

## **TI\_GERICHTE 32.2004.71 vom 1. Februar 2005**

TI Tribunale d'appello, 2005-02-01, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2004.71](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2004.71)

FR: TI\_GERICHTE 32.2004.71 du 1 février 2005

IT: TI\_GERICHTE 32.2004.71 del 1 febbraio 2005

### **Regeste**

provvedimenti sanitari. Fisioterapia

### **Erwägungen**

#### **E. 26**

c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del

#### **E. 29**

gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), la quale ha portato alcune modifiche legislative anche in ambito dell'assicurazione per l'invalidità. Siccome dal profilo temporale il giudice delle assicurazioni deve applicare le norme in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (SVR 2003 IV nr. 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 in vigore a partire dal 1° gennaio 2003. A partire dal 1° gennaio 2004 sono inoltre applicabili le nuove norme di legge introdotte a seguito della 4a revisione della LAI. 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. 2.3. Oggetto del contendere è saper se RI 1 ha diritto alla rifusione delle spese relative al trattamento fisioterapico. Giusta l'art. 12 LAI gli assicurati hanno diritto ai provvedimenti sanitari destinati non alla cura vera e propria del male ma direttamente all'integrazione nella vita professionale o a favorire lo svolgimento delle mansioni consuete e atti a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete o a evitare una diminuzione notevole di tale capacità. In particolare sono ritenuti provvedimenti sanitari gli interventi chirurgici, fisioterapeutici e psicoterapeutici, intesi a sopprimere o ad attenuare i postumi d'una infermità congenita, d'una malattia o d'un infortunio – caratterizzati da una diminuzione della motilità del corpo, delle facoltà sensoriali o delle capacità di contatto – per migliorare in modo duraturo e notevole la capacità di guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete oppure

preservare tale capacità da una diminuzione importante. I provvedimenti devono essere considerati come indicati secondo le conoscenze mediche sperimentate, e permettere d'integrare l'assicurato in modo semplice e adeguato (art. 2 cpv. 1 OAI). Per le paralisi e le turbe funzionali della motilità, i provvedimenti sanitari previsti nel capoverso 1 sono assunti a partire dal momento in cui, sul fondamento delle attuali conoscenze mediche sperimentate, la cura dell'affezione primaria è, in via generale, considerata come terminata, o non ha che un'importanza secondaria. Per la paralisi trasversale del midollo spinale, la poliomielite, tale momento è ritenuto verificatosi, per principio, quattro settimane dopo l'inizio della paralisi (art. 2 cpv. 2 OAI). A mente dell'art. 2 cpv. 3 OAI, se trattandosi di paralisi e altre turbe funzionali della motilità, sono eseguiti provvedimenti fisioterapeutici nell'ambito dei provvedimenti sanitari secondo il capoverso 1, il diritto a detti provvedimenti sussiste fin tanto che con essi la capacità funzionale, da cui dipende la capacità di guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete, può essere migliorata. Affinché l'AI prenda a suo carico i provvedimenti fisioterapici è quindi necessario che questi siano suscettibili d'influire direttamente sulla funzione motoria e non sul trattamento di un processo patologico secondario derivante dall'infermità. Se il trattamento fisioterapico permette solo di lenire uno stato patologico labile, esso non rientra inoltre nell'ambito dell'art. 2 cpv. 3 OAI ed in tale contesto una terapia continua, che è necessaria ad impedire la progressione di una malattia, deve pertanto essere considerata una cura vera e propria del male (DTF 108 V 217, DTF 98 V 95; SVR 1995 IV no. 34 pag. 90 consid. 1a). Secondo la giurisprudenza, un trattamento è da considerarsi come indicato secondo la scienza medica, ossia scientificamente riconosciuto, se è largamente ammesso dai ricercatori e dagli operatori medici. L'elemento decisivo, a tal proposito, risiede nel risultato delle esperienze e nel successo ottenuti dal metodo in questione (DTF 125 V 27 consid. 4a, 123 V 58 consid. 2b/aa e riferimenti ivi citati). Questa definizione, valevole nel campo delle cure mediche, è di principio applicabile ai provvedimenti sanitari dell'AI (STFA inedita del 29 aprile 1994 nella causa C.M.; DTF 115 V 195 consid. 4b). Di conseguenza, se una determinata terapia, in quanto non riconosciuta dalla scienza medica, non fa parte delle prestazioni obbligatorie a carico delle casse malati, non deve nemmeno essere assunta dall'assicurazione per l'invalidità a titolo di provvedimento sanitario (DTF 123 V 60 consid. 2b/cc e riferimenti). La legge, con il concetto di "cura vera e propria del male", definisce i provvedimenti sanitari che l'assicurazione per l'invalidità non deve assumere. Se e fintanto che esiste uno stato patologico labile, i provvedimenti sanitari, volti alla cura causale o sintomatica del male o delle sue sequele, sono da ritenere cura vera e propria del male dal profilo delle assicurazioni sociali. La giurisprudenza ha, di massima, sempre parificato lo stato patologico labile al danno alla salute non stabilizzato avente carattere di malattia. Pertanto, ogni provvedimento inteso a guarire o a lenire uno stato patologico labile non può, di principio, essere posto a carico dell'assicurazione per l'invalidità, nemmeno qualora si possa prevedere che esso contribuirà in misura notevole alla reintegrazione. Nel contesto dell'art. 12 LAI il successo della reintegrazione non costituisce di per sé un criterio decisivo, in quanto praticamente ogni provvedimento riuscito dal profilo medico ha nel contempo degli effetti favorevoli sulla vita attiva (STFA del 9 febbraio 2004 nella causa T., I 761/03, consid. 4; STFA del 4 luglio 2003 nella causa R., I 842/02, consid. 1; DTF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 e 149, 104 V 82, 102 V 42). Condizione per l'assunzione dei provvedimenti sanitari d'integrazione da parte dell'AI è che essi possano verosimilmente migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità di guadagno dell'assicurato o prevenire una diminuzione notevole della stessa. Il diritto ad una

