

TI_GERICHTE 32.2009.169 vom 11. März 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-03-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.169

FR: TI_GERICHTE 32.2009.169 du 11 mars 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2009.169 del 11 marzo 2013

Erwägungen

E. 30

maggio 2012 il Prof. _____, direttore dell'Institut für Medizinische Molekulargenetik dell'Università di _____, predispose le necessarie analisi genetiche, ha confermato tale diagnosi concludendo:

Di conseguenza, nel caso particolare, in applicazione della giurisprudenza esposta al consid. 2.5 che precede (cfr. in particolare la STF I 76/05 del 30 maggio 2006, pubblicata in SVR 2006 IV N. 7), questo Tribunale non può che (nuovamente) confermare il rifiuto della rendita ordinaria di invalidità non solo a dipendenza dell'inabilità causata dalla cofosi bilaterale presente dalla nascita (facendo difetto il presupposto dell'anno contributivo prima dell'insorgenza dell'invalidità secondo l'art. 6 cpv. 2 in relazione all'art. 36 v. LAI), ma anche a dipendenza del peggioramento delle condizioni di salute causato dalla problematica alla vista. In effetti tale aggravamento, con il relativo aumento del grado di invalidità, è sostanzialmente riconducibile alla progressione del danno alla salute originario, segnatamente della sindrome di Usher tipo I, ciò che esclude il verificarsi di un nuovo evento assicurato (cfr. consid. 2.5. e la precitata STF I 76/05, consid. 2).

Ne discende che l'amministrazione ha negato l'attribuzione di una rendita ordinaria alla ricorrente mediante la decisione su opposizione contestata del 17 novembre 2006. Il ricorso dell'assicurata su questo punto va quindi (nuovamente) respinto, come già statuito da questa Corte con la STCA del 9 giugno 2008 (STCA 32.2007.10).

B. Assegno per grandi invalidi

Innanzitutto, con riferimento all'interpretazione della cifra no. 8056 CIGI, il TCA ha interpellato l'UFAS, il quale, con scritto 31 luglio 2012, ha esposto quanto segue:

Sempre il dr. _____ ha quindi precisato il 10 ottobre 2012:

Alla luce degli accertamenti audiologici oggettivi fatti eseguire presso il Servizio di audiovestibologia dell'Ospedale _____, il dr. _____, con uno scritto del 16 novembre 2012, ha comunicato al TCA che gli esami effettuati avevano evidenziato un'assenza completa della funzione uditiva bilaterale, sia per quanto concerne le emissioni otoacustiche sia per quanto concerne i potenziali acustici evocati (Doc. XLIX, inc. 32.2009.127). Lo specialista ha fornito ulteriori precisazioni in data 21 novembre 2012 (cfr. consid. 2.15 che segue).

Quanto al momento in cui tale sordità completa è insorta, è un dato assodato che l'assicurata abbia presentato un notevole deficit uditivo sin dalla nascita, prova ne è che non ha nemmeno appreso a parlare, ha un cattivo controllo della voce e utilizza per comunicare il linguaggio dei segni.

Significativo appare inoltre il fatto che la sordità dalla nascita, ossia congenita, è un elemento caratterizzante della Sindrome di Usher (Tipo I) di cui la ricorrente è portatrice. Il perito dr. _____, nel suo referto peritale del 21 settembre 2010, ha in effetti illustrato che in presenza della Sindrome di Usher tipo I (come quella diagnosticata all'assicurata) i pazienti soffrono di una audio lesione profonda (maggiore di 100dB, qualificando per sordo) congenitale, cioè dalla nascita, sviluppando poi nel corso della seconda decade di vita, i problemi alla vista (cfr. doc. XX citato per esteso sopra al consid. 2.8, inc. 32.2009.169). Lo specialista ha altresì osservato che il modo di articolare della paziente, alto e non controllato, lasciava ipotizzare una sordità congenita (cfr. la perizia del 28 ottobre 2010, doc. XXIV citato al consid. 2.8, inc. 32.2009.169).

Non è per contro condivisibile l'opinione dell'Ufficio AI per il quale in sostanza le facoltà uditive dell'assicurata avrebbero subito un peggioramento in epoca successiva alla decisione impugnata del 21 maggio 2009 (XLVI). Interpellato in merito ad una possibile evoluzione della situazione uditiva dal 2009 ad oggi, il dr. _____, il 21 novembre 2012, ha dichiarato:

Del resto, già in occasione del rapporto redatto all'attenzione dell'Ufficio AI il 29 ottobre 2004 il dr. _____ aveva attestato la presenza di una otite bilaterale di tipo eredo degenerativo, rispettivamente sordità bilaterale con minima lettura labiale, cattivo controllo della voce, utilizzazione del linguaggio dei segni precisando altresì che lo stato di salute era stazionario e non suscettibile di peggioramento (doc. AI 20-2 e 20-4 inc. 32.2009.127).

