

TI_GERICHTE 32.2009.41 vom 13. Januar 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-01-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.41

FR: TI_GERICHTE 32.2009.41 du 13 janvier 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2009.41 del 13 gennaio 2009

Erwägungen

E. 3

L'assicurato ha bisogno di apparecchi di cura o di mezzi ausiliari ? Sì

E. 4

L'assicurato ha bisogno di trattamento / terapia ? Sì

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 _____: "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). 2.11. Come ricordato al consid. 2.9, una delle condizioni essenziali per l'assunzione di provvedimenti sanitari ai sensi dell'art. 12 LAI è che questi non siano destinati alla cura vera e propria del male. Se e fintanto che esiste uno stato patologico labile, i provvedimenti sanitari, volti alla cura causale o sintomatica del male o delle sue sequele, vanno ritenuti una cura vera e propria del male. Nella presente fattispecie lo stato patologico di RI 1 è labile. Il Dr. _____ nel referto del 14 luglio 2008 ha infatti precisato che per chi soffre di questa patologia lo sviluppo della vista si ottiene dopo 18-24 mesi: "En principe, dans cette pathologie, le développement de la vision se fait au bout de plusieurs mois, et vers 18■24 mois, la maturation des voies visuelles est atteinte". (doc. AI 6-6). Il medico ha riferito inoltre che gli stessi genitori dell'assicurato hanno constatato dopo 10-15 giorni un cambiamento nel comportamento visivo del figlio RI 1 (doc. AI 6-6) e nell'allegato ricorsuale viene altresì affermato che "l'affezione di RI 1 sembra apparentemente presentare miglioramenti" (doc. I). Nello scritto del 23 novembre 2009 i genitori di RI 1 hanno nuovamente confermato che "... l'affezione di RI 1 sembra apparentemente presentare miglioramenti" (doc. XXIX + bis) Come visto (cfr. consid. 2.10) i provvedimenti sanitari dispensati ad assicurati minorenni che non svolgono attività lucrativa possono essere diretti in modo prevalente all'integrazione professionale ed essere così assunti, nonostante il carattere ancora momentaneamente labile dell'affezione, se, senza queste misure si otterrebbe una guarigione incompiuta o sussisterebbe un difetto stabile, difficilmente correggibile, pregiudicante la formazione professionale o/e la capacità di guadagno. Interpellato a questo proposito dal TCA, il Dr. _____ il 16 settembre 2009 ha confermato che dei provvedimenti sanitari possono migliorare la futura integrazione professionale dell'assicurato e impedire un danno alla salute pregiudicante la sua formazione professionale o/e capacità di guadagno (doc. XVI). Lo specialista ha poi aggiunto quanto segue: "(...) Pour tout enfant présentant une acuité visuelle abaissée, quelle qu'en soit la raison (rétinopathie, neuropathie optique, dysfonction des voies visuelles rétrobulbaires ou lésion corticale), une stimulation visuelle appropriée est souhaitable. Par «stimulation visuelle», il s'agit en fait de procurer à l'enfant le plus de stimuli visuels appropriés qui lui permettraient de développer au mieux possible sa fonction visuelle. En général, ces programmes de stimulation visuelle sont prodigués par le Service Itinérant des Départements Basse Vision cantonaux. En fonction de l'évolution (au cas par cas), ces programmes de stimulation peuvent être étendus sur plusieurs années ou arrêtés en cas d'évolution défavorable (dans le cadre d'une maladie héréditaire progressive par exemple) ou dans le cas où la fonction visuelle a atteint des valeurs normales. De plus, la prescription de lunettes peut être nécessitée si un trouble de la réfraction significatif est présent. N'ayant examiné RI 1 qu'une fois (26.06.2008), à la demande du Dr. _____,

