poca importanza (art. 13 cpv. 2 LAI). Facendo uso della delega di competenze di cui sopra, l'Esecutivo federale ha emanato l'ordinanza sulle infermità congenite (OIC; RS 831.232.21). Questa autorità dispone di un largo potere di apprezzamento che le permette di optare per una regola generale (art. 1 OIC) o, nel caso di talune infermità, per dei criteri particolari, prendendo eventualmente in considerazione anche degli aspetti di ordine pratico (RDAT II-1999, n. 65; Pratique VSI 1999 p. 173 consid. 2b con riferimenti). Giusta l'art. 1 cpv. 2 OIC, le infermità congenite sono enumerate nell'elenco in allegato. Il Dipartimento federale dell'interno può qualificare delle infermità congenite evidenti, che non figurano nell'elenco in allegato, come infermità congenite giusta l'articolo 13 LAI. Sono reputati provvedimenti sanitari necessari alla cura di un'infermità congenita tutti i provvedimenti ritenuti validi dalla scienza medica e intesi a conseguire nel modo più semplice e funzionale lo scopo terapeutico (art. 2 cpv. 3 OIC). Oggetto del diritto ai provvedimenti sanitari sono di regola le infermità congenite elencate alle singole cifre dell'allegato all'OIC. Al trattamento delle infermità congenite si aggiungono pure tutte le conseguenze e gli effetti collaterali che, dal punto di vista medico, ricadono nell'insieme dei sintomi dell'infermità congenita in questione. Il diritto ai provvedimenti sanitari di cui l'art. 13 OIC si estende quindi pure al trattamento e la cura dei

danni alla salute secondari che non fanno più parte dell'insieme dei sintomi dell'infermità congenita ma secondo l'esperienza medica sono spesso la conseguenza dell'infermità stessa. Tra l'infermità congenita e il danno alla salute secondario - direttamente o indirettamente causato dal quest'ultima - deve però esistere un nesso di causalità adeguato e la cura di questo danno secondario deve rivelarsi necessaria (DTF 100 V 41). Secondo la costante giurisprudenza federale è sufficiente, dal profilo probatorio, che secondo il parere del medico specialista sussista un'infermità figurante nell'OIC (DTF 100 V 108 consid. 2 in fine; Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Losanna 1995, p. 121).

2.4. Nel capitolo riguardante le affezioni al sistema nervoso centrale, periferico ed autonomo, la cifra 390 OIC prevede, quale infermità congenita riconosciuta, le paralisi cerebrali congenite (spastiche, atetosiche ed atassiche). Alla cifra 395 OIC, invece, i leggeri disturbi motori cerebrali sono riconosciuti dall'AI limitatamente alla cura fino al compimento del secondo anno di età dell'assicurato. Il marginale 390.1 della Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI (CPSI), edita dall'UFAS, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, recita: " Un'infermità congenita ai sensi del N. 390 OIC può essere riconosciuta solo se si è in presenza di una sintomatologia spastica, atetosica e atassica diagnosticabile in modo evidente, tipico e indubbio. Una paramiotonia o una disdiaconchinesi non sono determinanti per l'esistenza di un'IC 390. Anche un ritardo nello sviluppo psicomotorio non è ancora identica a una paralisi cerebrale. Fenomeni motori anormali nel senso di una leggero disturbo motorio cerebrale non sono sufficienti per riconoscere un'IC 390." Per contro, il marg. no 395 CPSI dispone che " sono considerati leggeri disturbi motori cerebrali ai sensi del N. 395 OIC i sintomi motori cerebrali riscontrati presso i lattanti (prevalenza di riflessi anormali, tono muscolare anormale, sintomatologia crescente nell'osservazione del corso dell'infermità)". Va poi ricordato che l'AI prende a carico la relativa cura sino al compimento del secondo anno dell'interessato.