Anche il dr. _____, che aveva eseguito l'audiogramma tonale nel 2009 (doc. XXVII), nuovamente interpellato in corso di causa, in data 21 settembre 2012 ha affermato che già nel 2009 l'audiogramma mostrava una perdita uditiva su entrambe le orecchie del 100% specificando che ciò significava che la paziente ha una sordità molto grave (XXXII).

Questo Tribunale, in applicazione del summenzionato criterio della verosimiglianza preponderante valido nel settore delle assicurazioni sociali (cfr. anche STF 8C_999/2010 del 15 marzo 2011; 8C_911/2010 del 10 marzo 2011 consid. 3.2; 8C_909/2010 del 1° marzo 2011; DTF 129 V 177 consid. 3 pag. 181 e 126 V 353 consid. 5b pag. 360), ritiene quindi che occorra partire dal presupposto che la ricorrente, quantomeno già nel 2008 (momento in cui è insorta la grave debolezza alla vista ai sensi della cifra marginale n. 8056 CIGI) e in ogni caso quindi già all'epoca decisiva della decisione impugnata (per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata, in concreto il 21 maggio 2009; DTF 132 V 220 consid. 3; 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1), presentava una sordità bilaterale completa. Se è vero che sono state rilevate delle variazioni nei vari reperti medici, le stesse sono comunque state definite minime dal dr. _____, il quale ha spiegato che le stesse possono essere ricondotte sia alla tecnica di misurazione sia al grado di attenzione della paziente. Questo specialista ha inoltre rilevato che, anche volendo ammettere che vi sia stato, dal 2009 ad oggi, un leggero peggioramento della capacità uditiva, lo stesso sarebbe comunque da considerare minimo e funzionalmente irrilevante, ossia ininfluenza per quanto concerne la reale percezione uditiva che peraltro già era risultata completamente assente nel 2000 (cfr. doc. L e XXXIX).

Questo Tribunale ritiene pertanto che, quantomeno sin da gennaio 2008, _____ è portatrice sia (e incontestatamente) di una ■grave debolezza della vista■(giusta la cifra N. 8065 CIGI) sia di una sordità bilaterale ai sensi della cifra N. 8056 CIGI.

Quanto alla possibilità di munire l'■assicurata di apparecchi acustici, e ottenere così un miglioramento delle facoltà uditive, l'■eventualità è stata esaminata dal dr. _____. Nello scritto 10 ottobre 2012 lo specialista ha precisato che la possibilità di ottenere un miglioramento delle facoltà uditive sarebbe innanzitutto ristretta all'■orecchio destro. Ha precisato inoltre che in ogni modo, vista l'importante perdita uditiva esistente, un apparecchio convenzionale non porterebbe ad alcun miglioramento significativo della capacità di comprensione della paziente. Quanto alla possibilità di impiantare un apparecchio più sofisticato, segnatamente un impianto cocleare (ossia un apparecchio impiantato fornito di un elettrodo che va a stimolare direttamente il nervo acustico all'interno dell'apparato cocleare; sarebbe per contro escluso nella fattispecie l'■impianto Baha), lo specialista ha sottolineato che lo stesso potrebbe forse ■ma il condizionale è d'obbligo vista la severa ipoacusia■, migliorare la percezione uditiva della paziente, ma comunque ■non in modo significativo■. Dopo aver illustrato le modalità dell'■intervento chirurgico necessario per impiantare tale impianto che viene eseguito unicamente in centri altamente specializzati in Svizzera e la fase riabilitativa post-operatoria susseguente (la quale può durare svariati mesi), il perito ha spiegato come tale intervento non viene effettuato in ogni caso di sordità di tipo cocleare. In effetti, l'indicazione a un impianto cocleare viene valutata attentamente dai centri specializzati a dipendenza non solo della condizione audiologica della paziente, ma anche della condizione della chiocciola, dopo esecuzione di approfonditi esami pre-operatori che vanno da una TAC ad alta definizione a una valutazione audiologica completa. Proprio nel caso di sordità congenite (come nella fattispecie), esistono infatti delle degenerazioni della chiocciola o delle malformazioni che impediscono l'introduzione dell'elettrodo.

Il sanitario ha poi illustrato gli effetti collaterali possibili di tale intervento e le controindicazioni, fra le quali anche fattori audiologici di valutazione pre-operatoria sulla capacità di recupero della comunicazione verbale e della percezione dopo l'impianto cocleare, dando peraltro atto che una sordità pre-verbale (come quella dell'■assicurata) ha meno probabilità di successo di una sordità post-verbale (Doc. XL, cfr. sopra al consid. 2.14; inc. 32.2009.127).

