

TI_GERICHTE 32.2007.256 vom 20. Juni 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-06-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.256

FR: TI_GERICHTE 32.2007.256 du 20 juin 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.256 del 20 giugno 2007

Erwägungen

E. 4

Quale sarà la probabile durata di questi provvedimenti (temporanea, estesa nel tempo o illimitata)? In tutti i casi è estesa nel tempo e molto probabilmente illimitata.

E. 4.2

Il Tribunale federale delle assicurazioni ritiene infatti di non potere condividere l'analisi dei primi giudici nella misura in cui essi non hanno (sufficientemente) tenuto conto del prevedibile (in)successo integrativo legato al provvedimento in esame.

E. 4.2.1

È vero, come è stato rilevato nella pronuncia impugnata, che a proposito di assicurati affetti da poliartrite giovanile questa Corte ha a più riprese osservato che di principio - dal momento che in questi casi il processo infiammatorio cessa in età adulta - possono essere assegnati provvedimenti sanitari poiché nell'istante determinante secondo l'art. 5 cpv. 2 LAI si può prevedere una certa stabilizzazione e che pertanto, fino al termine della crescita, vi è un diritto a provvedimenti sanitari (ricostruttivi o conservativi) necessari alla prevenzione di danni durevoli allo scheletro che potrebbero nuocere alla formazione professionale oppure alla successiva capacità di guadagno (DTF 101 V 192 consid. 1b, 100 V 104 consid. 1c; si veda anche DTF 105 V 20 ; VSI 200 0 pag. 66 consid. 1; RCC 1972 pag. 466; cfr. pure la sentenza del 3 giugno 2003 in re H., I 522/02, consid. 3). Tuttavia, anche in questi casi, il Tribunale federale delle assicurazioni non si è limitato a queste constatazioni, bensì ha pure esaminato le fattispecie dal profilo del prevedibile successo integrativo. In particolare, nella sentenza pubblicata in DTF 101 V 191 questa Corte ha chiaramente evidenziato come all'assunzione da parte dell'AI di un intervento di sinovectomia applicato a un'assicurata affetta da poliartrite giovanile ostasse il fatto che l'intervento fosse preceduto dall'applicazione bilaterale di due protesi dell'anca che, oltre a lasciare prevedere un successo integrativo di durata limitata (di circa 5 anni) e a costituire pertanto un reperto accessorio sfavorevole per la prognosi relativa alla capacità deambulatoria dell'interessata, relativizzava ampiamente il valore integrativo della sinovectomia (DTF 101 V 193 consid. 2).

E. 4.2.2

Ora, anche se il dott. B. _____, appositamente interpellato in sede cantonale, ha osservato che l'intervento di osteotomia avrebbe corretto in buona parte il varismo dell'assicurato e ha precisato che senza tale intervento l'articolazione del ginocchio, fortemente deformata e qualificabile quale stato di preartrosi, sarebbe con ogni probabilità divenuta instabile, con conseguente perdita della capacità di deambulazione (lo specialista non ha tuttavia specificato se questa perdita sarebbe stata di natura provvisoria o definitiva), ciò non toglie che, per sua stessa ammissione, la prognosi era tutt'altro che favorevole in