2.5. Secondo la costante giurisprudenza del TFA, le direttive amministrative non costituiscono norme giuridiche e non sono vincolanti per il giudice delle assicurazioni sociali. Egli ne deve tuttavia tener conto per prendere la sua decisione nella misura in cui queste ultime permettono una interpretazione delle disposizioni legali applicabili giustificata nel caso di specie. D'altro canto, il giudice se ne deve scostare quando esse sono incompatibili con i disposti legali in esame (DTF 127 V 61 consid. 3a, 126 V 68 consid. 4b, 125 V 379 consid. 1). Occorre qui precisare che, contrariamente a quanto sembrerebbe indicare il tenore in italiano del marg. 390.1 CPSI, non è necessario per riconoscere un'infermità congenita cifra 390 OIC che la paralisi cerebrale presenti cumulativamente una sintomatologia spastica, atetosica e atassica. In questo senso va il tenore letterale della cifra 390 OIC, ove sono indicate, a titolo di elenco, le tre sintomatologie giuridicamente rilevanti. Del resto la medesima direttiva in tedesco prevede il riconoscimento di tale infermità: " wenn eine eindeutige, typische, also zweifelsfrei diagnostizierte "klassische" spastische, athetotische oder ataktische Symptomatik vorliegt " (sottolineatura del redattore ). Lo stesso vale per la versione in francese ( "Une infirmité congénitale relevant du ch. 390 OIC ne peut être reconnue que si l'on est en présence d'une symptomatique "classique" spastique, athétosique ou ataxique diagnostiquée de façon évidente, caractérisée et indubitable" ). Anche il TFA parte da una simile concezione. Ad esempio in una sentenza inedita del 28 maggio 2002 nella causa A., I 22/02 consid. 5c, in cui l'Alto Tribunale non ha riconosciuto all'assicurato, affetto da sindrome di Norrie, un'infermità congenita 390 OIC poiché non presentava dei sintomi spastici o atassici ( " En particulier, il n'a pas été mis en évidence une paralysie cérébrale congénitale, en l'absence notamment de spasticité ou d'ataxie" ; cfr. anche la STFA inedita

del 26 agosto 2003 nella causa F., I 210/03 nella quale la nostra Massima Istanza ha cassato un giudizio cantonale rinviando gli atti all'amministrazione per accertare se, ai fini di un eventuale riconoscimento di provvedimenti sanitari relativi all'infermità 390 OIC, effettivamente l'assicurato presentasse una paralisi cerebrale di tipo atassico). 2.6. Nella fattispecie in esame, dagli atti medici concernenti le affezioni oggetto della presente procedura, risulta in particolare quanto segue. Con rapporto 6 dicembre 1999 il dr. \_\_\_\_\_, primario in neuropediatria all'Ospedale \_\_\_\_\_, ha ritenuto che: " \_\_\_\_\_ è un bambino di 3 anni che presenta a livello neurologico nessun chiaro segno per una paresi cerebrale, ha comunque una motricità non compatibile con l'età cronologica. Presenta inoltre un profilo nello sviluppo ritardato in modo globale e per questo motivo penso in primo luogo ad encefalopatia. Vista la presenza di una macchia acromica, una possibile DD potrebbe essere quella di una sclerosi tuberosa. Ho comunque bisogno di ulteriori accertamenti neurologici, penso in primo luogo ad una MRI, ad un EEG e ai potenziali evocati uditivi." (Doc. AI 16) Nel referto 3 settembre 2002 il dr. \_\_\_\_\_, attivo presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ quale medico capo del servizio di pediatria ortopedica, ha attestato delle difficoltà linguistiche, un ritardo nello sviluppo globale, nonché dei problemi motori con una discreta iperlessia rientrante nella norma ed una personalità particolare (" En résumé, cet enfant a des troubles d'acquisition du langage et de développement global. Il a une très discrète hyperréflexie mais encore dans la limite de la normale et une personnalité un peu difficile a amadouer. Le contact est un peu particulier", sub doc. AI 18). Egli ha quindi escluso una patologia neurologica, accertando invece un ritardo intellettuale (" \_\_\_\_\_, actuellement, n'a pas de pathologie neurologique franche. Il a un certain retard d'acquisitions intellectuelles...", sub. doc. AI 18). Il dr. \_\_\_\_\_, pediatra del bambino, in data 22 novembre 2002 ha diagnosticato una paresi