je ne peux pas répondre à la question de savoir si des lunettes lui ont été prescrites. Enfin, si l'amélioration de la fonction visuelles n'est pas suffisante, les enfants malvoyants doivent pouvoir bénéficier d'une scolarisation adaptée (à plein temps ou à temps partiel dans un milieu spécialisé pour malvoyants). Il est évidemment trop tôt pour en discuter. " (doc. XVI) Il medico del SMR, Dr. _____, nelle annotazioni del 5 ottobre 2009 (doc. XIX bis) ha riferito che una " stimolazione visuale " come quella indicata dal Dr. _____ è fornita nel nostro Cantone dal Servizio ortopedagogico itinerante cantonale (SOIC). Anche il medico curante Dr. _____ nel rapporto del 13 agosto 2008 aveva affermato che la possibilità di una futura integrazione nella vita professionale può essere migliorata in modo sostanziale con provvedimenti sanitari. A suo dire il ripristino della funzione visiva dovrebbe essere totale o parziale, sull'arco di 12-24 mesi. " Ne decorre la necessità di seguire il paziente in modo molto regolare e di farlo beneficiare, se è il caso, anche di misure ortottiche o di apparecchiature " (doc. B) Il Dr. _____, spec. FMH in oftalmologia, nel rapporto del 25 settembre 2008 alla domanda se la possibilità di una futura integrazione nella vita professionale può essere migliorata in modo sostanziale con provvedimenti sanitari aveva anch'egli risposto affermativamente (doc. AI 8-2). Infine, da parte sua la Dr.ssa _____ del SMR nelle annotazioni del 24 ottobre 2008 ha affermato che " attualmente non è possibile indicare se per questo assicurato, a causa di questo ritardo di maturazione, la vista si troverà compromessa in futuro e ciò potrà essere verificato grazie ai prossimi controlli previsti nei prossimi mesi benché, solitamente, nella maggior parte dei casi lo sviluppo avviene in modo completo anche se con alcuni mesi di ritardo " (doc. AI 11-1, la sottolineatura è del redattore). Alla luce delle valutazioni dei medici interpellati, in particolare del Dr. _____, questo TCA ritiene dunque assodato che RI 1 necessita di provvedimenti sanitari, in particolare di una " stimolazione visuale " che possa migliorare la sua futura integrazione professionale e impedire un danno alla salute pregiudicante la sua formazione professionale o/e capacità di guadagno. A mente del Dr. _____ del SMR la " stimolazione visuale " di cui necessita RI 1 è una prestazione fornita pure in Ticino dal Servizio ortopedagogico itinerante cantonale (SOIC) (doc. XIX bis). Interpellato da questa Corte l'UAI, e successivamente lo stesso SOIC, hanno confermato e documentato che il SOIC è un servizio prescolastico che attua gli interventi pedagogici-riabilitativi per disabilità sensoriali, motorie, cognitive, del comportamento, del linguaggio e della comunicazione conformemente alla LAI (art. 29 del Regolamento dell'educazione speciale). Esso fornisce 4 tipi di trattamenti ai bambini di età compresa tra i 0 e 6-7 anni: ortopedagogia (pedagogia specializzata), logopedia, ergoterapia e psicomotricità (doc. XXVII +1). La " stimolazione visiva " non è un trattamento attualmente fornito dal SOIC, tuttavia per un bambino con difficoltà motorie e di integrazione sensoriale tali da dover necessitare un trattamento in ergoterapia il SOIC - secondo la _____, psicologa FSP - collabora con l'_____, in particolare con la signora _____ ortopedagogista specializzata in stimolazione visiva (doc. XXVII +1). I genitori di RI 1 hanno, peraltro, confermato in data 23 novembre 2009 che l'Ufficio dell'educazione speciale ha accordato all'assicurato, dal 10 settembre 2008 al 30 settembre 2009, un trattamento di " low vision " a cura proprio della signora _____ (doc. XXIX + bis). In alternativa, lo stesso UAI ha segnalato altri due enti che possono essere contattati per la presa a carico terapeutica di RI 1: il _____ e l'_____ (doc. XXX + 1/4). Questa Corte, in data 16 ottobre 2009, ha interpellato l'UAI a proposito della presa a carico dei costi. L'amministrazione ha precisato che i costi dei trattamenti erogati dal SOIC sono coperti interamente dal Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (DECS)

