

TI_GERICHTE 32.2012.73 vom 16. Februar 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-02-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.73

FR: TI_GERICHTE 32.2012.73 du 16 février 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.73 del 16 febbraio 2012

Regeste

L'Ufficio AI ha, a giusta ragione, rifiutato l'assunzione dei costi delle spese mediche e di viaggio sopportate dall'assicurata ai sensi degli artt. 78 cpv. 3 OAI e 45 LPGA

Erwägungen

E. 45

cpv. 1 LPGA stabilisce che l'assicuratore sociale assume le spese per l'accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. L'art. 78 cpv. 3 OAI precisa inoltre che le spese dei provvedimenti d'accertamento sono assunte dall'assicurazione se questi sono stati ordinati dall'ufficio AI o, altrimenti, se erano indispensabili all'erogazione delle prestazioni, oppure erano inerenti ai provvedimenti integrativi concessi in seguito. Generalmente spetta all'amministrazione procedere agli accertamenti dovuti, motivo per cui l'assicurato non è tenuto a compiere passi in tal senso. L'esperienza insegna tuttavia che misure d'accertamento non ordinate dall'assicuratore sociale – quali rapporti medici o valutazioni specialistiche – possono condurre a delle conoscenze rilevanti per l'esito dell'istruttoria amministrativa. In quei casi, l'amministrazione deve assumersene i costi (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, N. 11 ad art. 45, pag. 456). I provvedimenti presi dall'assicurato devono essere comunque indispensabili per la valutazione del caso. Secondo Kieser, non è tuttavia richiesto che gli accertamenti intrapresi dall'assicurato debbano portare a nuove e diverse conclusioni da quelle già acquisite, necessario è invece che le risultanze acquisite possano essere "utilizzate" ai fini istruttori (Kieser, op. cit., N.12 ad art. 45, pag. 456; di diverso parere è invece Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Friburgo 1999, pag. 129 in alto). Secondo la giurisprudenza, l'assicurato ha diritto alla rifusione dei costi della perizia privata anche nel caso in cui la stessa sia stata determinante per il rinvio degli atti per l'espletamento di ulteriori accertamenti. La perizia privata ha infatti influito in misura determinante sulla conclusione della procedura (STF 8C_388/20107 del 7 dicembre 2010 consid. 10, 8C_673/2009 consid. 8.3 tutte con riferimento alla STFA I 1008/2006 del 14 aprile 2007 consid. 3). A determinate condizioni, l'assicuratore sociale deve assumersi i costi sopportati dall'assicurato atti a completare un accertamento già precedentemente eseguito (DTF 101 V 214 consid. 3; in quell'occasione il TFA ha evidenziato che la perizia privata aveva permesso all'UAI di approfondire meglio lo stato di salute dell'assicurato – in particolare era risultata una nuova infermità congenita – circostanza che avrebbe potuto portare al riconoscimento di ulteriori provvedimenti assicurativi, motivo per cui le relative spese d'esecuzione sono state poste a carico dell'AI). 2.4. Secondo la giurisprudenza del TF il rimborso da parte dell'amministrazione dei costi relativi ad una perizia di parte