Sulla base di tali considerazioni, formulate da uno specialista e per questo di sicura attendibilità, questo TCA ritiene che la possibilità che alla ricorrente possa venir applicato un impianto acustico (semmai di tipo cocleare dato che le protesi o altri mezzi audiologici convenzionali non entrano in considerazione) sia soggetta a troppe variabili per poterla attualmente considerare reale ed effettiva. Innanzitutto non appare chiaro se la ricorrente soddisfi i requisiti audiologici, strutturali e organici per porne l'■indicazione. Inoltre, anche volendo ammettere che l'■opportunità possa venir di principio ammessa, rimane del tutto incerto se e quando l'■intervento e la successiva riabilitazione porterebbero poi effettivamente al successo sperato, considerata anche la sordità pre-verbale, e, quindi se e quando, la posa dell'■apparecchio riuscirebbe a mitigare le notevoli difficoltà incontrate dall'■assicurata nei diversi atti fondamentali della vita quotidiana.

Ma a prescindere da ciò, va detto che nel caso di specie l'■assicurata è stata definita ■sorda totale■ con la conseguenza che non sembra, almeno fino alla prova del contrario, esistere alcun mezzo ausiliario che potrebbe permetterle una comprensione perlomeno

parziale.

In questo contesto non va inoltre dimenticato che scopo della cifra no. 8056 CIGI è il riconoscimento di un aiuto a quelle persone che presentando un doppio handicap sensoriale (visivo e uditivo) non sono in grado di orientarsi o di comunicare con l'esterno né utilizzando l'udito né la vista e hanno quindi grandi difficoltà a mantenere contatti sociali con l'ambiente, anche con l'aiuto di terzi. Tale doppio handicap comporta notoriamente gravi impedimenti nella comunicazione, nella mobilità e nell'accesso alle informazioni così come nella vita sociale, nell'autonomia della persona così come nell'approccio alla formazione e al lavoro (cfr. al consid. 2.13 la già citata STF 8C-863/2011 del 20 settembre 2012; cfr. anche lo scritto dell'UFAS del 31 luglio 2012, doc. XXI). Proprio a motivo della gravità di tali handicap e della conseguente situazione in cui si trova la persona interessata, la prassi amministrativa riconosce automaticamente, senza accertamento concreto, l'assegno per grandi invalidi di grado elevato.

Stante una simile fattispecie, che, come detto, richiede il riconoscimento di un aiuto particolare nella forma di un assegno per grandi invalidi di grado elevato ai sensi della cifra 8056 CIGI, sarebbe urtante non assegnare all'assicurata, gravemente colpita nella sua integrità sensitiva, la prestazione massima dovuta in attesa di teoretici, ipotetici più favorevoli sviluppi futuri della situazione che peraltro nemmeno appaiono (ancora) esigibili, concreti e certi.

È d'altro canto evidente che nell'ipotesi in cui in futuro la paziente dovesse beneficiare della posa di un tale impianto cocleare, degli eventuali benefici che ne deriverebbero se ne dovrebbe tener adeguatamente conto nell'ambito di una procedura di revisione dell'assegno per grandi invalidi (art. 17 cpv. 2 LPGA in relazione all'art. 35 cpv. 2 e 87, 88bis OAI; cfr. sopra al consid. 2.12).

A titolo abbondanziale questo Tribunale osserva che secondo la prassi dell'UFAS e dell'amministrazione (la cui conformità con legge e costituzione, segnatamente con riferimento al principio della parità di trattamento, è finora stata lasciata aperta dal TF) nel caso di ciechi e ipovedenti gravi con una *an Taubheitgrenzenden Schwerhörigkeit* - fattispecie ammessa in sostanza nel caso della ricorrente dall'Ufficio AI - viene riconosciuta una grande invalidità di grado medio, non lieve, come invece statuito nel caso qui in esame (cfr. la precitata STF 8C-863/2011 del 20 settembre 2012 consid. 2.2.2, per esteso sopra al consid. 2.13 con riferimento a STF H 299/03 del 7 giugno 2004 consid. 3.1 e I 415/88 del 10 maggio 1989).

Per quanto precede, nel caso dell'assicurata sono quindi dati i presupposti per ammettere un caso di speciale grande invalidità di grado elevato ai sensi della cifra N. 8056.

Tali presupposti dovendo essere considerati ossequiati quantomeno già da inizio 2008, in accoglimento del ricorso, la ricorrente ha diritto ad un assegno di grado elevato a far tempo dal 1° gennaio 2009 (art. 42 LAI e art. 35 OAI).

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