

TI_GERICHTE 32.2015.121 vom 10. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.121

FR: TI_GERICHTE 32.2015.121 du 10 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.121 del 10 giugno 2015

Regeste

Richiesta di provvedimenti sanitari x minorenni. Essendo generica va respinta, perché al momento della domanda e della decisione non v'era alcun trattamento medico in atto. La fisioterapia effettuata in precedenza non è rimborsabile essendo trascorsi +12 mesi dalla nascita del D. In futuro, nuova domanda

Erwägungen

E. 8

cpv. 3 lett. a LAI) , per quanto essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete. Quale misura integrativa, l'art. 12 cpv. 1 LAI dispone che 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. A norma dell'art. 12 cpv. 2 LAI, 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). Di regola, per cura vera e propria dell'affezione si intende la guarigione o il miglioramento di un fenomeno patologico labile. L'assicurazione per l'invalidità, di principio, prende a proprio carico unicamente le misure terapeutiche atte a eliminare o a correggere degli stati patologici stabili, o perlomeno relativamente stabili, oppure delle perdite di funzione, a condizione che tali misure permettano di prevedere un successo durevole e importante ai sensi dell'art. 12 cpv. 1 LAI (DTF 120 V 279 consid. 3a e riferimenti ivi citati; Pratique VSI 2000, pag. 301 consid. 2a). L'art. 12 cpv. 1 LAI persegue lo scopo di delimitare il campo di applicazione dell'assicurazione per l'invalidità da quello dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Tale delimitazione si fonda sul principio secondo il quale la cura di una malattia o di una lesione, a prescindere dalla durata dell'affezione, appartiene, in primo luogo, al campo dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (DTF 104 V 81, consid.

1, 102 V 41 consid. 1; RCC 1981 pag. 159 consid. 3a). Ciononostante, il danno alla salute a seguito di un infortunio può essere ragione di provvedimenti sanitari ex art. 12 LAI nella misura in cui non esiste una stretta relazione materiale e temporale con la cura primaria delle conseguenze dell'infortunio (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 2010, p. 141 con riferimento a DTF 114 V 18 consid. 1b). Conformemente al N. 77 della CPSAI (Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione per l'invalidità), l'AI non è tenuta ad assegnare prestazioni per provvedimenti sanitari d'integrazione finché tale obbligo incombe all'assicurazione contro gli infortuni. L'AI è invece obbligata ad accordare prestazioni alle persone non sottoposte all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (particolarmente ai bambini, alle casalinghe ed agli indipendenti) non appena lo stretto nesso temporale con la cura dell'infortunio è interrotto (N. 80 CPSAI). Va precisato che 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 (STF I 436/05 del 10 novembre 2006 consid. 3.1; DTF 120 V 279 consid. 