(doc. XXV). Il TCA, il 9 novembre 2009, ha posto il medesimo quesito alla psicologa _____ che ha così risposto: "(...) 4. I costi dei nostri trattamenti sono interamente coperti dal Cantone (DECS). A parte quelli in ergoterapia che sono coperti dall'AI con i provvedimenti sanitari. Per fornirle un esempio a volte può succedere che un bambino abbia delle difficoltà motorie e di integrazione sensoriale tali da dover necessitare un trattamento in ergoterapia al SOIC, in tal caso, se vi fossero pure dei problemi visivi ci capita di collaborare con la collega dell' _____ signora _____ ortopedagogista specializzata in stimolazione visiva)." (doc. XXVII+1, la sottolineatura è del redattore). Vedi su questo tema anche la scheda di presentazione del SOIC (doc. XXVIII1), nonché il rinvio alla pagina Internet del Cantone Ticino: (<http://www3.ti.ch/DSS/sw/temi/infofamiglie/?pre=&attivita=170>). In conclusione questa Corte rileva che il trattamento di "stimolazione visiva" di cui necessita RI 1 è una prestazione che viene erogata direttamente dal SOIC o in alternativa, come nella fattispecie, per il tramite di altri istituti _____ e l' _____. Non essendo un trattamento di natura ergoterapica i costi vengono interamente assunti dal Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (DECS) e non possono quindi essere messi a carico dell'assicurazione invalidità. Anche su questo punto, dunque, il ricorso va respinto e la decisione impugnata confermata. 2.12. Per quanto riguarda la richiesta posta dai genitori dell'assicurato in sede ricorsuale e ribadita nelle successive osservazioni (doc. I, VI, XXIX), ovvero di una conferma di questa Corte "... che se nel futuro la situazione visiva di RI 1 dovesse mostrare una modifica dello stato apparente attuale della malattia con necessità di supporti visivi o qualsiasi accertamento medico o altre spese correlate, sia riattivata automaticamente la pratica AI in essere", il TCA rileva che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato (nel caso presente: il 13 gennaio 2009), il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.13. 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. 5

Esiste una necessità supplementare d'assistenza o di sorveglianza personale dovute all'invalidità rispetto a quelle fornite a una persona non invalida della stessa età? Sì Se sì, da quando? Nascita D. Dati medici 1. Trattamento dal: 30.05.2008 al (tutt'ora da stabilire) Nel caso di neonati, trattamento intensivo dal: 2. Ultima consultazione del: 08.07.2008 3. Anamnesi: nulla da segnalare nell'anamnesi perinatale. A partire dall'età di due mesi, si constata l'assenza di fissazione oculare. I primi accertamenti (Dr. _____, oftalmologo, Dr. _____) sfociano in referti di normalità. Un'investigazione più approfondita, comprendente la registrazione dell'elettroretinogramma e dei potenziali evocati visivi, effettuati dall'ospedale oftalmico di _____ (Dr. _____) permettono di porre la diagnosi di ritardo di maturazione visiva. La risonanza magnetica cerebrale è normale. 4. Disturbi soggettivi: assenza di fissazione oculare 5. Costatazioni: vedi sopra 6. Esami specialistici: vedi sopra 7. Programma di cura (inizio/durata) / prognosi: verso i 4 mesi, RI 1 inizia, fortunatamente, a entrare in contatto visivo. Si continua con la sorveglianza neuropsichiatrica e oftalmologica.

