

TI_GERICHTE 32.2018.80 vom 18. April 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-04-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.80

FR: TI_GERICHTE 32.2018.80 du 18 avril 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.80 del 18 aprile 2018

Regeste

Assicurato minorenni che chiede il rimborso dei costi legati alle ortesi OSSA dei piedi. Confermato il diniego di prestazioni non essendo le ortesi un complemento a provvedimenti sanitari ex art. 12 e 13 LAI e nemmeno può essere considerato un mezzo ausiliario

Erwägungen

E. 1

una diagnosi presentata di regola durante le prime settimane di vita o, al più tardi, entro il primo anno di vita;

E. 2

l'evidenziazione tramite un esame radiologico della posizione anormale dell'astragalo e della sublussazione dell'articolazione navicolare." Va al riguardo ricordato che il TF ha giudicato non ammissibile il fatto che la diagnosi di piede piatto congenito debba essere posta entro il primo anno di vita del bambino. Piuttosto è lecito che successivamente sia provato con il grado di verosimiglianza preponderante che il piede piatto diagnosticato sia congenito e che non si tratti di un'affezione postuma (SVR 1999 IV nr. 27 [recte: nr. 10] citato in Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung zum IVG, 2014, ad art. 13 n. 33, pag. 170).

2.1.3. Ritornando al caso in esame, con rapporto 2 ottobre 2017 il pediatra curante dr. med. _____ ha ritenuto necessaria un'ortesi da "portare per svariati anni" (doc. 5 inc. AI). Esaminato il preventivo relativo all'ortesi, nella perizia tecnica del 29 dicembre 2017 la FSCMA (Federazione svizzera di consulenza dei mezzi ausiliari) ha concluso: "Proponiamo all'AI, se i presupposti per l'ottenimento di provvedimenti sanitari dovessero risultare assolti, di prendere a carico i costi delle ortesi succitate, per CHF 1432,95 IVA inclusa, e secondo CPSI 1215 ." (sottolineatura del redattore; doc. 12 inc. AI) La cifra 1215 delle CPSI, stato al 1° gennaio 2018, dispone: " 4.3 Apparecchi per la cura Se sono necessari apparecchi di cura per l'attuazione di provvedimenti sanitari accordati dall'AI (p. es. inalatori, occhiali correttivi di anomalie congenite della vista, nebulizzatori, apparecchi per distillare e cuscini di gomma piuma in caso di mucoviscidosi, sfere e tappeti nonché, ad es. in caso di gravi disturbi motori come la paralisi cerebrale, Haverich a tre ruote), le relative spese vanno a carico dell'AI giusta gli articoli 3 LPGA e 11, 12 e 13 LAI." A tale riguardo va fatto presente che nel concetto di provvedimenti sanitari (sia ex art. 12 sia art. 13 LAI) ai sensi dell'art. 14 LAI sono compresi anche i relativi apparecchi necessari per loro attuazione, che non siano riconosciuti come mezzi ausiliari [Murer, Invalidenversicherungsgesetz (Art. 1-27bis IVG), 2014, art. 14 n. 35 con i vari riferimenti], come il caso in esame. Nella risposta di causa l'amministrazione ha fatto riferimento alle annotazioni del 17 aprile 2018 della pediatra SMR, la quale, prendendo in considerazione il referto del 30 dicembre 2014 della dr.ssa med. _____ relativo alla radiografia del piede destro e sinistro AP e laterale in carico, ha rilevato che il citato referto radiologico