considerazione dell'obesità dell'assicurato (72.5 kg per un'altezza di 138 cm [stato al 13 maggio 2004]) e del fatto che fino al termine della crescita ci si doveva attendere una recidiva, come poi puntualmente si è verificato (cfr. scritto dell'11 aprile 2005 dello studio legale Probst: "Mi preme al riguardo evidenziare come oggigiorno si sia verificato il ridetto peggioramento dello stato di salute di R. _____, essendosi la sua tibia flessa verso l'interno e conseguentemente generando una stortura del ginocchio sinistro di ben 40°. Il piccolo R. _____ dovrà dunque essere sottoposto nuovamente ad un intervento chirurgico correttivo, previsto presumibilmente verso la fine di maggio, essendogli attualmente preclusa la possibilità di deambulare correttamente")" (STFA sentenza del 10 novembre 2006, I 436/05). 2.6. L'Ufficio AI ha fondato la decisione del 15 marzo 2006 sulla base delle annotazioni del 28 febbraio 2006 del medico del SMR, Dr.ssa _____ (doc. AI 31-1): " Per questo ragazzo, che soffre di sclerodermia circoscritta (come a certificato del Dr. _____ del 18.01.06) il 21.05.03 erano state rifiutate le prestazioni AI per fisioterapia e mezzi ausiliari ortopedici, poiché in base alla documentazione fornita allora, mancavano le condizioni per la copertura dei costi in conformità con l'art. 12 della LAI. Ora c'è da notare quanto segue: La sclerodermia appartiene al grande gruppo delle malattie del tessuto connettivo cui appartiene anche l'artrite cronica giovanile (ACJ). Per l'ACJ l'AI prende a carico le misure preventive di conseguenze stabili come la fisioterapia, le sinoviectomie, gli apparecchi ausiliari ortopedici ed eventuali interventi di chirurgia ortopedica, se ritenuti necessari, in base all'art. 12 LAI. Per RI 1 che soffre di sclerodermia circoscritta, è necessaria fisioterapia costante e adattamento di mezzi ausiliari ortopedici per evitare conseguenze sempre più gravi ed invalidanti. Penso che per RI 1, la fisioterapia e i mezzi ausiliari ortopedici, debbano andare a carico dell'AI in conformità dell'articolo 12 della LAI poiché: 1.) RI 1 soffre di una malattia del tessuto connettivo con conseguenze ortopediche simili a quelle dell'ACJ per la quale l'AI riconosce sia fisioterapia che mezzi ausiliari ortopedici. 2.) La fisioterapia e i mezzi ausiliari ortopedici in questo minore servono ad evitare (come nell'ACJ) conseguenze sempre più gravi ed invalidanti." Successivamente l'UAI ha sottoposto il caso al medico del SMR, Dr. _____ che nelle annotazioni del 26 luglio 2006 ha precisato quanto segue (doc. AI 55-1): " Riassumendo:il giovane RI 1 soffre di sclerodermia, malattia acquisita. Si rendono necessari trattamenti di tipo diverso, comprendenti medicinali, fisioterapia, ergoterapia (ora), mezzi ausiliari. Dal profilo della medicina assicurativa è chiaro che tale malattia non è di tipo congenito, quindi l'applicazione dell'art. 13 LAI non può essere considerata. La malattia si manifesta con lesioni di vario tipo (lesioni cutanee, contratture) ed è di tipo evolutivo. La cura della malattia di base non può essere dunque riconosciuta secondo articolo 12 LAI. Le conseguenze, vedi contratture, con il trattamento sia fisio che ergo, tendono a rimanifestarsi. La cura non è dunque volta a risolvere un difetto stabilizzato o ampiamente stabilizzato, ma un difetto pure evolutivo. Si annota pure che tali terapie hanno anche un carattere preventivo. Anche per le conseguenze della malattia non trova applicazione l'art. 12 LAI. Mezzi ausiliari, non sottoposti alle regole dell'art. 12 e/o 13 LAI e indipendenti dalle possibilità d'integrazione possono essere concessi secondo l'art. 19 LAI risp. l'OMAI. La richiesta per ortesi d'estensione del ginocchio (richiesta del 21.02.06) è stata accolta favorevolmente. In analogia alle regole che reggono l'erogazione di busti ortopedici e la fisioterapia necessaria al successo della cura (esempio scoliosi idiomatica), si è dato parere favorevole anche per l'assunzione dei costi di fisioterapia. A questo punto va notato che la fisioterapia deve essere limitata alla motricità dell'arto portatore di ortesi e non alla cura di altre conseguenze della sclerodermia. Per quanto riguarda l'ergoterapia, questa non è rivolta

