

# TI\_GERICHTE 30.2021.18 vom 22. November 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-11-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_30.2021.18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_30.2021.18)

FR: TI\_GERICHTE 30.2021.18 du 22 novembre 2021

IT: TI\_GERICHTE 30.2021.18 del 22 novembre 2021

## Erwägungen

### E. 12

ottobre 2021 (doc. II) del medico curante del de cuius, avente il seguente tenore: " Ho avuto in cura il sig. \_\_\_\_\_ dal 2013. Le sue condizioni di salute sono andate nel tempo progressivamente peggiorando tanto da necessitare di una assistenza domiciliare continua per evitare il collocamento in una struttura stazionaria. Esaminando la sua cartella clinica posso confermare che ha necessitato di assistenza continua, tramite i servizi domiciliari Spitex, a partire dal 8 Agosto 2019.". Per la Cassa di compensazione, questa dichiarazione non modifica quanto indicato dallo stesso dottor \_\_\_\_\_ nel formulario del 20 aprile 2021, visto che egli ha ora specificato soltanto che il servizio Spitex ha iniziato ad erogare le prestazioni dall'agosto 2019 e che lo stato di salute dell'assicurato era peggiorato a tal punto da necessitare di assistenza continua. Ciò nonostante, queste informazioni non sono sufficienti a comprovare quale fosse l'effettivo aiuto che terze persone gli fornivano, per quali atti ordinari della vita e se l'aiuto fosse regolare e notevole. 2.4. Sulla base della documentazione agli atti, d'avviso del Tribunale la decisione della Cassa CO 1 è corretta e come tale deve essere confermata: il diritto all'assegno per grandi invalidi è negato a \_\_\_\_\_ per assenza dell'anno di carenza previsto dall'art. 43bis cpv. 2 LAVS, che deve essere fatto decorrere dal 15 maggio 2020 e quindi al più presto l'assicurato avrebbe avuto diritto all'AGI a metà maggio 2021, ma è deceduto durante l'anno di attesa. In effetti, contrariamente alla tesi degli insorgenti, la numerosa documentazione prodotta non comprova affatto che l'assicurato necessitasse di un aiuto notevole e regolare di terzi per compiere gli atti ordinari della vita. 2.5. Secondo l'art. 7 cpv. 1 OPre, sono considerate prestazioni ai sensi dell'articolo 33 lettera b OAMal gli esami, le terapie e le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8, previa prescrizione o mandato medico, da infermieri (lett. a), da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (lett. b) o da case di cura (lett. c). L'art. 7 cpv. 2 OPre specifica che sono prestazioni ai sensi del capoverso 1: lett. a: valutazione, consigli e coordinamento; lett. b: esami e cure; lett. c: cure di base. Ogni lettera indica poi nel dettaglio in cosa consistono queste prestazioni. In particolare, per cure di base secondo la lettera c la cifra 1 specifica: cure di base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione del paziente, esercizi di mobilizzazione, prevenzione antidecubito, prevenzione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente e a nutrirlo. Conformemente all'art. 8 cpv. 1 OPre, la prescrizione o il mandato medico determina se il paziente necessita di prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 o di cure acute e transitorie secondo l'art. 25a cpv. 2 LAMal. Nella prescrizione o nel mandato il medico può dichiarare necessarie determinate prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2. Inoltre, l'art. 8a cpv. 1 OPre dispone che i bisogni delle prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2, necessarie per attuare la prescrizione o il mandato medico di cui all'articolo 8 (valutazione dei bisogni), sono valutati