3a; DTF 115 V 194, 112 V 349, 105 V 19 e 149, 102 V 42). Provvedimenti aventi effetto stabilizzante sono quindi sempre diretti contro uno stato patologico labile. Perciò una terapia continuata, necessaria ad impedire l'avanzamento di una malattia o mantenerla stazionaria, è da considerare quale cura vera e propria del male (DTF 108 V 218; SVR 1995 IV Nr. 34 consid. 1a; ZAK 1989 p. 451ss.; RCC 1988 p. 96 consid. 1). Non costituisce pertanto una conseguenza stabile di una malattia uno stato che è mantenuto in equilibrio grazie a misure terapeutiche, indipendentemente dal tipo di trattamento (EVGE 1969 p. 97; DTF 98 V 209). Fino a quando può essere mantenuto in equilibrio, un tale stato è sì stazionario ma non stabile (o relativamente stabile) ai sensi della citata giurisprudenza, provvedimenti medici volti a stabilizzare una determinata affezione rispettivamente a differire un peggioramento dello stato di salute non essendo a carico dell'AI in quanto sempre incentrati su una patologia labile (ZAK 1988 p. 86; STFA del 7 luglio 2003 nella causa W. [198/03]). Una volta terminata la fase evolutiva dell'affezione, sia essa primaria o secondaria, e subentrato uno stato relativamente stabilizzato, ci si può porre il quesito, nel caso di assicurati maggiorenni, se una misura terapeutica debba essere ritenuta un provvedimento d'integrazione (SVR 1995 IV Nr. 34 p. 90 consid. 1a; DTF 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19, 149, 104 V 82 consid. 1; RCC 1975 p. 392). D'altra parte, di regola l'AI assume unicamente provvedimenti tesi direttamente all'eliminazione o correzione di un difetto stabile oppure di un deficit funzionale, nella misura in cui, dalla prognosi, si possa presumere un notevole successo reintegrativo. Quest'ultimo, preso a sé, non costituisce un criterio determinante nel quadro dell'art. 12 LAI, poiché, praticamente, ogni provvedimento sanitario che abbia esito positivo influenza favorevolmente la capacità lucrativa e la vita attiva. Se quindi un provvedimento serve a curare una malattia, non può essere assunto dall'AI neppure se migliora la capacità di guadagno (SVR 1995 IV Nr. 34 p. 90; DTF 120 V 279, 115 V 194, 112 V 349, 105 V 19, 100 V 101 consid. 1a, 98 V 208 consid. 2; STFA I 761/03 del 9 febbraio 2004, I 842/02 del 4 luglio 2003). 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. 2.3. Dal requisito della correzione di stati patologici stabili, o perlomeno relativamente stabili, oppure delle perdite di funzione, ci si discosta nel caso di assicurati minori di 20 anni che non svolgono attività lucrativa (STCA 32.2012.204 dell'11 aprile 2013), come è il caso in esame. L'art. 5 cpv. 2 LAI prevede che le persone di età inferiore a 20 anni, che non esercitano un'attività lucrativa, sono considerate invalide sulla base dell'articolo 8 capoverso 2 LPGGA. L'art. 8 cpv. 2 LPGGA 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. Conformemente all'art. 5 cpv. 2 LAI, per valutare il diritto a provvedimenti sanitari di assicurati minorenni 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). 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, 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 e/o la capacità di guadagno (DTF 131 V 21 consid. 4.2 con riferimenti). 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 (STF I 436/05 del