Iniziamo un programma di rieducazione low vision presso la signora _____. Stando alla letteratura, il ripristino della funzione visiva dovrebbe essere totale o parziale, sull'arco di 12-24 mesi. Ne decorre la necessità di seguire il paziente in modo molto regolare e di farlo beneficiare, se è il caso, anche di misure ortottiche o di apparecchiature. 8. a Domicilio? No (in futuro, eventualmente, interventi mirati di stimolazione visiva, anche a domicilio).” (doc. B). Il Dr. _____ dell’Ospedale oftalmico _____, nel proprio referto del 14 luglio 2008 ha espresso la seguente valutazione: " (...) Cher _____, Je te remercie de m'avoir adressé ce petit garçon que j'ai examiné sous narcose le 26.06.2008. RI 1 est né à terme, après une grossesse sans complication. Le développement staturopondéral est absolument normal. Les parents ont été frappé par une absence de fixation et un comportement visuel de malvoyant sévère (pas de fixation, pas de mouvements de poursuite, pas d'éblouissement par les lumières fortes). L'examen ophtalmologique que tu as pratiqué ne permettait pas de mettre en évidence une quelconque pathologie. Résumé du status : ● Autoréfraction: +1.25 = -0.5 à 176° à droite, +1.5 «= -0.25 à 162° à gauche. ● Biomicroscope: aucune pathologie cornéenne, cristallinienne ou vitrénne. Pupilles dilatées à 6 mm ddc. Aucun défaut irien à la transillumination ddc. ● Diamètre cornéen: 11.5 mm ddc. ● Tension oculaire:

E. 10

mmHg ddc. ● Fond d'oeil: nerf optique sain, excavé à 20■30% ddc, bien coloré ddc. Macula en ordre ddc avec un bon reflet de la limitante interne ddc. Vaisseaux rétiniens en ordre ddc. La mi-périphérie de la rétine est modérément dépigmentée ddc, surtout nosatement. ● ERG fullfield: (cf copie ci-jointe) examen photopique et scotopique dans les limites de la norme ddc. ● Potentiels évoqués visuels au flash: (cf copie ci-jointe) l'onde P 100 n'est pas enregistrable mais un potentiel positif retardé à environ 200 ms est enregistrable ddc, avec une meilleure amplitude du côté gauche que du côté droit. Impression: L'examen oculaire de RI 1 est normal ddc, et je pense que l'hypopigmentation relative de la rétine mi■périphérique est encore dans les limites de la norme. Notamment, je n'ai pas trouvé de transillumination irienne et le reflet fovéolaire est bien présent ddc, rendant très peu probable la présence d'un albinisme oculaire. Le nerf optique est bien coloré, et de taille normale. Il n'y a donc pas de malformation du nerf optique et il n'y a pas d'atrophie du nerf optique. L'ERG fullfield est normal, rendant impossible la présence d'une rétinopathie dégénérative sévère type amaurose congénitale de Leber. Enfin, les PEV sont anormaux ddc, et le diagnostic le plus probable est celui d'un retard de maturation des voies visuelles. En principe, dans cette pathologie, le développement de la vision se fait au bout de plusieurs mois, et vers 18■24 mois, la maturation des voies visuelles est atteinte. Très souvent, les performances visuelles de ces enfants sont normales ou quasiment normales. En discutant avec les parents de RI 1 ces derniers ont remarqué depuis environ 10■15 jours, un changement dans le comportement visuel de RI 1. En effet, ce dernier fixe et poursuit certains objets et semble être un peu gêné par les lumières fortes. Ceci est évidemment très rassurant et confirme cette suspicion de retard de maturation des voies visuelles. Je recommande quand même qu'une IRM cérébrale soit effectuée, si le Dr _____ n'y voit pas d'inconvénient, ceci afin d'exclure formellement toute possibilité de malformation intracrânienne associée. J'ai discuté assez longuement avec les parents de RI 1, concernant le diagnostic de probabilité et le pronostic de RI 1. J'ai recommandé qu'ils prennent contact avec toi afin qu'un suivi par le Département Basse■Vision du canton du _____ soit effectué. En effet, une stimulation adéquate ne peut avoir qu'une influence favorable sur le développement visuel de RI 1. ” (doc. AI 8-3). 2.7. Quanto alla valenza

probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, 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. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; 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 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito 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, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; 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; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il 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 ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la

