

TI_GERICHTE 32.2007.200 vom 15. Mai 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-05-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.200

FR: TI_GERICHTE 32.2007.200 du 15 mai 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.200 del 15 maggio 2007

Regeste

Infermità congenita OIC 390. Sulla sola base degli atti di causa, visto che in precedenza erano stati accordati provvedimenti per questa infermità confermata da altri medici, l'Ufficio AI non poteva escludere con la sufficiente tranquillità un'infermità congenita OIC 390

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 09.06.2008 32.2007.200 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 09.06.2008 32.2007.200 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 09.06.2008 32.2007.200

Infermità congenita OIC 390. Sulla sola base degli atti di causa, visto che in precedenza erano stati accordati provvedimenti per questa infermità confermata da altri medici, l'Ufficio AI non poteva escludere con la sufficiente tranquillità un'infermità congenita OIC 390

Raccomandata Incarto n. 32.2007.200 FS Lugano 9 giugno 2008 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 13 giugno 2007 di RI 1 rappr. da: RA 1 rappr. da: RA 2 contro la decisione del 15 maggio 2007 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto e in diritto che - con decisione 15 maggio 2007 (doc. AI 60/1-2), preavvisata con progetto 23 marzo 2007 (doc. AI 58/1-2), l'Ufficio AI ha respinto la domanda 24 gennaio 2007 (doc. AI 53/1) con la quale l'assicurato, tramite il dr. _____, ha chiesto il rinnovo della garanzia per i provvedimenti sanitari per l'infermità congenità OIC 390. L'Ufficio AI aveva già riconosciuto all'assicurato il diritto ai provvedimenti sanitari necessari alla cura dell'infermità congenita OIC 390 per i periodi dal 1. gennaio 1994 al 31 dicembre 1997, dal 1. gennaio 1998 al 31 agosto 1999 e dal 1. luglio 2000 al 27 gennaio 2001 (doc. AI 19/1, 22/1 e 46/1-2); - con il presente tempestivo ricorso l'assicurato, rappresentato dall'avv. RA 2 – previa esecuzione dei necessari accertamenti medici per stabilire la sussistenza dell'infermità congenità OIC 390 –, ha postulato il riconoscimento delle garanzie per i provvedimenti sanitari richiesti; - con la risposta di causa l'Ufficio AI – ritenuto che dai pareri espressi dai medici interpellati e dal proprio Servizio Medico Regionale (SMR) ha “(...) potuto accertare che nel caso concreto l'assicurato non presenta alcuna infermità congenita N. 390 OIC (...)” (IV pag. 3) – ha chiesto di respingere il ricorso; - con scritto 7 agosto 2007 il rappresentante del ricorrente – rilevato che il dr. _____ nel rapporto medico 8 febbraio 2007 ha indicato anche l'infermità congenita OIC 390, infermità questa accertata sia dal dr. _____ che dal dr. _____ nella perizia 28 novembre 2004 effettuata su incarico dell'Ufficio AI – ha ribadito la richiesta di

ulteriori accertamenti medici per stabilire la sussistenza dell'infermità congenita OIC 390;