cerebrale congenita, con importante ritardo psicomotorio e neuromotorio, accertata la prima volta nel 1997, classificandola come un'infermità 390 OIC. Egli ha poi specificato che la sintomatologia spastica si presenta attraverso un aumento dei riflessi ostotendinei primitivi, quella atetotica tramite l'impossibilità nell'eseguire movimenti coordinati fini e che, per quel che concerne l'atassia, la deambulazione è esitante, talvolta parkinsoniana (doc. AI 16). Anche il dr. \_\_\_\_\_, capoclinica di pediatria all'Ospedale \_\_\_\_\_, il 24 febbraio 2003 ha indicato che \_\_\_\_\_ presenta una paresi cerebrale, con lieve ritardo motorio. Egli ha poi evidenziato che la spasticità è evidente in particolar modo a livello della motricità grossolana (movimenti ripetitivi alternati, sequenziali e adattivi), della postura, della modulazione e dell'escursione dei toni muscolari; che l'atetosi si manifesta in ambito di attività inerenti la motricità fine (modulazione dei toni muscolari distonica e vermiforme) ed, infine, che l'atassia è accertata in ambito posturale e di movimento del tronco (tono muscolare passivo abbassato, correzioni statiche e dinamiche dismetriche ed abbondanti) (doc. AI 23). Sulla scorta della succitata documentazione medica, in data 28 aprile 2003 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha tuttavia sostenuto che: " In conclusione l'assicurato presenta un ritardo globale. Chiari disturbi per un riconoscimento dell'OIC (vedi ch.m. 390.1) non sono presenti (vedi in particolare valutazione \_\_\_\_\_ del 3.9.2002. I disturbi descritti dal Dr. \_\_\_\_\_ sono da vedersi nell'ambito del ritardo globale che non può essere assimilato ad una paralisi cerebrale classica (vedi ch.m. 390.1). Risulta quindi giustificato il rifiuto per riconoscimento OIC 390 (doc. AI 38). Durante la procedura d'opposizione, l'assicurato ha trasmesso all'UAI un rapporto del 24 aprile 2003 del dr. \_\_\_\_\_, il quale ha precisato che: " \_\_\_\_\_ è un bambino di 6 anni e 6 mesi che presenta un esame neurologico particolare caratterizzato da un importante impaccio

motorio sia a livello della motricità fine che generale. Questi disturbi sono da imputare ad una problematica centrale (encefalopatia non progrediente), la cui origine è probabilmente di tipo genetico, visto che gli accertamenti eseguiti precedentemente avevano permesso di escludere delle cause acquisite. I disturbi motori sono soprattutto dovuti a problemi di coordinazione in questo senso si possono classificare come una lieve paresi cerebrale di tipo atassico. Per questo motivo ritengo necessario continuare con un intervento terapeutico come finora." (Doc. AI 40) Occupandosi nuovamente del caso, il 3 dicembre 2003 il SMR, confermando il proprio parere del 28 aprile 2003, ha evidenziato: " Il dr. \_\_\_\_\_ conferma la valutazione di una encefalopatia non progredente con ritardo psicomotorio con disturbi della motricità fine e generale. Questi disturbi sono secondo lui classificabili come lieve paralisi cerebrale di tipo atassico. Secondo ch.m. 390.1 i leggeri disturbi motori cerebrali non sono ammissibili quali OIC 390, quindi si conferma rifiuto" (doc. AI 51). Pendente causa, l'assicurato ha prodotto un ulteriore atto medico redatto del dr. \_\_\_\_\_. Nel rapporto 20 febbraio 2004 lo specialista ha evidenziato: " ...Da parte mia le posso confermare che \_\_\_\_\_ presenta, come scritto dai colleghi, dei disturbi sia a livello della motricità fine che generale, che possono essere classificabili nell'ambito di una paralisi cerebrale di tipo atassico, questo fatto è sufficiente per far riconoscere a \_\_\_\_\_ un'infermità congenita di tipo 390. Ciò che non capisco nel suo scritto è quando a pagina 3 nel punto 2, afferma, in quanto l'assicurato affetto da sindrome di Norrie, "è una sindrome che conosco". Da parte mia non ho riscontrato invece una sintomatologia di tipo chiaramente spastico o quadro di tipo atetosico. Una paresi cerebrale solitamente a dipendenza della regione cerebrale colpita si esprime o con una spasticità quando sono colpite le vie piramidali, un quadro di tipo atetosico quando sono colpite le regioni basali, oppure