da un infermiere di cui all'art. 49 OAMal in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico che ha emesso la prescrizione o il mandato. Per le prestazioni di cui all'articolo 7 cpv. 2 lett. b, che sono necessarie secondo la valutazione dei bisogni, occorre l'esplicito consenso del medico. Se quest'ultimo non accorda esplicitamente il consenso, occorre effettuare una nuova valutazione dei bisogni. La nuova valutazione dei bisogni avviene con il coinvolgimento del medico qualora quest'ultimo lo ritenga necessario (art. 8a cpv. 2 OPre). 2.6. Nel caso concreto, il contratto di fornitura di personale a prestito sottoscritto il 7 agosto 2019 (doc. A2) tra \_\_\_\_\_ e Spitex \_\_\_\_\_, attesta che l'assicurato faceva capo a un'infermiera/assistente di cura per fornirgli delle prestazioni secondo l'allegata conferma di incarico allestita in pari data e controfirmata dal committente (doc. A3). Questa conferma di incarico indica che l'infermiera/assistente di cura doveva occuparsi, fra i vari compiti indicati, unicamente della cura di base, degli esami e delle cure, come pure dispensare consigli e istruzioni all'assicurato. Come risulta poi chiaramente in calce a questa conferma, l'ammontare e il volume dei rimborsi per le prestazioni di Spitex riconosciute dalla Cassa malati sono fissati dalla stessa e di norma decisi in base alle indicazioni contenute nella valutazione dei bisogni del paziente. In specie, la durata di questi interventi, necessari all'assicurato stante la diagnosi di fibrosi polmonare, è stata stabilita dal servizio Spitex \_\_\_\_\_ mediante le " Valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio (LAMal art. 7) ", che sono state controfirmate per accettazione dal dr. med. \_\_\_\_\_ il 31 agosto 2019 (doc. A8) per il mandato medico valido sei mesi dall'8 agosto 2019 al 7 febbraio 2020, il 31 gennaio 2020 (doc. A9) per il periodo dal 15 novembre 2019 al 14 maggio 2020 e il 24 maggio 2020 (doc. A10) per il mandato medico valido dal 15 maggio al 14 novembre 2020. Ognuna di queste tre valutazioni dei bisogni indica il monte ore settimanale, mensile e la quantità totale di ore trimestrali per: " a. Valutazioni dei bisogni/consigli e istruzioni (OPre 7, par. 2a) b. Visita e trattamento (OPre 7, par. 2b) c. Cure di base (OPre 7, par. 2c) 1. Cure di base generali, 2. Provvedimenti per la sorveglianza e il supporto di persone malate psichiche nella vita giornaliera di base." e il totale delle ore di queste prestazioni obbligatorie. I costi fatturati dal servizio di cura a domicilio per le prestazioni effettuate da un'infermiera o da un'assistente di cura sono stati regolarmente assunti dalla Cassa malati dell'assicurato in virtù dell'art. 7 OPre (docc. A4, A11-A59). Ciò non significa però ancora che i compiti svolti dal servizio Spitex fossero i medesimi richiesti dalla grande invalidità, tenuto conto che l'assistenza coperta dall'AGI si sovrappone soltanto parzialmente con le prestazioni di cura giusta l'art. 7 OPre (SVR 2020 EL Nr. 2). Prova ne è che come risulta dalla valutazione dei bisogni per il semestre dall'8 agosto 2019 al 7 febbraio 2020 (doc. A9), settimanalmente l'intervento dell'infermiera consisteva in 7 minuti per la valutazione dei bisogni/consigli e istruzioni, in 28 minuti per visita e trattamento di carattere medico e in 2 ore e 3 minuti per le cure di base generali, fra le quali, come detto, v'è l'aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente. D'avviso del TCA, dal numero di ore settimanali non è possibile concludere che l'aiuto per le cure di base generali era notevole e regolare, perché in sole due ore alla settimana non era certo possibile provvedere giornalmente alla cura del corpo e a vestire/svestire l'assicurato. La stessa conclusione va tratta per il periodo dal 15 novembre 2019 al 14 maggio 2020 (doc. A9), dove il tempo dedicato all'interessato per le cure di base generali era di 5 ore e 40 minuti alla settimana, sempre che, poi, l'infermiera provvedesse anche all'igiene e a vestirlo/svestirlo, oltre che alla valutazione dei bisogni e consigli (5 minuti) e alle visite e trattamento (2 ore 33 minuti). Diverso il discorso

per il semestre dal 15 maggio al 14 novembre 2020 (doc. A10), sia perché è lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ che ha stabilito l'inizio della grande invalidità da quel giorno, sia perché il tempo ritenuto necessario per prestare all'assicurato le cure di base generali è stato maggiorato e stimato in 7 ore e 15 minuti, mentre il tempo previsto per gli altri due compiti era immutato. Prima del 15 maggio 2020, dunque, non è possibile concludere, dalle valutazioni dei bisogni e dalle fatturazioni di Spitex, che il marito rispettivamente papà dei ricorrenti avesse bisogno in modo permanente di un aiuto per svolgere almeno due atti ordinari della vita.