- con scritto 26 febbraio 2008, rispondendo alle domande postegli dal vicepresidente del TCA, il dr. _____, FMH in pediatria Spec. neuropediatria, ha, in particolare, precisato che "(...) nel febbraio 2007 l'assicurazione invalidità ha chiesto un nuovo rapporto medico nel quale mi sono espresso unicamente sul problema epilettico senza entrare nel merito di un'infermità congenita OIC 390. (...)" (XVI);
- invitate ad inoltrare le proprie osservazioni sugli accertamenti effettuati dal TCA le parti si sono riconfermate nelle rispettive posizioni;
- la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 49 cpv. 2 LOG e 2 cpv. 1 LPTCA;
- il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la 5a revisione della LAI (RU 2007 5148). Occorre qui rilevare che per quanto riguarda le norme di diritto materiale, in assenza di disposizioni transitorie, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 129 V 4 consid. 1.2.; 127 V 466 consid. 1). Dal momento che nel caso in esame lo stato di fatto giuridicamente determinante è realizzato antecedentemente al 1° gennaio 2008, le modifiche della 5.a revisione della LAI non sono applicabili. Ne consegue che gli articoli della LAI citati in seguito fanno riferimento al tenore valido sino al 31 dicembre 2007;
- l'oggetto del contendere è limitato alla questione di sapere se a ragione l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto al rinnovo della garanzia per i provvedimenti sanitari per l'infermità congenita OIC 390;
- secondo l'art. 13 cpv. 1 LAI gli assicurati, fino al compimento dei 20 anni, hanno diritto ai provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite. 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 nella vita professionale o di svolgimento delle mansioni consuete (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 adeguare l'elenco ogni anno, sempreché le uscite supplementari per l'adeguamento a carico dell'assicurazione non eccedano complessivamente tre milioni di franchi all'anno. 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 LAI 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). - al capitolo XV dell'elenco allegato all'OIC concernente il sistema nervoso centrale, periferico e autonomo, alla cifra 390 quali infermità congenite sono menzionate le paralisi cerebrali congenite (spastiche, discinetiche [diatoniche, coreoatetosische], atassiche). Giusta la Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI edita dall'UFAS (CPSI), valevole dal 1° gennaio 2005, un'infermità congenita OIC 390 può essere riconosciuta solo se si è in presenza di una sintomatologia spastica, discinetica o atassica diagnosticabile in modo evidente, tipico e indubbio; - nella fattispecie, nell'ambito della richiesta di prestazioni AI per minorenni del 12 gennaio 1994 (doc. AI 1/1-5) - vista la diagnosi posta dal dr. _____ nel suo rapporto 21 marzo 1994 (doc. AI 4/1-2) di "(...) ritardo psicomotorio di media entità e disturbi motori cerebrali da lesione perinatale. Affezione congenita N. 390. (...)") (doc. AI 4/2) e la lettera 1 luglio 1994 con la quale lo stesso medico ha risposto alle domande postegli (doc. AI 7/1 e 8/1) - l'Ufficio AI aveva ordinato una perizia a cura del dr. _____, FMH in pediatria (doc. AI 17/1-2). Il dr. _____, nella perizia 28 novembre 1994 (doc. AI 18/1-3) - ritenuto "(...) un ritardo nella produzione delle sue attività motorie e delle prestazioni parziali da riferire a un disturbo di origine cerebrale del movimento, ossia di un cosiddetto "Zentralbewegungsstörung". (...)") (doc. AI 18/2) -, aveva concluso che "(...) esistono le condizioni per il riconoscimento dell'infermità congenita OIC 390." (doc. AI 18/3). L'Ufficio AI aveva quindi riconosciuto all'assicurato il diritto ai provvedimenti sanitari necessari alla cura dell'infermità congenita OIC 390 per i periodi dal 1. gennaio 1994 al 31 dicembre 1997, dal 1. gennaio 1998 al 31 agosto 1999 e dal 1. luglio 2000 al 27 gennaio 2001 (doc. AI 19/1, 22/1 e 46/1-2); - l'assicurato, con scritto 24 gennaio 2007 (doc. AI 53/1), tramite il dr. _____, FMH in pediatria, ha chiesto il prolungo della garanzia per i provvedimenti sanitari per l'infermità congenita OIC 390. Il dr. _____, nel rapporto medico 8 febbraio 2007 (doc. AI 54/1-3), ha confermato l'esistenza delle infermità congenite OIC 387 e OIC 390. Il dr. _____, nel rapporto medico 16 febbraio 2007 (doc. AI 55/4-5), ha confermato l'esistenza dell'infermità congenita OIC 387. Con scritto 26 febbraio 2008, invitato dal vicepresidente del TCA a precisare e dettagliare su quale base e per quali motivi egli ha escluso l'infermità congenita OIC 390, il dr. _____ ha risposto che "(...) nel febbraio 2007 l'assicurazione invalidità ha chiesto un nuovo rapporto medico nel quale mi sono espresso unicamente sul problema epilettico senza entrare nel merito di un'infermità congenita OIC 390. (...)") (XVI). Il medico SMR, nelle annotazioni 6 marzo 2007, ha concluso che "(...) le condizioni per il rinnovo della presa a carico dell'IC Nr. 390 non sono assolte (infatti nel suo rapporto dell'08.02.07 il Dr. _____ di _____ cita solo un deficit cognitivo). L'IC 390 è quindi da respingere. D'accordo invece per il rinnovo della presa a carico dell'IC Nr. 387 dal 01.07.07 al 31.05.2012 (mese in cui il ragazzo compirà 20 anni)." (doc. AI 57/1); - affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre

essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, Tribunale federale dal 1. gennaio 2007) 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). Inoltre, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01); - questa Corte,

conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici suenunciata, ritiene che sulla sola base degli atti di causa l'Ufficio AI non poteva escludere con la sufficiente tranquillità l'esistenza di una infermità congenita OIC 390. La diagnosi di infermità congenita OIC 390, posta dal dr. _____ nel rapporto medico 21 marzo 1994 (doc. AI 4/1-2), è stata confermata dalla perizia del dr. _____ del 28 novembre 1994 (doc. AI 18/1-3, perizia svolta su incarico dell'amministrazione cfr. doc. AI 17/1-2).

L'Ufficio AI ha in seguito riconosciuto all'assicurato a più riprese e in diversi periodi il diritto ai provvedimenti sanitari necessari alla cura di tale infermità. Il dr. _____, nel rapporto 8 febbraio 2007 (doc. AI 54/1-2), ha confermato l'esistenza delle infermità congenite OIC 387 e OIC 390. Il dr. _____, come accennato nelle more della presente procedura, ha precisato che "(...) nel febbraio 2007 l'assicurazione invalidità ha chiesto un nuovo rapporto medico nel quale mi sono espresso unicamente sul problema epilettico senza entrare nel merito di un'infermità congenita OIC 390. (...) " (XVI). Senza accertarsi se effettivamente è subentrato un miglioramento dello stato di salute, sulla sola base delle annotazioni 6 marzo 2007 del medico SMR, che oltretutto non ha nemmeno visitato l'assicurato, l'Ufficio AI non poteva escludere l'esistenza di un'infermità congenita OIC 390. Nemmeno è possibile giungere a tale conclusione anche avuto riguardo alle annotazioni 27 marzo 2008 del dr. _____ medico SMR (XIX/Bis). Infatti, a prescindere dal fatto che il dr. _____ non è specialista in pediatria, il rapporto 10 luglio 1998 rilasciato dall' _____ non si esprime sull'infermità congenita OIC 390 ed è sottoscritto dal dr. _____ che, con scritto 26 febbraio 2008, ha confermato al TCA di non essersi espresso al riguardo. D'altra parte, il dr. _____, nel rapporto 8 febbraio 2007, sotto il punto concernente l'anamnesi, ha indicato "(...) vedi precedenti rapporti medici (...) " (doc. AI 54/2). Di conseguenza egli si è pure richiamato alle conclusioni del dr. _____ e del perito dr. _____ che, come visto, hanno confermato l'esistenza di un'infermità congenita OIC 390; - secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare da Aubert (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560), il quale ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche. Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, pag. 169s., la Corte federale ha

ricordato – facendo riferimento a una sua pronunzia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 – che, nel caso in cui l'amministrazione abbia constatato i fatti in maniera sommaria considerando che nell'ipotesi di ricorso il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati, il rinvio alla stessa appare generalmente giustificato. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché, esperiti i necessari accertamenti medici volti a stabilire l'esistenza dell'infermità congenita OIC 390, si pronunci nuovamente sulla domanda di rinnovo della garanzia per i provvedimenti sanitari per questa infermità. La richiesta dell'assicurato di procedere all'allestimento di una perizia medica è quindi superata dal rinvio degli atti all'Ufficio AI per un complemento istruttorio; - stante l'esito della procedura si giustifica l'assegnazione a favore dell'insorgente, patrocinato dall'avv. RA 2, di un'indennità per ripetibili di fr. 1'500.--; - secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § La decisione impugnata è annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché, esperiti i necessari accertamenti medici volti a stabilire l'esistenza dell'infermità congenita OIC 390, si pronunci nuovamente sulla domanda di rinnovo della garanzia per i provvedimenti sanitari per questa infermità. 2. Le spese di procedura di fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI, che verserà inoltre all'insorgente fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa). 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il
vicepresidente
Guffi
Il segretario Raffaele
Fabio Zocchetti

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