E. 10

novembre 2006 consid. 3.2; STCA 32.2012.204 dell'11 aprile 2013). 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. 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 (rispettivamente dell'intervento) in discussione. 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 (STF I 436/05 del 10 novembre 2006 consid. 3.4 con riferimenti). 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 (psico)terapia 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 (es. anoressia: Pratique VSI 2000 p. 65, disturbo ipercinetico: Pratique VSI 2003 p. 104). 2.4. Nella fattispecie, nel 2012, quando aveva appena 7 anni, l'assicurato ha subito un infortunio che ha comportato la grave frattura del collo del radio e del gomito destro, trattata chirurgicamente con complicazione di necrosi e bloccaggio della testa del radio, ciò

che gli impedisce e lo blocca alla pronazione e alla supinazione (doc. 6), precludendogli la funzionalità dell'arto. Il medico curante, dr. med. _____, Capo-Servizio ortopedia pediatrica presso l'Ospedale _____ di _____, nel suo referto del 13 maggio 2014 (doc. 2) ha attestato che era meglio, a quel momento, non sottoporre il bambino ad altri interventi chirurgici essendo la situazione molto delicata e le uniche soluzioni essendo aggressive e con un alto tasso di complicazione, oltre che di esito incerto, visto che avendo passato tanti anni con un movimento non più eseguito, era probabile che lo stesso non fosse più possibile o solo con un miglioramento parziale. A suo dire, era quindi meglio non fare nulla per il momento, tutt'al più visto che RI 1 compensa e fa di tutto (suona la chitarra e gioca a hockey) e l'apparizione del dolore è rara. Lo specialista ha concluso affermando che la situazione era stabile e che avrebbe rivisto il paziente una volta all'anno. Il 6 giugno 2014 (doc. 8) l'assicurato è stato visitato dal prof. Dr. med. _____, primario di neuroortopedia all'Ospedale universitario pediatrico di _____, il quale ha evidenziato che il bambino compensava la mancata rotazione del gomito con la postura della spalla. Nell'agosto 2014 (doc. 9) il dr. med. _____ ha rilevato che il piano di trattamento prevedeva, a quel momento, della fisioterapia e che un ulteriore consulto universitario avrebbe probabilmente suggerito un intervento chirurgico. Fino ad allora v'era stato un miglioramento della mobilità, ma la prognosi a lungo termine era infausta per la funzionalità del gomito destro. Nell'ottobre 2014 (doc. 12) l'Ufficio AI ha accertato presso i genitori dell'assicurato che quest'ultimo non necessitava di ortesi. Dal referto del 29 dicembre 2014 (doc. 23/4) del professore _____, FMH chirurgia ortopedica, attivo presso la _____, risulta che malgrado il deficit di pronazione, il bambino suona la chitarra, gioca a hockey, segue una normale scolarizzazione e fa sport senza problemi e quindi si è ben adattato alla perdita della pronosupinazione, che non gli causa dolori. Per questi motivi, non ha ritenuto opportuno l'intervento chirurgico che è stato proposto a _____. Durante l'istruttoria precedente l'emanazione della decisione impugnata, il 19 gennaio 2015 (doc. 27) l'amministrazione ha chiesto ad RA 1 le date di inizio dei periodi di fisioterapia effettuati dal figlio, ottenendo quale risposta che da inizio novembre 2012 a metà gennaio 2013 RI 1 ha effettuato della fisioterapia, mentre dal 15 gennaio 2013 ad inizio aprile 2013 si è sottoposto a trattamenti ergoterapici (doc. 27). Medesima domanda è stata posta il 16 febbraio 2015 (doc. 28) al medico curante, che il 27 febbraio 2015 (doc. 29) ha risposto che il bambino " attualmente non sta svolgendo nessuna terapia ". 2.5. Nel caso specifico, l'Ufficio AI aveva inizialmente negato il diritto ai provvedimenti sanitari, con la motivazione che il danno al gomito era stato causato da un infortunio. Con la decisione contestata l'amministrazione ha confermato il diniego delle prestazioni, con la motivazione che gli accertamenti medici esperiti hanno evidenziato come non sia attualmente attuato o previsto alcun trattamento medico specifico. La conclusione tratta dall'amministrazione va condivisa. In effetti, il dr. med. _____ ha espressamente affermato che lo stato del gomito destro lesionato a seguito dell'infortunio del settembre 2012 appare stabilizzato, non più ulteriormente migliorabile e che attualmente (nel febbraio 2015) il ricorrente non stava svolgendo nessuna terapia. Anche i genitori del bambino hanno ricordato che il figlio ha effettuato dei cicli di fisioterapia e di ergoterapia (soltanto) tra il mese di novembre 2012 e il mese di aprile 2013, perciò al momento dell'inoltro della richiesta di prestazioni AI per minori (giugno 2014) e dell'emanazione della decisione dell'amministrazione, nessun trattamento medico post-infortunistico era in atto né tanto meno era previsto. Il fatto che ipoteticamente in futuro egli potrebbe eventualmente avere bisogno di una o più operazioni al gomito destro nulla muta all'esito della presente vertenza, non essendo comunque un

simile intervento né previsto e nemmeno di sicura attuazione futura. Parimenti vale per eventuali altre misure che potrebbero entrare in linea di conto per contrastare eventuali altre complicazioni future, quali dei trattamenti fisioterapici e/o ergoterapici. Del resto, il ricorrente non si è premurato di precisare quale trattamento medico egli ritenga attualmente necessario, limitandosi a richiedere genericamente la concessione di provvedimenti sanitari giusta l'art.