un quadro di tipo atassico se le regioni colpite sono quelle cerebellari e legate all'equilibrio. Solo nelle gravi forme di paresi cerebrale noto alcune volte una sintomatologia mista. Ciò non toglie che anche da parte mia \_\_\_\_\_ presenta un quadro di paresi cerebrale con una manifestazione soprattutto di tipo atassico che adempie secondo me, ai criteri dell'infermità congenita 390 e che quindi deve beneficiare delle cure." (Doc. IX) In data 11 giugno 2004 questo Tribunale ha chiesto al dr. \_\_\_\_\_: " Dagli atti di causa emerge che con rapporto 6 dicembre 1999 (cfr. allegato) Lei aveva attestato, tra l'altro, che " \_\_\_\_\_ non presenta a livello neurologico nessun chiaro segno per una paresi cerebrale, ha comunque una motricità non compatibile con l'età cronologica. [...] penso in primo luogo ad una encefalopatia. [...] Ho comunque bisogno di ulteriori accertamenti neurologici...". Con successivo scritto 20 febbraio 2004 (cfr. allegato), prodotto agli atti da parte del patrocinatore dell'assicurato, dando seguito ad una richiesta di quest'ultimo Lei ha in particolare certificato che il piccolo \_\_\_\_\_ "presenta, come scritto dai colleghi, dei disturbi sia a livello della motricità fine che generale, che possono essere classificati nell'ambito di una paralisi cerebrale di tipo atassico, questo fatto è sufficiente per far riconoscere \_\_\_\_\_ un'infermità congenita di tipo 390", concludendo che " \_\_\_\_\_ presenta un quadro di paresi cerebrale con una manifestazione soprattutto di tipo atassico...". Sono quindi a chiederle di voler cortesemente far pervenire a questo Tribunale sue precisazioni in merito a quanto da lei certificato con scritto 20 febbraio 2004 e quindi all'apparente attestata modifica della situazione rispetto alla precedente succitata sua valutazione, dove non risulta essere stata accertata la presenza di una paresi cerebrale. Importerebbe inoltre sapere se si è effettivamente in presenza di una infermità ai sensi della cifra 390 OIC (paralisi cerebrale congenita [spastica, atetosica o atassica]) oppure di un leggero disturbo motorio cerebrale." (XIII). Questa è la sua risposta

datata 22 giugno 2004: " Le paresi cerebrali di tipo atassico all'inizio possono presentarsi come una ipotonia muscolare e un ritardo isolato dello sviluppo motorio. In questo periodo i segni tipici per una paresi cerebrale non sono presenti. Solo in seguito i bambini sviluppano segni cerebellari tipici con disturbi dell'equilibrio e difficoltà nella motricità fine con dismetria. E' per questo che da una prima valutazione non si evidenziavano ancora i segni classici di una paresi cerebrale." (Doc. XIV) 2.7. Secondo la giurisprudenza, quanto alla valenza probante d'un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il referto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Decisivo quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine dello stesso, né la denominazione quale perizia o referto (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c). Va pure ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA inedita dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00, consid. 3.3). Per quel che concerne le perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc), cfr. U. Meyer ■ Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). 2.8. Nel caso concreto, da un attento esame della documentazione medica agli atti, secondo questa Corte, il piccolo \_\_\_\_\_ è da ritenere affetto da cerebroparalisi congenita giusta la cifra 390 OIC. Determinante per l'esito della causa sono i dettagliati e motivati referti del dr. \_\_\_\_\_, primario in neuropediatria all'Ospedale \_\_\_\_\_, il quale ha riscontrato una paralisi cerebrale congenita soprattutto di tipo atassico. Nel rapporto 6 dicembre 1999 egli non aveva riscontrato a livello neurologico una paresi cerebrale, rilevando comunque una motricità non corrispondente all'età del paziente e diagnosticando una encefalopatia. Tuttavia, nel medesimo rapporto lo specialista aveva evidenziato la necessità di ulteriori accertamenti (doc. AI 16). Nel referto 24 aprile 2003 egli ha confermato una encefalopatia non progrediente, di probabile origine genetica, ed ha in particolare evidenziato disturbi motori dovuti a problemi di coordinazione, classificati come lieve paresi cerebrale di tipo atassico (sub doc. AI 40). Nel successivo scritto 20 febbraio 2004 lo specialista ha poi evidenziato che il piccolo \_\_\_\_\_ "presenta, come scritto dai colleghi, dei disturbi sia a livello