presentata in sede ricorsuale viene concesso, nella misura in cui essa abbia permesso di accertare in maniera convincente e decisiva ai fini del giudizio l'effettiva situazione medica, evitando quindi di dover ricorrere ad una perizia giudiziaria, nell'ambito dell'assegnazione delle spese ripetibili ex art. 61 lett. g LPGA (DTF 115 V 62; confermato ad esempio nella STF 8C_388/2010 del 7 dicembre 2010 cosid. 10.2, 8C_673/2009 del 22 marzo 2010 consid. 8.3.1, 8C_585/2009 consid. 3.5; cfr. anche Kieser, ATSG Kommentar, 2010, ad art. 61 n. 113, p. 791; Leuzinger-Naef, Bundesrechtliche Verfahrensorderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltlichen Rechtsbeistand in Sozialversicherungsrecht, in: SZS 1991 pp. 176ss; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, 1999, p. 131). Su questo tema vedi le sentenze dell'Alta Corte 8C_996/2009 del 19 marzo 2010 e la STF 9C_178/2010 del 14 aprile 2010. Va ancora evidenziato che in ambito LAINF, in una sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 182, p. 47s., il TFA ha stabilito che, se i fatti medici possono essere accertati in modo convincente solo sulla base delle risultanze di un referto prodotto dall'assicurato, é lecito assimilare l'esame ordinato dall'assicurato ad una perizia ordinata dall'assicuratore e, quindi, addossare a quest'ultimo i relativi costi ai sensi dell'art. 57 OAINF. In una sentenza U 17/01 del 27 agosto 2001, la nostra Corte federale ha condannato l'assicuratore infortuni ad assumere il costo di una perizia medica prodotta dall'assicurato nel quadro della procedura di opposizione, grazie alla quale era stato dimostrato che il tipo di esame esperito dall'assicuratore non consentiva di mettere in rilievo i reali disturbi accusati dall'assicurato e provocati da una importante lesione muscolare. In una sentenza U 282/00 del 21 ottobre 2003 pubblicata nella RAMI 2004 U 503, p. 186ss., il TFA ha deciso che, conformemente al principio generale del diritto processuale, secondo cui una parte, anche se vincente, deve sopportare i costi che ha provocato inutilmente o in modo colposo, i costi di una perizia ordinata dall'assicurato stesso devono essere assunti dall'assicuratore infortuni (vincente in causa), qualora sia stato possibile accertare in maniera concludente la fattispecie medica soltanto in base alle risultanze delle prove amministrative nella procedura cantonale di ricorso e che all'assicuratore possa essere rimproverata una violazione dell'obbligo di accertare i fatti pertinenti, in ossequio al principio inquisitorio. 2.5. Nel referto peritale pluridisciplinare del 27 agosto 2010 (doc. AI 88-1) i medici del SAM hanno sottoposto RI 1 ad una valutazione reumatologica (Dr. _____), psichiatrica (Dr.ssa _____) e gastroenterologica (Dr. _____) e posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di: “ Sindrome cervicospondilogenica, cronica in: - alterazioni generative del rachide cervicale (discopatie plurisegmentali con osteocondrosi, protrusioni discali plurisegmentali da C3 a C7 con restringimento del canale spinale senza segni per mielopatia, associate a stenosi foraminale assoluta C4-C5 a ds. e stenosi foraminale in C3-C4 a ds.); -alterazioni degenerative del rachide lombare (osteocondrosi L4-L5, ernia discale L5-S1); - _____ esiti da spondilodesi L4-L5 nel settembre 2004; - disturbi statici del rachide (minima scoliosi sinistro-convessa dorsale, destro-convessa lombare con iperlordosi lombare); - _____ decondizionamento e sbilancio muscolare. Periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a ds. in: - tendinopatia calcifica del sopraspinato; - probabile rottura del tendine del muscolo infraspinato e rottura parziale del muscolo sottoscapolare (artro-MRI della spalla ds. del 2010); -esiti da artroscopia con débridement della cuffia e decompressione per impingement sottoacromiale alla spalla ds. per lesione della cuffia rotatoria il 10.1.2007. Esiti di ricostruzione della cuffia rotatoria alla spalla sin. per rottura completa del sopraspinato, il 14.11.2007. Fascite plantare cronica a ds. Sindrome fibromialgica generalizzata. Dolori addominali recidivanti con forte tendenza

alla diarrea mal controllata. Intolleranza al lattosio. Lieve malattia da reflusso gastroesofageo attualmente ben controllata. Probabile allergia ad alcuni alimenti ” (doc. AI 88/16-17). Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua l’insorgente è stata valutata inabile totalmente nell’attività da ultimo esercitata di assistente di cura, mentre in un’attività adeguata la capacità lavorativa globale è del 50% dal 1° maggio 2007, tre mesi dopo l’intervento alla spalla destra (doc. AI 88-25). Sulla base di tale valutazione l’UAI, con progetto di decisione del 18 ottobre 2010, ha ridotto la rendita intera a mezza rendita d’invalidità (doc. AI 99-1). In sede di osservazioni al progetto di decisione il legale dell’assicurato ha contestato la perizia pluridisciplinare SAM producendo lo scritto del 15 novembre 2010 del Dr.

_____ (doc. AI 106-29), quello di medesima data del Dr. _____ (doc. AI 106-32), lo scritto dell’11 novembre 2010 del Dr. _____ (doc. AI 106-35), il referto TAC del 22 ottobre 2010 (doc. AI 106-37), il certificato 10 agosto 2010 del Dr.

_____ (doc. AI 106-40), lo scritto-fax dell’11 novembre 2010 del Dr. _____, il rapporto dell’11 giugno 2006 del Dr. _____, la perizia del 15 novembre 2010 della Dr.ssa _____ (doc. AI 106-45) e il rapporto del 16 novembre 2010 del Dr.

