

TI_GERICHTE 32.2015.3 vom 1. Dezember 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-12-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.3

FR: TI_GERICHTE 32.2015.3 du 1 décembre 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2015.3 del 1 dicembre 2014

Regeste

Legittimazione della cassa malati. La domanda di garanzia per provvedimenti sanitari per l'infermità congenita OIC 195 inoltrata dalla CM non é tardiva

Erwägungen

E. 12

novembre 1997 consid. 3b), nel caso di un grave disturbo della personalità (STFA I 205/96 del 21 ottobre 1996 consid. 3c), nel caso di incapacità di discernimento a causa di una (imprecisata) grave patologia psichiatrica (STFA I 71/00 del 29 marzo 2001 consid. 3a) e nei casi di grave depressione (DTF 102 V 112 consid. 3 pag. 118) o di disturbo di personalità con secondario alcoolismo cronico (STFA I 149/99 del 16 marzo 2000 consid. 3b). Detta casistica è confermata nella succitata DTF 139 V 289 consid. 4.2 pag. 292). Un pagamento retroattivo della rendita ai sensi dell'art. 48 cpv. 2 LAI può, pertanto, avvenire solo in modo restrittivo. 2.6. Il TFA, nella STFA I 671/03 del 1. dicembre 2004, chiamato a pronunciarsi in un caso in cui l'autorità giudiziaria cantonale aveva riconosciuto – in applicazione dell'art. 48 cpv. 2 v.LAI in vigore fino al 31 dicembre 2007 e vista l'infermità congenita cifra 451 OIC (glicogenosi) – il diritto a provvedimenti sanitari dal 24 giugno 2001 ritenuta la tardività della domanda di prestazioni del 24 giugno 2002, ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.2 Anders als der Anspruch auf Rentenleistungen, der nicht von einer bestimmten Diagnosestellung abhängig ist, setzt der Anspruch auf medizinische Massnahmen bei einem Geburtsgebrechen die Existenz eines genau bezeichneten Gebrechens voraus (vgl. Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 3 IVV; unveröffentlichtes Urteil H. vom 23. März 1999 [I 509/98] Erw. 2c). Als Korrelat zu dieser eng umschriebenen Anspruchsvoraussetzung darf die bei gebotener Sorgfalt zumutbare Kenntnis des anspruchsbegründenden Sachverhalts im Sinne von Art. 48 Abs. 2 Satz 2 IVG vom Versicherten nicht bereits zu einem Zeitpunkt erwartet werden, in welchem eine kongenitale Natur des Gesundheitsschadens von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in Betracht gezogen wird, jedoch noch keine objektive Gewissheit über das Vorliegen eines seit Geburt bestehenden Leidens, geschweige denn über dessen genaue Bezeichnung (diagnostische Einordnung), besteht. Vor diesem Hintergrund erweist sich die vorinstanzliche Schlussfolgerung, dass der anspruchsbegründende medizinische Sachverhalt für den Beschwerdeführer bzw. seine gesetzlichen Vertreter bereits im Juli 2000 erkennbar gewesen sei, als unzutreffend. Vielmehr bestanden bis Anfang Juli 2002 objektiv begründete Zweifel am Vorliegen eines seit Geburt bestehenden Gesundheitsschadens, welche - wie aus dem unter Erw. 4.1 hievor Gesagten hervorgeht - auch durch Rückfrage bei den behandelnden Ärzten nicht hätten verlässlich ausgeräumt werden können. Dementsprechend kann dem Beschwerdeführer das Zuwarten mit der IV-Anmeldung nicht als Sorgfaltswidrigkeit vorgeworfen werden. Dies gilt umso mehr, als

der Versicherte - im Unterschied zum vorinstanzlich erwähnten Urteil EVGE 1964 S. 275 Erw. 2 - nicht jahrelang für eine bereits kurz nach der Geburt aufgefallene Anomalie in Behandlung stand, ohne sich über die kongenitale Natur der Beschwerden zu erkundigen, sondern an einer juvenil-adulten Form einer Stoffwechselstörung leidet, deren vage Anzeichen zum ersten Mal im Alter von vierzehn Jahren auftauchten; dass es sich um ein Geburtsgebrehen handelt, war daher nicht gleich naheliegend wie im Falle von kurz nach der Geburt oder in den ersten Lebensjahren manifest werdenden Gesundheitsschäden. Nicht zum Nachteil gereicht es dem Beschwerdeführer, dass er sich bereits einen Monat vor der am 24. Juli 2002 durchgeführten, eine verlässliche Diagnose ermöglichenden Muskelbiopsie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete und als Grund hierfür ein "Geburtsgebrehen" angab. Denn dies ändert nichts daran, dass er sich mit dieser Angabe im Bereich der medizinischen Spekulation bewegte, wie der Beschwerdeführer mit seinem vagen Hinweis auf eine (anschliessend nicht bestätigte) "Myopathie" mit allgemeinem Vermerk "siehe Arztbericht von Prof. L. _____" denn auch selbst einräumte.