2.7. Nemmeno la circostanza che dal 1° febbraio 2020 l'assicurato e sua moglie abbiano assunto una collaboratrice domestica può essere d'aiuto ai ricorrenti per comprovare l'effettiva necessità, per \_\_\_\_\_, di dovere fare capo a una terza persona, in modo regolare e notevole, per potere espletare alcuni e/o tutti gli atti ordinari della vita. La mansione indicata nel contratto di lavoro era di collaboratrice domestica e seppure il tempo di lavoro fosse di 40 ore settimanali ripartite su 5 giorni, dal lunedì al venerdì, e prevedeva la permanenza notturna presso i datori di lavoro, visto che nel salario erano compresi il vitto e l'alloggio, non è chiaro se oltre ad occuparsi delle faccende domestiche, attività tipica che svolge una collaboratrice domestica, se la dipendente dovesse anche aiutare l'assicurato nel vestirsi/svestirsi, nella cura del corpo, nel fare i propri bisogni e nello spostarsi. Peraltro, è stata formalmente assunta anche dalla moglie dell'interessato e quindi anch'essa, verosimilmente, beneficiava dei suoi servizi. Si può tuttavia prescindere da un accertamento in tal senso, poiché anche qualora si ottenesse una risposta positiva, il termine di attesa di un anno decorrerebbe dal 1° febbraio 2020 e la scomparsa dell'interessato qualche mese più tardi non permetterebbe comunque di fare nascere il diritto all'AGI.

2.8. Per quanto concerne le affermazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, sembrerebbe che le informazioni date dal medico curante dell'assicurato siano contraddittorie, perciò occorre osservare quanto segue. Il 22 aprile 2020 egli ha risposto affermativamente alla domanda n. 7.7 posta nel formulario di richiesta dell'assegno per grandi invalidi: " Quanto indicato alla cifra 4, anche nell'ambito della necessità di aiuto da terzi, coincide con i reperti da lei rilevati? ". Egli era quindi concorde con le date segnalate dall'assicurato nel medesimo formulario alla domanda n. 4 sulla necessità di fare capo a terze persone per effettuare gli atti ordinari della vita, ovvero, eccetto dall'anno 2018 per le difficoltà nello spostarsi, che era dal 2019 che l'interessato aveva bisogno di un aiuto per compiere quattro altri atti ordinari della vita. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha così pure confermato che l'aiuto di terzi era giornaliero per due atti ordinari, mentre per fare i propri bisogni era sporadico. Per alzarsi/sedersi e coricarsi nemmeno è stata però precisata la frequenza. Inoltre, per nessuno dei cinque atti ordinari è comunque stato specificato il genere di aiuto necessario. Queste informazioni sono carenti, ovvero non permettevano a giusta ragione al preposto Ufficio di capire le reali necessità di aiuto da parte di terzi che abbisognava l'assicurato. Non va infatti dimenticato che si deve trattare di un aiuto permanente come definito dall'art. 9 LPGA e che l'art. 37 cpv. 3 OAI ha inteso dovere essere regolare e considerevole, come indicato sul formulario stesso di richiesta dell'assegno per grandi invalidi dell'AVS al punto 4.1 relativo agli atti ordinari della vita. Questa lacuna ha portato il 14 aprile 2021 l'Ufficio assicurazione invalidità ad accertare direttamente presso il medico curante i bisogni dell'assicurato. Il 20 aprile 2021 - e non 2020 come sempre indicato dai ricorrenti -, ovvero un anno dopo il primo rapporto, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha risposto che il suo paziente, deceduto il \_\_\_\_\_ dicembre 2020, dal 15 maggio 2020 aveva bisogno di aiuto per vestirsi/svestirsi, lavarsi, pettinarsi, radersi, fare il bagno/la doccia, riordinare i vestiti prima e dopo avere espletato i propri bisogni, per l'igiene/la verifica della pulizia, per il modo