“descrive un’importante verticalizzazione e un orientamento mediale del talo, quale causa del piede piatto. Non viene evidenziata sublussazione dell’articolazione navicolare” ed ha concluso che “non risultano assolate tutte le condizioni per riconoscere l’IC 193 ” (doc. 21 inc. AI). Contestualmente il pediatra curante del bambino, nel suo rapporto 28 gennaio 2016, ha invece indicato una “ sublussazione astragalo navicolare ” come pure in quello del 7 gennaio 2015, ma non in quelli datati 8 novembre 2017 e 28 novembre 2014 (tutti sub doc. 20 inc. AI). Chiamato dal TCA, con scritto 5 aprile 2019, a prendere posizione in merito alle succitate divergenti conclusioni circa la sublussazione dell’astragalo navicolare, il 18 aprile 2019 il citato pediatra ha così risposto: " (...) 2. Il referto della radiografia del 23.12.2014, redatto della Dr.ssa _____, indicava “un’importante verticalizzazione e un orientamento mediale del talo con corrispondente di piedi piatti”. Questo orientamento mediale del talo corrisponde effettivamente ad una sublussazione del talo. Si tratta di terminologie diverse nonostante il concetto sia lo stesso. Questo orientamento e questa importante verticalizzazione del talo stesso è un referto patologico per il quale solamente delle ortesi, tipo quelle di OSSA, possono sperare di curare. Confermo quindi la sublussazione dell’astragalo-navicolare che, se può rendere meglio ai suoi occhi il concetto, si può parlare di un forte orientamento mediale del talo. (...)” (doc. IX/1) Nel medesimo scritto il TCA ha chiesto al dr. med. _____: " Dalla succitata documentazione medica allegata, incluso anche il referto radiologico 1° febbraio 2016 (all. 3) della dr.ssa med. _____, lei evidenzia una posizione anomala dell’astragalo?", ricevendo la seguente risposta: " (...) 3. La Dr.ssa _____ riconferma “la presenza di importanti piedi piatti con orientamento verticale e mediale del talo” anche qui vi è una discrepanza di terminologia nonostante voglia intendere lo stesso concetto ovvero una deviazione importante dell’osso, quindi una posizione patologica dell’articolazione stessa.” (doc. IX/1) Con annotazioni 14 giugno 2019 la dr.ssa med. _____ del SMR, preso atto del succitato accertamento, ha ritenuto assolta la seconda condizione dell’infermità congenita seconda la cifra 193 CPSI (“ evidenziazione tramite un esame radiologico della posizione anormale dell’astragalo e della sublussazione dell’articolazione navicolare”, cfr. consid. 2.1.1). Per quel che concerne l’aspetto temporale, va ricordato che, come risulta dalla CPSI, la diagnosi di piede piatto congenito deve essere “presentata di regola durante le prime settimane di vita o, al più tardi, entro il primo anno di vita ”. Ciò non corrisponde al caso in esame, ritenuto che alla domanda no. 1 nel succitato scritto 18 aprile 2019, il pediatra ha risposto che il piede piatto congenito è stato “visto la prima volta il 27.11.2014 allorché il bambino aveva 3 anni e

E. 3

mesi ”. Tenuto conto di quanto sopra, con scritto 12 luglio 2019 il TCA ha nuovamente interpellato il pediatra curante: " Alla domanda no. 1 lei ha risposto che il piede piatto congenito è stato visto la prima volta il 27 novembre 2014, quando il bambino aveva 3 anni e 3 mesi. Sulla base degli atti medici a sua disposizione, lei può affermare, motivando, che il piede piatto sia effettivamente d’origine congenita e che non si tratti di un’affezione successiva alla nascita del bambino” (XIII). In risposta, il 17 settembre 2019 il dr. med. _____ ha rilevato: " ... dopo essermi consultato con il Prof. _____, professore di ortopedia pediatrica presso l’Ospedale _____ di _____, che d’altronde ha preso anche lui a carico il paziente per volere dei genitori, il Prof. _____ ha previsto un intervento chirurgico da qualche anno, ma le confermo che si tratta di un piede piatto ma che il piede piatto di RI 1 non è un piede piatto congenito ma un piede piatto valgo.” (doc. XVII/1) Non trattandosi dunque di un piede piatto congenito, e quindi d’infermità