rendita AI non esclude il diritto ai provvedimenti sanitari d'integrazione purché questi ultimi servano a mantenere o a migliorare la capacità di guadagno residua e che esista un rapporto ragionevole tra il costo di questi provvedimenti ed il loro risultato pratico. In generale questo non è il caso per i beneficiari di rendite intere AI (cfr. marginali 67 ss. delle Direttive UFAS sui provvedimenti sanitari d'integrazione). L'art. 12 LAI persegue lo scopo di circoscrivere il campo d'applicazione dell'AI da quello delle assicurazioni sociali contro le malattie e gli infortuni. Questa distinzione si fonda sul principio secondo cui la cura di una malattia o degli esiti infortunistici appartiene principalmente ai compiti della LAMal, senza tener conto della durata dell'affezione (Valterio, Droit et pratique del l'assurance-invalidité, pag. 93; DTF 104 V 81).

2.4. Nella fattispecie, l'assicurata dal 1° settembre 1995 è al beneficio di una mezza rendita d'invalidità a causa di gravi problemi lombari (sindrome lombovertebrale cronica su disturbo statico e degenerativo, emilaminectomia e discectomia L4-L5 e L5-S1, spondilodisi L4-L5 per canale lombare stretto e importante osteocondrosi, doc. AI 73 e 87). Tali affezioni sono state ritenute degenerative, quindi in progressione, per cui in concreto eventuali sedute fisioterapiche non possono portare ad un miglioramento duraturo della capacità lavorativa (cfr. proposta medico SMR del 14 gennaio 2004, doc. AI 89). Il dr. \_\_\_\_\_ sostiene per contro che nelle fasi di riacutizzazione della sintomatologia l'assicurata necessita di regolare fisioterapia, ciò che "ha permesso nei mesi scorsi di mantenere una qualità di vita sufficientemente buona e di continuare a lavorare al 50%" (doc. AI 91). Certo, il provvedimento può portare benefici alla paziente, ma, ai sensi di legge, non può arrecare all'assicurata un miglioramento duraturo in quanto le patologie di cui soffre la ricorrente sono di carattere labile. Il certificato medico 22 gennaio 2004 del dr. \_\_\_\_\_, generalista e medico sportivo, non attesta uno stato valetudinario diverso da quello rilevato dal dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 91 e allegati). Uno stato patologico di questo tipo, pur essendo stazionario fintanto che possa essere tenuto in equilibrio, non è stabile ai sensi della prassi, provvedimenti destinati a stabilizzare una determinata affezione, rispettivamente a mantenerla stazionaria o a differire un peggioramento della stato di salute essendo sempre incentrati su una patologia labile (STFA del 30 aprile 1999 nella causa D., I 316/98, pag. 6). Ai provvedimenti terapeutici di natura fisioterapica il cui unico scopo è quello di preservare da un peggioramento l'ottima condizione d'integrazione raggiunta manca in effetti il carattere preponderante d'integrazione (STFA del 30 aprile 1999 nella causa D., I 316/98, pag. 7). Finché tale stato può essere mantenuto in equilibrio con delle misure fisioterapeutiche risulta stazionario ma non stabile ai sensi della giurisprudenza. Tali misure non possono quindi essere prese a carico dall'AI (STFA del 4 luglio 2003 nella causa R., I 842/02, consid. 1; DTF 102 V 42 ss; Pratique VSI 1999 pag. 130 consid. 2d e riferimenti). La giurisprudenza ha infatti stabilito che la fisioterapia e altre ginnastiche curative, i massaggi, le cure balneari, ecc, applicate ad assicurati adulti rappresentano nella maggioranza dei casi delle "terapie di sostegno" permanenti o rinnovabili periodicamente, destinate ad impedire l'evoluzione di un male (STFA del 4 luglio 2003 nella causa R., I 842/02, consid. 2.2; DTF 97 V 45; RDAT 1993 II n° 65 pag. 179): In conclusione, posto come le cure fisioterapiche di cui necessita l'assicurata permetterebbero solo di lenire uno stato patologico labile, rispettivamente di mantenere stazionarie le conseguenze secondarie derivanti da tale affezione, le spese di tali cure non devono essere prese a carico dall'AI.