della motricità fine che generale, che possono essere classificati nell'ambito di una paralisi cerebrale di tipo atassico, questo fatto è sufficiente per far riconoscere a \_\_\_\_\_ un'infermità congenita di tipo 390", per poi concludere che l'assicurato presenta " un quadro di paresi cerebrale con una manifestazione soprattutto di tipo atassico..." (IX bis ). In risposta alla richiesta di delucidazione del TCA, il dr. \_\_\_\_\_ ha ben spiegato per quale motivo nel rapporto 6 dicembre 1999 non aveva accertato una paresi cerebrale ("...Solo in seguito i bambini sviluppano segni cerebrali tipici con disturbi dell'equilibrio e difficoltà nella motricità fine con dismetria. È per questo che da una prima valutazione non si evidenziano ancora i segni classici di una paresi cerebrale ", XIV). Deve poi essere rilevato che il succitato specialista in neuropsichiatria non può essere considerato alla stregua di un vero e proprio medico curante. Egli è unicamente intervenuto, su richiesta dei diversi pediatri che hanno seguito e seguono il piccolo \_\_\_\_\_, per dei consulti altamente specialistici. Non vi è dunque quel particolare legame di fiducia che, secondo la generale esperienza della vita, si instaura tra il curante ed il proprio paziente. Pertanto i referti approfonditi e ben motivati redatti dal dr. \_\_\_\_\_ non possono essere semplicemente paragonati, dal punto di vista del valore probatorio (cfr. consid. 2.7), alle usuali attestazioni dei medici curanti, bensì a delle vere e proprie perizie di parte (cfr. in tal senso STFA inedita 30 giugno 2004 nella causa W., I 166/03, consid. 5.2). Va altresì sottolineato che la conclusione del succitato specialista riguardo alla presenza di un'infermità congenita 390 OIC è confermata sia dal dr. \_\_\_\_\_, pediatra curante (doc. AI 16) che dal dr. \_\_\_\_\_, capoclinica di pediatria all'Ospedale \_\_\_\_\_ (doc. AI 23). Non rilevante ai fini della causa è invece quanto attestato il 3 settembre 1999 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in ortopedia pediatrica, il quale, come visto, ha escluso una patologia neurologica, imputando le difficoltà motorie ad un ritardo intellettuale. Sebbene egli abbia visitato \_\_\_\_\_ insieme al neurologo dr. \_\_\_\_\_, quest'ultimo non ha comunque sottoscritto congiuntamente tale rapporto, né indicato un suo commento, indi per cui, a mente di questa Corte, si tratta di una valutazione prevalentemente di tipo ortopedico. Non per nulla nel rapporto medico 2 aprile 2003 redatto per conto dell'AI, lo stesso dr. \_\_\_\_\_ ha fatto presente di non aver valutato i problemi neurologici durante l'ultima consultazione ortopedica, indicando infatti quale diagnosi " un retard d'acquisition intellectuelles non évaluées lors de la dernière consultation d'orthopédie. Marche en rotation externe" (doc. AI 28 ). Egli si è piuttosto concentrato sulla problematica relativa alla rotazione degli arti inferiori (" Il a été uniquement recommandé du point de vue orthopédique pour l'instant de pratiquer un CT de mesure des rotations des membres inférieur qui devrait répéter pendant plusieurs années pour assurer la stabilité ou la progression de son défaut rotatoire ", doc. AI 28). In conclusione, visto quanto sopra, in particolare i referti specialistici del dr. \_\_\_\_\_, è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurato è affetto da un'infermità congenita di cui alla cifra 390 OIC e non da leggeri disturbi cerebrali giusta la cifra 395 OIC, la cui cura viene presa a carico dell'AI solo fino al secondo anno di età. Ne consegue che, annullata la decisione contestata, il ricorrente è messo al beneficio dei provvedimenti sanitari volti al trattamento dell'infermità congenita di cui alla cifra 390 OIC.

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