alla cura delle contratture del ginocchio, per cui rientra nel capitolo delle cure della malattia come tale e non a carico dell'AI". Il 22 marzo 2007 lo stesso medico ha nuovamente precisato (doc. AI 69-1): " Ho rivisto la documentazione riguardante il ragazzo RI 1. Egli è affetto da sclerodermia. Si tratta di malattia "immunitaria" e sicuramente di tipo evolutivo. Necessità di trattamenti specifici di durata variabile, ma su lunghi periodi. Una guarigione, allo stato attuale delle conoscenze, non è certa. Alle terapie farmacologiche specifiche vanno aggiunte cure fisiche (fisioterapia) per mantenere la funzionalità articolare. Anche la fisioterapia costituisce una cura di eventuali deficit, rispettivamente prevenzione di deficit funzionali. Essa va applicata, secondo necessità in modo continuativo. Alla domanda se siamo confrontati con invalidità, si può rispondere affermativamente. Alla domanda se si tratta di stato stabilizzato o malattia evolutiva, chiaramente si può rispondere che si tratta di malattia evolutiva. Alla domanda se la prognosi con una fisioterapia (e naturalmente con la farmacoterapia specifica) è favorevole si può rispondere che questa è molto incerta. Non vi sono elementi sufficienti perché si possa paragonare la situazione clinica attuale con i portatori di reumatismo giovanile (vedi eccezioni per la presa a carico di fisioterapia secondo art. 12). In conclusione si può affermare che anche la fisioterapia va ritenuta come cura del male, per cui non vediamo elementi a favore dell'assunzione delle spese di cura relative secondo l'art. 12 LAI (questo vale anche per l'apparecchio Kinetec, già erogato)." L'UAI in applicazione dell'art. 53 LPGA e fondandosi sulle annotazioni del medico del SMR Dr. _____, ha così annullato la decisione del 15 marzo 2006 (doc. AI 77-1). Da parte sua, il medico curante dell'assicurato, il Dr. _____, primario del Servizio cantonale di dermatologia dell'Ospedale _____ di _____, rispondendo ai quesiti posti dalla precedente patrocinatrice del ricorrente, dopo aver posto la diagnosi di " sclerodermia circoscritta (morfea), che colpisce l'emicorpo sinistro, e che si può definire oggi come oggi più che a banda di tipo pansclerotico " ha così risposto alle domande poste (doc. AI 83-17): 1. Quali provvedimenti sanitari sono necessari per RI 1 al momento e per quali scopi terapeutici? Finora abbiamo trattato RI 1 con immunosoppressori. Basandoci sul consulto eseguito presso la Clinica Universitaria di Ginevra dal Prof. _____ nei primi mesi della malattia, abbiamo iniziato a curarlo con Prednisone e Ciclosporina A per la durata di 2 anni per quel che riguarda la Ciclosporina A e un po' di più per il corticosteroide, visto che avevamo delle difficoltà ad interrompere questo trattamento. Dal settembre 2006 fino al maggio 2007, ha beneficiato di un'ulteriore cura con Prednisone e Methotrexate, visto che la sclerodermia circoscritta cominciava a debordare sull'emicorpo destro. La situazione si è stabilizzata, e per ora abbiamo deciso di tenere il paziente sotto sorveglianza senza immunosoppressori sistemici. In parallelo, grazie anche all'aiuto soprattutto del Dr. _____, abbiamo sempre fatto eseguire a RI 1 una fisioterapia, un drenaggio linfatico manuale, un'ergoterapia, fisioterapia in piscina, e provvedimenti ortopedici, che hanno permesso al paziente di svolgere la sua vita in modo più o meno normale. Perché queste terapie sistemiche aggressive e tutte queste "fisioterapie"? Evidentemente perché siamo consci della gravità della dermatosi, di cui è afflitto RI 1, che può creargli oltre a dolori lancinanti, di cui in parte soffre, dovuti alla costrizione della cute sclerotica, e perché vogliamo anche a permettere al paziente una qualità di vita simile a quella dei suoi coetanei. I provvedimenti sono stati e sono tuttora necessari, perché il loro arresto a lungo termine può portare ad un peggioramento della sclerodermia circoscritta. 2. Quali effetti avranno questi provvedimenti rispettivamente e quali sarebbero le conseguenze per RI 1 se non si applicassero questi provvedimenti? I provvedimenti di tipo sistemico basato su immunosoppressori a lungo termine possono causare delle complicanze di vario tipo, che