seguinte considerazione: " (...) 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.8. Nella fattispecie il ricorrente ha postulato il riconoscimento del "ritardo della maturazione visiva" (delayed visual maturation) quale infermità congenita di cui alla cifra 423 OIC. Nel capitolo riguardante le affezioni degli organi dei sensi, infermità congenite dell'occhio, la cifra 423 OIC elenca, quali infermità congenite riconosciute, le malformazioni e affezioni congenite del nervo ottico con acuità visiva di 0,2 o meno ad un occhio o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione). Questa Corte condivide la valutazione dell'Ufficio AI che, sulla base delle annotazioni del SMR, ha negato la presenza di un'infermità congenita della cifra 423 OIC. Al riguardo va innanzitutto rilevato che sia il medico curante Dr. _____ che gli specialisti Dr. _____ e Dr. _____ e la Dr.ssa _____ concordano con la diagnosi concernente RI 1 di " ritardo della maturazione visiva (delayed visual maturation)" (cfr. doc. AI 6-1/5, 7-1, 8-1, 11-1). Tuttavia, il Dr. _____ ha indicato chiaramente l'assenza di malformazioni e atrofia del nervo ottico: " Le nerf optique est bien coloré, et de taille normale. Il n'y a donc pas de malformation du nerf optique et il n'y a pas d'atrophie du nerf optique" (doc. AI 8-4). La patologia di cui soffre l'assicurato è da ricondurre ad un ritardo dello sviluppo delle vie visive: " retard de

maturation des voies visuelles ” che - a mente degli specialisti - ha una prognosi favorevole sull’arco di 18-24 mesi (cfr. doc. AI 6-6) e non ad una malformazione o affezione congenita del nervo ottico. In pratica si tratta di un ritardo nel processo fisiologico di maturazione delle vie visive. L’esame oculare è risultato normale e non vi sono patologie del nervo ottico (cfr. rapporto 14 luglio 2007 Dr. _____ e doc. IV bis). Inoltre e soprattutto questa Corte in data 28 luglio 2009 ha peraltro interpellato il Dr. _____ in merito alla presenza o meno di un’infermità congenita, dopo avere constatato che sia il Dr. _____ che il Dr. _____ avevano diagnosticato nei loro referti un’infermità congenita ai sensi della cifra 423 dell’OIC, mentre questo specialista era rimasto silente a tal proposito (cfr. doc. 5-1; 6-1 e 8-1). Il Dr. _____ ha così risposto: " (...) Question 1 RI 1 souffre-t-il d’une infirmité congénitale? RI 1 souffre d’un problème congénital, à savoir un retard de maturation des voies visuelles ainsi qu’une hypopigmentation rétinienne faisant évoquer un albinisme oculaire fruste. Question 2 Dans l’affirmative, de quel genre d’infirmité, au sens de l’OIC, souffrirait-il? Au chapitre XVII de l’OIC, il n’y a aucun chiffre qui corresponde au retard de maturation des voies visuelles. Le chiffre 423 qui est utilisé a certainement du être utilisé par analogie, étant donné que le retard de maturation des voies visuelles affecte les voies visuelles (dont font partie les nerfs optiques). J’ai téléphoné aussi à la Professeure _____, chef du Département de Neuropédiatrie au _____, qui me confirme qu’il n’existe pas de chiffre OIC pour le retard de maturation des voies visuelles” (doc. XI, la sottolineatura è del redattore) La risposta del Dr. _____ ha così permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C_203/2008 del 26 marzo 2009). Questa Corte ritiene dunque che il ritardo nello sviluppo delle vie visive di cui soffre l’assicurato non sia un’infermità congenita ai sensi dell’Ordinanza sulle infermità congenite (OIC) e dunque l’amministrazione ha correttamente respinto la richiesta di prestazioni dal profilo dell’art. 13 LAI. 2.9. Secondo l’art. 12 cpv. 1 LAI, sino all’età di 20 anni compiuti 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. L’art. 12 cpv. 2 LAI preve che il Consiglio federale ha la facoltà di delimitare i provvedimenti previsti nel capoverso 1 da quelli destinati alla cura vera e propria del male. A tale scopo, esso può segnatamente precisare la natura e l’estensione dei provvedimenti a carico dell’assicurazione e disciplinare l’inizio e la durata del diritto. 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). 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 (art. 2 cpv. 3 OAI). 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 (cfr. D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg.; SVR 2008 IV nr. 16; STFA I 436/05 del 10 novembre 2006; SVR 2004 IV nr. 38; 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). La condizione posta all'art. 12 LAI si propone di delimitare il campo di applicazione dell'assicurazione invalidità da quello dell'assicurazione malattia e infortuni. Questa delimitazione poggia sul principio secondo cui il trattamento di una malattia o di una lesione, a prescindere dalla durata dell'affezione, riguarda in primo luogo l'assicurazione malattia e infortuni (STFA I 436/05 del 10 novembre 2006; DTF 104 V 81 consid. 1, 102 V 41 consid. 1; RCC 1981 pag. 519 consid. 3a). Pertanto, 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). 2.10. Inoltre, l'art. 5 cpv. 2 LAI prevede che le persone d'età inferiore a 20 anni, menomate nella salute fisica o psichica, che non esercitano un'attività lucrativa, sono considerate invalide se il danno alla salute cagionerà probabilmente un'incapacità di guadagno ai sensi dell'art. 8 cpv. 2 LPG; quest'ultima norma stabilisce che gli assicurati minorenni senza attività lucrativa sono ritenuti invalidi se hanno un danno alla salute fisica, mentale o psichica che probabilmente provocherà un'incapacità al guadagno totale o parziale. Secondo giurisprudenza - purché si possa prevedere il necessario successo integrativo (DTF 100 V 43 consid. 2a, 99 consid. 3; cfr. pure la sentenza I 426/04 del 29 settembre 2005 - provvedimenti sanitari dispensati ad assicurati minorenni che non svolgono attività lucrativa possono essere diretti in modo prevalente all'integrazione professionale ed essere così assunti, nonostante il carattere ancora momentaneamente labile dell'affezione, dall'assicurazione per l'invalidità, se, senza queste misure - che possono essere subitanee (ad es. un'operazione) oppure estese nel tempo (ad. es. fisioterapia, ergoterapia), ma comunque non illimitate (RCC 1984 pag. 523) -, si otterrebbe una guarigione incompiuta o sussisterebbe un difetto stabile, difficilmente