4.3 Nach dem Gesagten hat sich der Beschwerdeführer am 24. Juni 2002 rechtzeitig im Sinne von Art. 48 Abs. 2 Satz 2 IVG zum Leistungsbezug angemeldet, sodass die Voraussetzungen einer weiter als 24. Juni 2001 zurückgehenden Nachzahlung erfüllt sind. Antragsgemäss erstreckt sich der Anspruch auf die zur Behandlung des Geburtsgebrehens notwendigen medizinischen Massnahmen auch auf die Zeit von März 1998 bis 23. Juni 2001 (Erw. 1 und 3.1 hievor). (...)" (STF I 671/03 del 1. dicembre 2004, consid. 4.2 e 4.3) In sintesi il TFA ha stabilito che, presupponendo il diritto a dei provvedimenti sanitari ex art. 13 LAI l'esistenza di un'infermità congenita, all'assicurato, anche usando della dovuta diligenza, non è possibile imputare la conoscenza dei fatti determinanti il suo diritto prima che una tale diagnosi sia posta. La succitata STFA è stata richiamata anche nelle STF 9C_42/2011 del 27 aprile 2011 consid. 4.3 e 8C_300/2007 del 14 gennaio 2008 consid. 2.2. 2.7. Nella fattispecie concreta, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.6), questo Tribunale ritiene che PI 1 è venuto a conoscenza di essere portatore di un'infermità congenita nel marzo 2013. In effetti il dr. _____, nel rapporto del 20 marzo 2013 indirizzato alla _____, si è così espresso: "(...) Conosco il paziente già dal 2004 dove per problemi al ginocchio destro ero stato contattato, si era diagnosticata una Sindrome di Sinding Larsen ginocchio destro. Altri episodi di dolori acuti a livello del ginocchio sono probabilmente da riportare a delle tendenze a lussazioni rotulee, una sicura a destra nel marzo 2007, un'altra a sinistra nell'aprile seguente. Da poi gioca sempre con una ginocchiera e fa fisioterapia. Una forte lussazione a destra è subentrata ancora nell'aprile 2008, da poi trattamento conservativo con capsula gessata. Nel 2011 altra sub-lussazione della rotula destra trattata conservativamente e l'ultima risulta il 06.01.2013. Qui ora scattano gli accertamenti con protocollo e misurazione TA-TG che risulta patologico a destra, ma ancor di più a sinistra. Si è dunque optato per un trattamento operatorio di ricostruzione del MPFL (legamento patello-femorale mediale). Dapprima a destra, poi si dovrà eseguire questo intervento anche a sinistra un anno dopo. L'andamento di questa patologia parla per una malformazione congenita e non è a carico dell'assicurazione infortuni. (...)" (doc. 5/1 incarto Cassa malati = doc. A/5) In seguito l'assicurato è stato sottoposto all'intervento "(...) MPFL con Gracilis, sistema Arthrex (...)" come risulta dal rapporto operatorio del 28 marzo 2013 del dr. _____ (doc. AI 7/5-6). Stante quanto sopra – ritenuto anche che secondo la Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione invalidità (CPSI, valida dal 1° gennaio 2015), l'infermità congenita cifra 195 OIC (Lussazione congenita della rotula, per quanto sia