inconsueto di fare i propri bisogni, spostarsi in casa, all'aperto e per mantenere i contatti sociali. Il medico ha aggiunto poi a mano che l'aiuto regolare e notevole per svolgere l'atto ordinario del vestirsi/svestirsi è stato fornito da Spitex \_\_\_\_\_. Questo secondo rapporto è senz'altro più dettagliato di quello reso un anno prima, che confermava semplicemente quanto dichiarato dal figlio dell'assicurato che, come visto, non ha però fornito gli indispensabili dettagli sull'aiuto di terzi necessario al padre. Il 21 aprile 2021 sono infatti stati precisati gli atti per i quali l'interessato aveva bisogno di aiuto per espletarli e per ognuno di essi è indicato chiaramente quando ha preso avvio tale esigenza, informazioni in precedenza mancanti. La data di inizio del 15 maggio 2020, sebbene non emerga dai certificati medici agli atti siccome antecedenti a quel momento (docc. HH, 1 e 2), combacia con il periodo di mandato medico per prestazioni di cure a domicilio e di valutazione dei bisogni da parte del curante dal 15 maggio al 14 novembre 2020 in cui, come esposto in precedenza, è stato aumentato il monte ore proprio per le cure di base generali, portate da 5:40 a 7:15 alla settimana rispettivamente da 24:36 a 31:29 al mese, per un totale trimestrale di 94:27 contro le 73:49 ore del semestre precedente. Infine, l'affermazione resa il 12 ottobre 2021 dal dr. \_\_\_\_\_ secondo cui \_\_\_\_\_ necessitava di un'assistenza domiciliare continua dall'8 agosto 2019 da parte del servizio domiciliare Spitex per evitare il collocamento in una struttura stazionaria, non fa che confermare quanto sopra accertato, ovvero che le cure a domicilio hanno sì preso avvio in effetti quel giorno, ma che non concernevano espressamente e unicamente l'esecuzione degli atti ordinari della vita. Come dianzi esposto (cfr. consid. 2.6), dalla valutazione dei bisogni per il semestre dall'8 agosto 2019 al 7 febbraio 2020 risulta che l'intervento settimanale dell'infermiera era di 2 ore e 3 minuti per le cure di base generali, fra le quali v'è l'aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca e a vestire/svestire l'assicurato, tempo tuttavia insufficiente per definire come permanente, ai sensi dell'art. 9 LPGA, questo tipo di aiuto da parte di terzi per effettuare questi due atti ordinari della vita. 2.9. Dalle considerazioni esposte discende che non è possibile concludere che l'interessato abbia necessitato di un aiuto regolare e notevole da parte di terzi già dall'8 agosto 2019. Tale bisogno è invece insorto il 15 maggio 2020 per quattro atti ordinari della vita ed è perciò da quel giorno che è iniziato a decorrere l'anno di attesa previsto dall'art. 43bis cpv. 2 LAVS. Nessun rimprovero di accertamento insufficiente dei fatti va dunque mosso all'amministrazione che, correttamente, ha interpellato il medico curante dell'assicurato per avere delle specifiche su quanto inizialmente dichiarato nel formulario di richiesta dell'assegno per grandi invalidi. Di conseguenza, non si fa luogo al rinvio degli atti alla Cassa per accertare ulteriormente quando \_\_\_\_\_ ha fatto capo a terze persone in modo permanente per potere svolgere gli atti ordinari della vita. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124

V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Il TCA rileva inoltre che le audizioni richieste possono essere rifiutate senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la costante giurisprudenza federale ribadita nella recente STF 8C\_186/2017 del 1° settembre 2017, l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (STF I 472/06 consid. 2 del 21 agosto 2007 ; DTF 124 V 90 consid. 6; DTF 122 V 47). È quindi necessario che il ricorrente chieda al Tribunale esplicitamente e in maniera chiara l'indizione di un pubblico dibattimento (DTF 136 I 279 consid. 1). Essendo la fattispecie già sufficientemente chiarita sulla base degli atti all'incanto, non è necessario procedere con le audizioni del dr. \_\_\_\_\_, della collaboratrice domestica e del figlio del de cuius così come richieste dai ricorrenti (doc. V punto 5.2). La decisione impugnata deve pertanto essere confermata e il ricorso respinto. 2.10. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In concreto il ricorso ha per oggetto delle prestazioni assicurative per le quali la LAVS non prevede che la procedura sia soggetta a spese.

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