correggibile, pregiudicante la formazione professionale o/e la capacità di guadagno (STFA I 436/05 del 10 novembre 2006; DTF 131 V 21 consid. 4.2 con riferimenti, 105 V 20; VSI 2003 pag. 105 consid. 2 [sentenza del 10 dicembre 2001 in re G., I 340/00]). Dev'essere, in altre parole, impedita la sopravvenienza di un difetto stabile. Sono per contro esclusi i provvedimenti che si limitano a ritardare l'insorgere di uno stato stabilizzato con l'ausilio di trattamenti e terapie di durata indeterminata (sentenza citata del 23 settembre 2004 in re Z., consid. 2.1). 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 (DTF 104 V 83 consid. 3b e le sentenze ivi citate). La questione di sapere se il successo integrativo sarà durevole e sostanziale, dev'essere esaminata secondo una prognosi medica sulla base della situazione fattuale quale si presenta prima dell'operazione in discussione (DTF 101 48, 97 consid. 2b, 103 consid. 3; cfr. pure VSI 2000 pag. 306 consid. 2b [sentenza del 25 gennaio 2000 in re B., I 626/99]). Tale prognosi, oltre a lasciare prevedere che senza l'intervento verrebbe a verificarsi un danno permanente in un prossimo futuro, deve nel contempo anche fare presagire 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 (STFA I 436/05 del 10 novembre 2006; sentenza I 302/05 del 31 ottobre 2005, consid. 3.2.2). Il Tribunale federale ha avuto modo di rilevare che, conformemente all'art. 5 cpv. 2 LAI, per valutare il diritto a provvedimenti sanitari non è rilevante il momento in cui la misura viene eseguita, bensì l'istante in cui il giovane entrerà a far parte della vita attiva (DTF 100 V 103). Vengono quindi ad esempio posti a carico dell'AI i trattamenti psichiatrici relativi ad una malattia psichica che evolverà con grande verosimiglianza in uno stato patologico stabile difficilmente correggibile, che danneggerà in maniera rilevante la formazione e la capacità lavorativa dell'assicurato (DTF 105 V 19; 100 V 41).