congenita, ma di un piede valgo – come del resto diagnosticato nel rapporto 28 novembre 2014 del pediatra curante (pag. 51 inc. AI) – l'ortesi in parola non può essere riconosciuta quale complemento di provvedimenti d'integrazione. 2.2. Occorre ora esaminare se l'ortesi in parola possa essere considerata quale complemento a provvedimenti sanitari ai sensi dell'art. 12 LAI in relazione all'art. 5 cpv. 2 LAI. 2.2.1. Secondo l'art. 12 LAI i provvedimenti sanitari sono destinati non alla cura vera e propria del male ma direttamente all'integrazione professionale e atti a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno o a evitare una diminuzione sostanziale di tale capacità. 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, p. 301 consid. 2a). La succitata disposizione legale 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 p. 159 consid. 3a). 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, 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 LPGA. Stabilisce l'art. 8 cpv. 2 LPGA 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. 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 subitane (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 (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 10 novembre 2006 consid. 3.2). Detto diversamente, 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). 2.2.2. In casu, con lo scritto 2 ottobre 2019, in cui sono stati allegati gli ultimi accertamenti eseguiti dal TCA, la scrivente Corte ha chiesto all'Ufficio AI di esaminare la fattispecie sotto l'aspetto dell'art. 12 LAI in relazione all'art. 5 cpv. 2 LAI (XVIII). Con scritto 16 ottobre 2019 l'Ufficio AI ha prodotto le annotazioni 8 ottobre 2019 della dr. med. _____. Definito dal punto di vista medico il piede valgo, esposte le diverse sintomatologie associate a tale tipologia di piede, nonché i possibili trattamenti, in merito all'assicurato la succitata specialista ha concluso: " (...) Nel caso di RI 1 - nel primo rapporto medico agli atti datato 02.10.2017 e redatto dal Dr. _____, ortopedico pediatrico _____, all'anamnesi (v. GED 05.10.2017, punto 2.3) non risultano difficoltà o dolori; - il rapporto medico del 28.01.2016 del Dr. _____ (GED 23.03.2018) riporta che il piede è molto piatto e c'è una forte lassità dei legamenti ma quando RI 1 si mette sulla punta dei piedi, il piede si corregge completamente e questo è un buon segno. (...) le ortesi di Ossa potrebbero non essere sufficienti per correggere definitivamente il piede piatto e, anche se è poco probabile, un intervento chirurgico verso l'adolescenza potrebbe essere necessario. (...) Ci sono delle buone chances che le ortesi di Ossa possano funzionare sul lungo termine; - il rapporto medico dell'08.11.2017 del Dr. _____ (v. GED 23.03.2018) all'esame obiettivo riporta che ogni tanto il bambino si lamenta di dolori al navicolare, con le ortesi nuove (...) il bambino, quando cammina a piedi nudi d'estate, no ha male, e questo ci lascia ben sperare che non avrà bisogno di un intervento chirurgico in adolescenza. Il Dr. _____ nella lettera del 05.09.2019 scrive che il prof. _____ è d'accordo che i piedi hanno un forte valgismo e che all'età di 10 anni è già previsto un intervento chirurgico detto "Calcaneo stop Bilaterale". Allo stato attuale, nel caso di RI 1, sulla base delle informazioni agli atti, non risultano difficoltà fisiche o sintomatologia algica, e non è pianificato con certezza un intervento chirurgico breve. Pertanto non sembrano esservi elementi per esprimerci su provvedimenti sanitari sotto l'aspetto dell'art. 12 LAI in relazione all'art. 5 cpv. 2 LAI." (doc. XIX/1) Orbene, questo TCA non può che avvallare quanto affermato dalla pediatra SMR, ossia che attualmente non sono previsti provvedimenti sanitari, motivo per cui le ortesi in parola non costituiscono un complemento degli stessi. Ciò non esclude, come ben concluso nelle citate osservazioni 16 ottobre 2019, che l'amministrazione si esprimerà in merito ad eventuali richieste future, in particolare allorquando verrà programmato il futuro intervento chirurgico (in tal senso cfr. Murer, Invalidenversicherungsgesetz (Art. 1-27bis IVG), 2014, ad art. 12 n. 23 pag. 520). 2.3. Rimane da esaminare se le ortesi OSSA possono essere riconosciute quali mezzi ausiliari. 2.3.1. Secondo l'art. 21 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari, compresi in un elenco allestito dal Consiglio federale, dei quali ha bisogno per esercitare un'attività lucrativa o adempiere le sue mansioni consuete, per conservare o migliorare la sua capacità al guadagno, per studiare, per imparare una professione o perfezionarsi oppure a scopo di assuefazione funzionale. L'assicurazione sopperisce alle spese per protesi dentarie, occhiali e sostegni plantari solo per quanto costituiscono un complemento essenziale ai provvedimenti sanitari d'integrazione. Il cpv. 2 della medesima disposizione precisa che l'assicurato, che, a causa della sua invalidità, ha bisogno di apparecchi costosi per spostarsi, stabilire contatti nel proprio ambiente o attendere alla propria persona, ha diritto, indipendentemente dalla sua capacità al guadagno, a tali mezzi ausiliari compresi in un elenco allestito dal Consiglio federale. In virtù della succitata delega ex art. 21 cpv. 1 LAI il Consiglio federale ha emanato l'art. 14 OAI. Secondo il cpv. 1 l'elenco dei mezzi ausiliari da consegnare nell'ambito dell'articolo 21 LAI