_____ (doc. AI 106-71). Nelle annotazioni del 23 novembre 2010 il medico del SMR, _____, ha preso posizione sulla nuova documentazione medica presentata rilevando

che in considerazione dell’intervento effettuato alla spalla destra il 21 settembre 2010

l’assicurata andava ritenuta inabile al 100% per tre mesi dalla data dell’intervento alla

spalla. Egli quindi consigliava un aggiornamento del quadro clinico con il Dr. _____

(doc. AI 108-1). Il 6 giugno 2011 il patrocinatore dell’assicurato ha quindi prodotto i

rapporti medici del 6 e dell’11 aprile 2011 della _____ (doc. AI 111-4, 111-8) e

quello del 26 maggio 2011 del Dr. _____ (doc. AI 111-11). Nelle annotazioni dell’8

giugno 2011 il Dr. _____ ha indicato che visto il tempo trascorso “ ed una dubbia

modifica dello stato di salute reumatologica ” è indicata una nuova valutazione

reumatologica (doc. AI 113-1). Nella perizia del 26 ottobre 2011 il Dr. _____, spec.

FMH in reumatologia e riabilitazione, dopo aver illustrato l’anamnesi del paziente, i dati

soggettivi e quelli oggettivi ha posto la seguente diagnosi reumatologica con ripercussione

sulla capacità lavorativa: “ (...) - sindrome cervico-vertebrale e cervico-brachiale bilaterale

possibilmente irritativa C7 a destra su una osteocondrosi e artrosi onco-vertebrale bilaterale

C3-C4, C4-C5, C5-C6 e C6-C7 con protrusione circolare dei dischi associati e presenza di

un’ernia discale C6-C7 mediolaterale intraforaminale destra con possibile irritazione della

radice C7 a destra. Alterazioni degenerative secondarie con stenosi foraminale assoluta in

C4-C5 a destra e stenosi foraminale relativa in C3-C4 a destra - periartropatia

omeroscapolare tendinopatica delle spalle bilateralmente a destra più che a sinistra in stato

dopo interventi chirurgici per attrito subacromiale e lesione della cuffia dei rotatori a destra

il 14.11.2005 e il 21.09.2010. A sinistra il 14.11.2007. - sindrome lombo-vertebrale in

stato dopo spondilodesi L4-L5 nel settembre 2004” (doc. AI 117-9). A mente del perito

l’assicurata è da considerare inabile al 100% quale assistente di cura e in qualsiasi altra

attività professionale a partire dal 21 settembre 2010. Quale casalinga l’abilità è del 50%

(doc. AI 117-11). L’Ufficio AI con il progetto di decisione dell’8 novembre 2011 ha

confermato all’assicurata l’erogazione della medesima rendita d’invalidità (doc. AI 120-1).

2.6. Dopo attenta valutazione della fattispecie questa Corte ritiene che a giusta ragione

l’Ufficio AI ha respinto la richiesta di copertura dei costi per gli accertamenti medici

indicati. In primis va evidenziato che dopo la valutazione pluridisciplinare del 27 agosto

2010 l’insorgente ha prodotto nuova documentazione medica con le osservazioni al

progetto di decisione del 18 ottobre 2010 e con lo scritto del 6 giugno 2011 (doc. AI 106-1,