per ora sono state strettamente sorvegliate tramite esami paraclinici e per cui non abbiamo nessun indizio o sospetto. Per quel che riguarda invece l'aspetto fisioterapico in generale, come già spiegato, questo tipo di provvedimenti permette di mantenere una motorica più o meno funzionale, e di evitare il più possibile la sclerotizzazione cutanea. Se non si applicassero, c'è un grossissimo rischio, quasi certo, di un aggravamento ulteriore della sclerodermia circoscritta. 3. Eventuali difetti stabili possono essere impediti tramite i provvedimenti o i provvedimenti servono unicamente a ritardare la sopravvenienza? I provvedimenti possono impedire un netto peggioramento della malattia e ne è esempio l'utilizzo di Prednisone e Methotrexate negli ultimi 6 mesi che ha impedito l'avanzamento della sclerodermia verso l'emicorpo destro. Non potremo mai con certezza stabilire se servono unicamente a ritardarne la sopravvenienza, visto che il decorso di questa malattia è imprevedibile e nessun esperto può stabilirlo con certezza.

E. 5

Come si presenta la prognosi a lungo termine nei casi di sclerodermia circoscritta e banda? Nei casi di sclerodermia circoscritta a banda o meglio pansclerotica all'emicorpo sinistro la prognosi per la vita a lungo termine è favorevole, mentre per la morbilità della malattia è sfavorevole. Tuttavia, come ho già ripetuto inizialmente, l'evoluzione delle sclerodermie circoscritte è imprevedibile da caso a caso e nel caso anche di RI 1 potremmo assistere ad un arresto del processo infiammatorio, che lascerebbe soltanto le lesioni sclerotiche attuali.

E. 6

Quali saranno le conseguenze dei provvedimenti sanitari sulla formazione futura di RI 1 e sulla futura capacità lavorativa? I provvedimenti sanitari sulla formazione futura di RI 1 e sulla futura capacità lavorativa giocano un ruolo importante, perché da una parte trattando il paziente gli permetteremo di continuare i suoi studi, evitando complicanze maggiori necessitanti eventuali ricoveri e d'altra parte sulla futura capacità lavorativa, più riusciremo a salvare tessuto cutaneo normale e meglio sarà per le possibilità professionali aperte al paziente.

E. 7

Vi sono da parte sua altre considerazioni importanti? Sì! Credo che per RI 1 in futuro, ci saranno degli impedimenti dovuti alla sua dermatosi, per quel che riguarda certe attività professionali soprattutto legato alla fisicità. Un paragone come mi ha presentato nella sua lettera con l'artrite cronica giovanile, nel caso di sclerodermia circoscritta a banda o pansclerotica è difficile. Infatti, come lei ben segnala, per questa forma di artrite al momento dell'età adulta nella più parte dei casi il processo infiammatorio scompare, mentre per quel che riguarda la morfea non possiamo affermarlo con certezza e in tutti i casi lo stato sclerotico acquisito rimane. A mio avviso, ben comprendendo le difficoltà cavillose dell'assicurazione malattia in Svizzera con i suoi differenti fornitori di prese a carico di prestazioni, in particolare l'assicurazione AI, posso medicalmente affermare che per RI 1, esiste già un'invalidità per certe attività fisiche e di conseguenza anche in futuro per certe attività professionali. 2.7. Giova, inoltre, segnalare, che perché 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 (Meyer ■ Blaser, Die Rechtspflege in

der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; 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 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, 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). 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.), 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 (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). 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 (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts, op. cit., pag. 111). Il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 si è espresso sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (consid. 3.2) Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile:

esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, p. 571 seg., in particolare la nota 158, p. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito deve anche valutare l’esigibilità della ripresa di un’attività lucrativa da parte dell’assicurato. Tale prognosi deve tenere conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l’affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita di integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l’impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d’arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all’insieme dei succitati criteri. Inoltre, l’esperto deve esprimersi sull’aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull’intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l’assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall’anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l’esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (cfr. STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.8. Come accennato (cfr. consid. 2.5.), conformemente alla giurisprudenza dell’art. 5 cpv. 2 LAI, ai minorenni invalidi sono riconosciuti i provvedimenti sanitari anche se il danno alla salute ha ancora una valenza labile, senza i quali risulterebbe difettosa o subentrerebbe uno stato stabilizzato, le cui conseguenze si ripercuoterebbero negativamente sulla loro futura capacità lavorativa o sulla formazione professionale; temporalmente parlando, inoltre, la valutazione dell’aspetto integrativo del chiesto provvedimento deve essere effettuata facendo riferimento al momento in cui il minorenne entrerà nel mondo lavorativo. Premesso quanto sopra, va esaminata la questione se sono realizzati i presupposti giurisprudenziali – riferiti all’art. 5 cpv. 2 LAI - per dispensare provvedimenti sanitari agli assicurati minorenni che non svolgono attività lucrativa, nonostante il carattere ancora momentaneamente labile dell’affezione. Una prima condizione imprescindibile per assumere provvedimenti sanitari in questa circostanza è che la misura - senza la quale si otterrebbe una guarigione incompiuta o sussisterebbe un difetto stabile, difficilmente correggibile, pregiudicante la formazione professionale o/e la capacità di guadagno - non sia illimitata nel tempo. Nel caso concreto a tale questione ha risposto il medico curante, Dr. _____ in data 29 maggio 2007 che alla domanda: quale sarà la probabile durata di questi provvedimenti ha risposto che “ in tutti i casi è estesa nel tempo e molto probabilmente illimitata ”. Si tratta dunque di provvedimenti sanitari di durata illimitata che servono per la cura dell’affezione. Lo stesso medico ha affermato che: “ I provvedimenti possono impedire un netto peggioramento della malattia e ne è esempio l’utilizzo di Prednisone e Methotrexate negli ultimi 6 mesi che ha impedito l’avanzamento della sclerodermia verso l’emicorpo destro ” (doc. AI 83-17). La sclerodermia ha inoltre una prognosi incerta a detta dello specialista: “ Non potremo mai con certezza stabilire se servono unicamente a ritardarne la sopravvenienza, visto che il decorso di questa malattia è imprevedibile e nessun esperto può stabilirlo con certezza ” (doc. AI 83-17). In secondo luogo, nel caso di giovani assicurati, il successo che ci si attende da un provvedimento sanitario d’integrazione è durevole ai sensi dell’art. 12 cpv. 1 LAI se appare verosimile che