E. 12

LAI (STCA 32.2010.71 del 15 settembre 2011 consid. 2.7). Va rilevato che il controllo medico dispensato annualmente in quanto tale non può essere assimilato ad un "intervento" medico ai sensi dell'art. 2 cpv. 1 OAI e dell'art. 12 LAI, che sia di natura chirurgica, fisioterapeutica e psicoterapeutica, inteso "a sopprimere o ad attenuare i postumi d'una infermità congenita, d'una malattia o d'un infortunio" (DTF 131 V 22; STFA del 15 maggio 2006, I 192/05; STCA 32.2010.71 del 15 settembre 2011). E questo – sia detto di transenna - contrariamente al diritto ai provvedimenti sanitari in caso di infermità congenita, laddove tale diritto si estende a tutti i provvedimenti "per la cura" dell'infermità. In effetti, il N.

E. 16

della CPSI (Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione per l'invalidità) prevede che anche i controlli medici nell'ambito di un'infermità congenita riconosciuta che non necessita ancora di un trattamento o non può essere ancora curata, rientrano nella cura di un'infermità congenita (cfr. invece per quanto riguarda i provvedimenti ex art. 12 LAI, i N. 30 segg; sulla portata giuridica delle direttive amministrative cfr. STFA C 124/06 del 25 gennaio 2007; DTF 132 V125 e 203, 131 V 286 consid. 5.1, 131 V 45 consid. 2.3, 130 V 229 consid. 2.1). Un'eccezione nell'ambito dei provvedimenti sanitari ex art. 12 LAI è prevista nel caso di operazione alla cataratta eseguita in via ambulatoriale, laddove l'AI assume quale provvedimento sanitario anche un controllo medico effettuato immediatamente prima dell'intervento (N. 82 CPSI). In assenza della necessità di provvedimenti medici sanitari, risulta superfluo l'esame dal punto di vista del successo integrativo ai sensi dell'art. 5 cpv. 2 LAI, così come da prassi e giurisprudenza citate (cfr. consid. 2.2 e 2.3; DTF 101 V 48, 97 e 103; VSI 2000 p. 306; STCA 32.2010.71 del 15 settembre 2011 consid. 2.7). 2.6. Per quanto riguarda, infine, le terapie fisio/ergoterapiche di cui il ricorrente ha beneficiato tra novembre 2012 ed aprile 2013, l'Ufficio AI ha ritenuto, a giusta ragione, di non doverle rimborsare, essendo esse state dispensate oltre un anno prima della nascita di tale diritto, avvenuta nel giugno 2014 (l'art. 48 cpv. 1 LAI recita che se e l'assicurato fa valere il diritto a un assegno per grandi invalidi, a provvedimenti sanitari o a mezzi ausiliari più di 12 mesi dopo la nascita di tale diritto, la prestazione gli è dovuta, in deroga all'art. 24 cpv. 1 LPGA, soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta). A tale proposito, l'insorgente ha tutt'al più chiesto l'applicazione dell'art. 48 cpv. 2 LAI, che prevede che la prestazione arretrata è corrisposta per un periodo più lungo se l'assicurato: a. non poteva conoscere i fatti determinanti il suo diritto alle prestazioni; e b. fa valere il suo diritto entro 12 mesi dal momento in cui è venuto a conoscenza di tali fatti. In concreto, l'assicurato conosceva perfettamente i fatti alla base del suo diritto (le sedute di fisioterapia e di ergoterapia effettuate negli anni 2012 e 2013), perciò l'invocata applicazione del capoverso 2 dell'art. 48 LAI non può essergli di alcun aiuto. Semplicemente, egli ha inoltrato tardivamente all'Ufficio AI la richiesta di rimborso di dette terapie. 2.7. In conclusione, se le terapie passate non possono essere riconosciute al ricorrente per una mera questione di decorrenza dei termini, per i provvedimenti sanitari di cui avrà semmai

necessità in futuro a dipendenza dell'infortunio del settembre 2012 l'assicurato dovrà inoltrare all'amministrazione una specifica domanda, che la valuterà e si pronuncerà specificatamente e concretamente sulla prestazione richiesta. Medesimo iter procedurale dovrà adottare il ricorrente qualora avesse in futuro bisogno di mezzi ausiliari o di un orientamento professionale al termine della scolarizzazione obbligatoria. 2.8. Stanti le argomentazioni esposte, il ricorso deve dunque essere respinto. 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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