L'assicurazione invalidità non si fa invece carico della psicoterapia per malattie e anomalie la cui prognosi è incerta ed il trattamento costituisce un provvedimento sanitario di durata illimitata, anche se si tratta di minorenni (ad esempio: anoressia: Pratique VSI 2000 pag. 65, disturbo ipercinetico: Pratique VSI 2003 pag. 104). In una sentenza I 522/02 del 3 giugno 2003 (citata da D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", pubblicato in RDAT 2003 II pag. 587) l'Alta Corte, su questo argomento, ha sviluppato le seguenti considerazioni: " Per quanto riguarda gli assicurati minorenni che non svolgono attività lucrativa il Tribunale federale delle assicurazioni ha già avuto modo di rilevare che, conformemente all'art. 5 cpv. 2 LAI, per valutare il diritto a provvedimenti sanitari non è rilevante il momento in cui la misura viene eseguita, bensì l'istante in cui il giovane entrerà a far parte della vita attiva (DTF 100 V 103). A proposito di giovani affetti da poliartrite il Tribunale è in particolare giunto alla conclusione che di principio possono essere assegnati provvedimenti sanitari poiché nell'istante determinante secondo l'art. 5 cpv. 2 LAI può essere prevista una certa stabilizzazione. In effetti, in età adulta il processo infiammatorio cessa. Di conseguenza questa Corte ha stabilito che fino al termine della crescita vi è un diritto a provvedimenti sanitari (ricostruttivi o conservativi) necessari alla prevenzione di danni durevoli allo scheletro - in effetti, in assenza di profilassi possono insorgere gravi modifiche delle articolazioni - che potrebbero nuocere alla formazione professionale oppure alla successiva capacità di guadagno. Il diritto non è dato unicamente se e fintanto che non vi è il pericolo che subentri un tale danno (DTF 101 V 192 consid. 1b, 100 V 104 consid. 1c; si veda anche DTF 105 V 20; VSI 2000 pag. 66 consid. 1). 4. In concreto dagli atti emerge che i provvedimenti richiesti sono senz'altro atti

a prevenire l'insorgenza di danni allo scheletro che potrebbero nuocere alla formazione professionale o alla capacità di guadagno di H. _____. In effetti, dal rapporto della dottoressa S. _____ del 4 luglio 2002 emerge che, oltre ai medicinali per frenare l'infiammazione nelle articolazioni, vanno applicati provvedimenti riabilitativi, tra cui l'utilizzo del citato cuscino, allo scopo di correggere posizioni errate delle articolazioni, poiché in caso contrario vi è addirittura il rischio per l'assicurata di dover far capo alla sedia a rotelle già in età scolastica. Le contratture delle articolazioni provocano infatti un carico errato che, con lo scheletro in crescita, che si adegua a queste sollecitazioni, causano delle deformazioni agli arti." (STCA giugno 2003 in re H, I 522/02, consid. 3 e 4). Inoltre nella sentenza I 436/05 del 10 novembre 2006, relativa ad un assicurato minorenne affetto da adiposità permagna, l'Alta Corte ha rilevato quanto segue: "

E. 31

ottobre 2005, consid. 3.2.2).

Il Tribunale federale ha avuto modo di rilevare che, conformemente all'art. 5 cpv. 2 LAI, per valutare il diritto a provvedimenti sanitari non è rilevante il momento in cui la misura viene eseguita, bensì l'istante in cui il giovane entrerà a far parte della vita attiva (DTF 100 V 103).

Inoltre nella sentenza I 436/05 del 10 novembre 2006, relativa ad un assicurato minorenne affetto da adiposità permagna, l'Alta Corte ha rilevato quanto segue:

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