111-1). Ora, tranne la perizia medica del 15 novembre 2010 della Dr.ssa _____ (doc. AI 106-45) e lo scritto del 22 settembre 2011 del _____ (doc. B), i costi non sono documentati con dei referti medici dettagliati ma unicamente con le fatture inviate al paziente (cfr. da doc. AI 121-14 a 121-32). Per quanto concerne la perizia del 15 novembre 2010 della Dr.ssa _____, FMH in medicina generale, e dunque non specialista in reumatologia, questa Corte non ritiene sia risultata determinante ai fini della vertenza. Il medico curante ha infatti posto una diagnosi reumatologica sostanzialmente sovrapponibile a quella del Dr. _____ nella perizia SAM nel 1° giugno 2010, sebbene la Dr.ssa _____ abbia indicato una completa inabilità lavorativa in ogni attività, mentre il Dr. _____ l'aveva anch'egli fissata per la precedente attività di assistente di cura, mentre in attività adeguata aveva indicato l'80% (cfr. doc. AI 88-33;106-51). Per quanto riguarda la spalla destra il medico curante ha messo in rilievo invece l'intervento in artroscopia del 21 settembre 2010 e la necessità di una riabilitazione di almeno sei mesi con invalidità completa (doc. AI 106-51). La restante documentazione, unitamente al referto della Dr.ssa _____ sono stati quindi sottoposti alla valutazione del medico del SMR, Dr. _____ il quale il 23 novembre 2010 ha ritenuto rilevante unicamente l'intervento alla spalla del 21 settembre 2010. Egli ha quindi richiesto un aggiornamento del quadro clinico con il Dr. _____ (doc. AI 108-1). Indicazione ribadita dal Dr. _____ l'8 giugno 2011 (doc. AI 113-1). Il 10 gennaio 2011 l'UAI ha trasmesso al Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il rapporto medico da compilare per un aggiornamento dello status clinico (doc. AI 115-1). In data 16 maggio 2011 l'UAI, dopo due richiami scritti senza esito, ha nuovamente sollecitato al medico l'invio del questionario "rapporto medico" (doc. AI 110-1). Il rapporto con la documentazione in possesso del Dr. _____ sono stati inviati all'UAI solo il 4 ottobre 2011 (doc. AI 115-1). Frattanto l'amministrazione, su indicazione del Dr. _____, ha affidato al Dr. _____ il compito di allestire una valutazione specialistica (doc. AI 114-1). Nella perizia del 26 ottobre 2011 il Dr. _____ ha messo in evidenza il peggioramento del quadro valetudinario da ricondurre "all'esacerbazione di dolori nella zona cervicale e alla spalla destra. Fatto questo che ha portato inizialmente ad un intervento chirurgico alla spalla destra di ricostruzione della cuffia dei rotatori e asportazione di una micro calcificazione in data 21.09.2010". L'intervento non ha tuttavia migliorato la situazione. L'origine della sintomatologia è stata dunque messa in relazione con le importanti alterazioni degenerative alla colonna cervicale. Il Dr. _____ ha quindi fatto riferimento alle valutazioni della _____ (doc. AI 111-4) e del Dr. _____ (doc. AI 115-26), i cui referti non figurano tra quelli di cui è chiesto la rifusione dei costi, che hanno evidenziato una progressione dei disturbi e della sintomatologia a livello cervicale, alle braccia, e un ernia discale C6-C7 (doc. AI 117-10/11). Il Dr. _____, dopo aver visitato la paziente ha quindi fissato dal 21 settembre 2010 (data dell'intervento alla spalla destra) il peggioramento delle condizioni di salute (doc. AI 117-11). Nelle annotazioni dell'11 gennaio 2012 il medico del SMR, Dr. _____, ha sottolineato che le affezioni di cui soffre la ricorrente sono di tipo degenerativo/progressivo. Il peggioramento dello stato di salute rispetto alla perizia SAM dell'agosto 2010 emerge dalla perizia del Dr. _____ (doc. AI 126-1). In definitiva, il TCA ritiene che gli accertamenti di cui l'insorgente chiede il rimborso, oltre a non essere stati ordinati dall'amministrazione non hanno condotto a delle conoscenze rilevanti per l'esito dell'istruttoria amministrativa, né siano stati determinanti per il riconoscimento del diritto alla rendita spettante all'assicurata. Non può essere condivisa l'argomentazione della ricorrente quando afferma che la perizia della

Dr.ssa _____ e i successivi referti, in particolare quello del Dr. _____ del _____ (doc. B) siano risultati decisivi ai fini della vertenza. Il Dr. _____, spec. FMH in anestesia e terapia del dolore, ha infatti visitato la paziente ed effettuato delle infiltrazioni solo a partire dal mese di luglio 2011. Mentre il Dr. _____ ha ricondotto il peggioramento della patologia al settembre del 2010, data dell'intervento chirurgico alla spalla destra (doc. AI 117-11). I referti prodotti dall'assicurata hanno evidenziato il peggioramento di un quadro clinico di per sé già di tipo degenerativo e progressivo, ma non si sono dimostrati necessari ai fini di un convincente accertamento della fattispecie, per il quale è stato comunque predisposto un ulteriore accertamento specialistico. Non essendo adempiuti i presupposti dell'art. 78 cpv. 3 OAI, né dell'art. 45 LPGa, è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha respinto la richiesta di copertura dei costi degli accertamenti in parola. La decisione impugnata merita dunque conferma. 2.7. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurata.

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