necessaria un'operazione) è "(...) un'affezione rara che appare nell'ambito di certi sindromi (p. es. sindrome di Rubinstein-Taby) oppure anche isolata. Nella maggior parte dei casi la diagnosi non è formulata al momento della nascita, ma solamente nell'età infantile. (...)” – questo Tribunale ritiene che prima del 20 marzo 2013 PI 1 non poteva conoscere i fatti determinanti il suo diritto alle prestazioni ai sensi dell'art. 48 cpv. 2 lett. a LAI. Infatti, lo si ribadisce, anche se non indicata precisamente quale infermità congenita cifra 195 OIC, è solo con il rapporto del 20 marzo 2013 del dr. _____ che viene posta la diagnosi di una malformazione congenita con indicazione per un'operazione e nulla in questo senso risulta da tutta l'altra documentazione medica componente l'incarto AI. In questo senso non può essere seguito l'Ufficio AI laddove sostiene che PI 1 "(...) – perlomeno dal 2004 – era a conoscenza dei fatti determinanti il suo diritto a prestazioni ai sensi dell'art. 48 cpv. 2 lett. a LAI. (...)” (IV). Nemmeno è possibile concludere diversamente per il fatto che PI 1, nel formulario "(...) Richiesta per minori (...)” del 29 luglio 2014 (doc. AI 5/1-6), abbia indicato quale danno alla salute un'infermità congenita: "(...) difetto congenito alle ginocchia [...] da sempre (...)” (doc. AI 5/4-5, punti 5.1. e 5.2) indicando di disporre quale mezzo ausiliare delle "(...) ginocchiere circa dal 2004 (...)” (doc. AI 5/5, punto 5.5). Infatti, il diritto alle prestazioni per la cura dell'infermità congenita cifra 195 OIC presuppone, da una parte, la diagnosi di lussazione congenita della rotula e, dall'altra parte, la necessità di un'operazione ("(...) lussazione congenita della rotula, per quanto sia necessaria un'operazione (...)”). Ora, lo si ribadisce, tanto l'esistenza di una malformazione congenita quanto l'indicazione per un'operazione sono state poste dal dr. _____ per la prima volta nel succitato rapporto del 20 marzo 2013 (cfr. doc. 5/1 incarto Cassa malati = doc. A5). Al riguardo l'Ufficio AI ha rilevato tuttavia che "(...) Anche volendo seguire la tesi ricorsuale di controparte (cfr. il gravame al punto 5) – in base alla quale l'assicurato sarebbe venuto a conoscenza di essere portatore di un'infermità congenita al più presto il 20 marzo 2013 –, il risultato finale non cambia. In effetti, il Signor PI 1 – il 20 marzo 2014 – non aveva (ancora) inoltrato la relativa richiesta di prestazioni conformemente a quanto disposto dall'art. 48 cpv. 2 lett. b LAI. (...)” (IV). 2.8. Nella DTF 135 V 165, circa la facoltà dell'assicuratore malattia di annunciare un assicurato all'assicurazione invalidità, il TF ha stabilito che "(...) se l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ha assunto le spese di trattamento in virtù del suo obbligo di prestazione anticipata (art. 70 cpv. 2 lett. a LPGa) e l'assicurato, contrariamente all'art. 70 cpv. 3 LPGa, non si annuncia all'assicurazione per l'invalidità per ottenere le rispettive prestazioni, l'assicuratore malattia ha la facoltà di procedere all'annuncio. (...)” (regesto della DTF 135 V 165). In concreto la ricorrente, con scritto del 15/17 aprile 2014 (richiamati l'art. 71 LPGa che regola il rimborso degli anticipi e la DTF 135 V 106), ha annunciato all'Ufficio AI il caso di PI 1 (cfr. doc. AI 1/1 e la documentazione allegata di cui all'incarto cassa malati). Per le ragioni che seguono questo Tribunale ritiene che con il succitato annuncio del 15/17 aprile 2014 la ricorrente ha rispettato l'art. 48 cpv. 2 LAI e pertanto è a torto che l'Ufficio AI ha stabilito per PI 1 che "(...) assumiamo i costi per la cura dell'infermità congenita cifra 195, dal 17.04.2013 (retroattività massima dall'inoltro della domanda, in conformità dell'art. 48 della LAI) al 31.10.2014. (...)” (doc. AI 12/1). Va qui evidenziato che il rapporto del 20 marzo 2013, nel quale il dr. _____ ha posto la diagnosi di malformazione congenita con indicazione per un'operazione (doc. 5/1 incarto Cassa malati = doc. A/5) è stato indirizzato alla _____ senza copia alla ricorrente. Anche lo scritto del 4 aprile 2013 – scritto con il quale la _____ ha comunicato a PI 1 che: "(...) Ci riferiamo all'infortunio occorso il 06.01.2013. Il 02.04.2013 il caso è stato sottoposto al nostro

medico di fiducia, Dr. med. _____ specialista in medicina infortunistica. In base agli atti medici in nostro possesso e del suo parere, la informiamo sulle seguenti osservazioni: ● Il caso è stato preso a carico per un periodo limitato (3 mesi dall'evento) ● Le spese mediche verranno prese a carico fino al 26 marzo 2013. Dopo tale data le fatture saranno di competenza della sua cassa malati. (...)” (doc. AI 13/22 = doc. A/9) – non è stato trasmesso in copia alla ricorrente. Come sostenuto, e peraltro non contestato, è solo con la ricezione della fattura del 16 aprile 2013 (doc. AI 13/34 = doc. A16/1) che la ricorrente è venuta a conoscenza della cura relativa all'infermità congenita: “(...) RI 1 ha ricevuto una fattura elettronica relativa alla cura dell'infermità congenita in data 15 maggio 2013 per un periodo di cura dal 27 marzo al 30 marzo 2013. Prima di ricevere questa fattura RI 1 non era a conoscenza del problema di salute congenito del suo assicurato. (...)” (VII). La ricorrente, che non poteva conoscere i fatti determinanti il diritto alle prestazioni di PI 1 prima della succitata fattura del 16 aprile 2013, con l'annuncio 15/17 aprile 2014 ha fatto valere il diritto del suo assicurato entro 12 mesi da quando è venuta a conoscenza dei suddetti fatti. Pertanto, a mente di questo Tribunale, ritenuta la facoltà di annunciare un assicurato all'assicurazione invalidità ai sensi della DTF 135 V 106 e avendo la ricorrente rispettato l'art. 48 cpv. 2 LAI, a PI 1 va riconosciuto il diritto ai provvedimenti sanitari per l'infermità congenita cifra 195 OIC fino al 31 ottobre 2014. Di conseguenza il ricorso va accolto e la decisione impugnata riformata nel senso che a PI 1 va riconosciuto il diritto ai provvedimenti sanitari per l'infermità congenita cifra 195 OIC fino al 31 ottobre 2014. 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 fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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