è oggetto di un'ordinanza del Dipartimento federale dell'interno (Ordinanza sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità, OMAI, RS 831.232.51) che, tra l'altro, regola la consegna o il rimborso dei mezzi ausiliari. Giusta l'art. 2 cpv. 1 OMAI il diritto alla consegna di mezzi ausiliari è subordinato, nei limiti tracciati dall'elenco allegato all'ordinanza, alla necessità per l'assicurato di farne uso per spostarsi, stabilire contatti con l'ambiente o ampliare la propria autonomia. L'assicurato ha invece diritto ai mezzi ausiliari designati nel citato elenco da un asterisco (*) solamente se gli sono indispensabili per esercitare un'attività lucrativa o adempiere le mansioni consuete, per studiare, per imparare una professione, a scopo di assuefazione funzionale o per svolgere l'attività esplicitamente citata nel numero corrispondente dell'allegato (art. 2 cpv. 2 OMAI; in argomento cfr. Murer, op. cit., ad art. 21-21 quater, pagg. 879-881; Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 21-21 quater, pag. 228-229; Locher/Gächter, op. cit., § 36 n. 15 e 17, pagg. 257-258; vedi inoltre STCA 32.2009.92 del 17 novembre 2009 con riferimenti). La lista contenuta nell'allegato all'OMAI è esaustiva nella misura in cui enumera le categorie dei mezzi che entrano in linea di conto. Al contrario, si deve esaminare per ogni categoria se l'enumerazione dei diversi mezzi ausiliari è esaustiva o semplicemente indicativa (DTF 131 V 9 consid. 3.4.2; 121 V 260 consid. 2b, 117 V 181 consid. 3b e 115 V 193 consid. 2b; vedi anche Murer, op. cit., ad art. 21-21 quater, n. 194 pag. 880). Se il mezzo richiesto non adempie ai requisiti dell'art. 21 LAI, occorre esaminare se esso deve essere assunto dall'AI nell'ambito di provvedimenti sanitari ex art. 12 o 13 LAI (Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 21-21 quater, n. 10, pagg. 230-231). La cifra 2 dell'allegato OMAI elenca le ortesi, tra cui le ortesi alle gambe (marg. 2.01). Al riguardo, la Circolare sulla consegna dei mezzi ausiliari dell'AI (CMAI), nella versione valida dal 1° gennaio 2013, al marg. 2.01 OMAI (Ortesi alle gambe) prevede: " Un assicurato incapace di stare in piedi o di camminare ha diritto a un'ortesi unicamente se quest'ultima adempie a un obiettivo garantito dalla legge (autonomia, spostamento, contatti con l'ambiente, sentenza del TF 8C_531/2009 del 23 ottobre 2009)." 2.3.2. Richiesta dal TCA a voler esaminare la fattispecie alla luce dell'art. 21 LAI, con scritto 13 novembre 2019 l'amministrazione ha ritenuto: " (...) Nel caso specifico non risulta che RI 1 necessiti di ortesi per spostarsi/camminare. Citiamo ad esempio, il rapporto _____, dell'8 novembre 2017, dove viene indicato che il bambino non ha male quando cammina a piedi nudi d'estate; inoltre si rinvia all'ultima pesa di posizione del Servizio medico regionale (SMR) dell'8 ottobre 2019, nella quale viene concluso che "(...) Allo stato attuale, nel caso di RI 1, sulla base delle informazioni agli atti, non risultano difficoltà fisiche o sintomatologia algica, e non è pianificato con certezza un intervento chirurgico a breve. (...)" Dagli atti non risulta che l'assicurato possa svolgere l'atto dello spostarsi unicamente con la consegna dell'ortesi OSSA, o che la deambulazione gli sia resa possibile unicamente grazie a tale ortesi. Pertanto, nel caso di RI 1 le ortesi non sopperiscono ad un'assenza di funzionalità. Nel senso che, senza le ortesi, l'assicurato ha preservata la funzione del camminare e dello spostarsi. (...)" (sottolineatura del redattore; doc. XXII) Orbene, non si misconoscere l'utilità delle ortesi in parola, che - secondo il pediatra curante - l'assicurato deve portare per svariati anni (pag. 14 inc. AI) o per più di un anno (rapporto del 20 febbraio 2018 in pag. 38 inc. AI). Ciononostante, questo Tribunale concorda con la valutazione conclusiva del SMR, ossia che il bambino non necessita esclusivamente delle ortesi per deambulare e quindi per stabilire contatti con l'ambiente o ampliare la propria autonomia. Del resto, secondo prassi e giurisprudenza, con mezzo ausiliario s'intende un oggetto il cui utilizzo sostituisce alcune parti o funzioni del corpo umano (DTF 131 V 9 consid. 3.3 con riferimento), ciò che, come visto, non è il caso. 2.4.

Visto quanto sopra, rettamente l'Ufficio AI non ha rilasciato la garanzia di assunzione dei costi delle ortesi OSSA. Ne consegue la conferma della decisione contestata, anche se per diversi motivi da quelli ivi indicati, mentre il ricorso va respinto. 2.5. Secondo 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 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 del ricorrente.

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