si manterrà per un periodo importante della vita attiva futura. Quesito da esaminare secondo una prognosi medica che deve permettere di prevedere che senza l'intervento verrebbe a verificarsi un danno permanente in un prossimo futuro e nel contempo che grazie ad esso sarà possibile raggiungere uno stato di stabilità in grado di garantire premesse notevolmente migliori per la formazione futura e per la capacità lucrativa (cfr. le sentenze citate al consid. 2.5.). Il Dr. _____ ha posto una diagnosi sostanzialmente sfavorevole indicando che “ nei casi di sclerodermia circoscritta a banda o meglio pansclerotica all'emicorpo sinistro la prognosi per la vita a lungo termine è favorevole, mentre per la morbidità della malattia è sfavorevole ” (doc. AI 83-18). I provvedimenti sanitari vanno dunque messi a carico dell'assicurazione malattia non potendo, grazie ad essi, essere prevista una certa stabilizzazione della malattia. Vista la natura della patologia di cui soffre RI 1, questo TCA non può che confermare la decisione dell'UAI. La Dr.ssa _____ ha infatti associato la patologia di cui soffre l'assicurato con il grande gruppo delle malattie del tessuto connettivo in particolare all'artrite cronica giovanile, per la quale l'assicurazione invalidità riconosce sia fisioterapia che mezzi ausiliari ortopedici (doc. AI 31-1). Un paragone che il Dr. _____ ha per contro negato ritenendo che “ non vi sono elementi sufficienti perché si possa paragonare la situazione clinica attuale con i portatori di reumatismo giovanile ” (doc. AI 69-1). A sostegno dell'opinione espressa dal Dr. _____ vi sono tutte le certificazioni dei medici curanti dell'assicurato che non hanno mai tracciato una simile analogia, sulla base della quale il primo medico del SMR ha riconosciuto i provvedimenti sanitari in questione, e soprattutto il parere del medico curante Dr. _____ che ha specificato come un paragone con l'artrite cronica giovanile nel caso di sclerodermia circoscritta a banda o pansclerotica è difficile (doc. AI 83-18). L'Alta Corte nella sentenza pubblicata in STFA 1965 pag. 92 e in STFA I 436/95 del 10 novembre 2006, pur rammentando che il diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione può essere riconosciuto non soltanto agli assicurati minorenni che si trovano alla soglia dell'età della formazione professionale, bensì anche a quelli più giovani, ha precisato che quanto più lontana è l'età della formazione professionale e quindi l'inizio della capacità di guadagno, tanto più ridotta è in molti casi la probabilità di una incapacità lucrativa futura, non fosse altro per la possibilità di adattamento o per l'ampiezza delle possibilità di formazione che rimangono ancora aperte. Per queste considerazioni, il Tribunale federale aveva concluso che la prevalenza dello scopo integrativo dev'essere ammessa con maggiore rigore se in discussione sono misure sanitarie in favore di assicurati molto giovani (STFA 1965 pag. 96 consid. 2c). La questione di sapere se tale giurisprudenza si applica ad un assicurato di 13 anni può rimanere aperta in quanto la decisione impugnata può essere confermata e il ricorso respinto sulla base delle due motivazioni precedentemente addotte. Visto quanto sopra, questa Corte ritiene che i provvedimenti sanitari di cui si chiede l'assunzione nel caso di specie siano principalmente destinati alla cura vera e propria dell'affezione e non, in maniera prevalente, all'integrazione professionale in quanto tale. Con essi infatti, i medici curanti intendono preservare una situazione valetudinaria labile da un suo peggioramento. Tali provvedimenti non possono essere posti a carico dell'assicurazione per l'invalidità ma sono di competenza dell'assicurazione malattia. La prima decisione dell'UAI va dunque ritenuta manifestamente errata e correttamente annullata dall'amministrazione con la decisione del 20 giugno 2007. Il ricorso va pertanto respinto. 2.9. 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 del ricorrente.

E. 28

febbraio 2006 del medico del SMR, Dr.ssa _____ (doc. AI 31-1):

Successivamente l'UAI ha sottoposto il caso al medico del SMR, Dr. _____ che nelle annotazioni del 26 luglio 2006 ha precisato quanto segue (doc. AI 55-1):

L'UAI in applicazione dell'art. 53 LPGA e fondandosi sulle annotazioni del medico del SMR Dr. _____, ha così annullato la decisione del 15 marzo 2006 (doc. AI 77-1).

Da parte sua, il medico curante dell'assicurato, il Dr. _____, primario del Servizio cantonale di dermatologia dell'Ospedale _____ di _____, rispondendo ai quesiti posti dalla precedente patrocinatrice del ricorrente, dopo

aver posto la diagnosi di sclerodermia circoscritta (morfea), che colpisce l'emicorpo sinistro, e che si può definire oggi come oggi più che a banda di tipo pansclerotico ha così risposto alle domande poste (doc. AI 83-17):

La questione di sapere se tale giurisprudenza si applica ad un assicurato di 13 anni può rimanere aperta in quanto la decisione impugnata può essere confermata e il ricorso respinto sulla base delle due motivazioni precedentemente addotte.

Visto quanto sopra, questa Corte ritiene che i provvedimenti sanitari di cui si chiede l'assunzione nel caso di specie siano principalmente destinati alla cura vera e propria dell'affezione e non, in maniera prevalente, all'integrazione professionale in quanto tale. Con essi infatti, i medici curanti intendono preservare una situazione valetudinaria labile da un suo peggioramento. Tali provvedimenti non possono essere posti a carico dell'assicurazione per l'invalidità ma sono di competenza dell'assicurazione malattia.

La prima decisione dell'UAI va dunque ritenuta manifestamente errata e correttamente annullata dall'amministrazione con la decisione del 20 giugno 2007. Il ricorso va pertanto respinto.

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