

# TI\_GERICHTE 32.2013.181 vom 19. September 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-09-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.181](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.181)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.181 du 19 septembre 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.181 del 19 settembre 2013

## Regeste

Nuova domanda di assegno per grandi invalidi (AGI). Non é stato reso verosimile un cambiamento rilevante dello stato di salute tale da poter entrare nel merito della nuova domanda

## Erwägungen

### E. 3

). 2.5. Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha considerato la documentazione medica agli atti e in particolare la perizia giudiziaria dell' \_\_\_\_\_ del 20 settembre 2012 (doc. AI 287/2-37), il rapporto di dimissione della \_\_\_\_\_ del 26 febbraio 2013 (doc. AI 308/2-4) e gli scritti 6 agosto del dr. \_\_\_\_\_ e 16 agosto 2013 del dr. \_\_\_\_\_ entrambi indirizzati all'avv. RA 1 (doc. AI 325/7-8 e 327/3-5). Al riguardo va innanzitutto ricordato che i periti dell' \_\_\_\_\_ hanno concluso che l'assicurata non presenta una situazione valetudinaria tale da giustificare il riconoscimento di un assegno per grandi invalidi (cfr. le chiare e univoche risposte dei periti ai pertinenti quesiti posti dalle parti di cui al punto 7 A e B sub doc. AI 287/33-36 e la STCA del 10 dicembre 2012, cresciuta incontestata in giudicato, con la quale questo Tribunale, viste le risultanze della succitata perizia giudiziaria, aveva confermato il rifiuto del diritto ad un AGI). I medici della Clinica \_\_\_\_\_, nel rapporto di dimissione del 26 febbraio 2013 concernente la degenza dal 21 settembre 2012 al 30 gennaio 2013 (doc. AI 308/2-4), non hanno evidenziato alcuna necessità di aiuto ai sensi del diritto all'AGI. Gli stessi sanitari non si sono poi confrontati con le conclusioni dei periti dell' \_\_\_\_\_ visto che non disponevano di tale reperto: "(...) Due mesi fa la paziente ha eseguito una perizia a \_\_\_\_\_ richiesta dal TAF [ndr. recte TCA] di cui attende l'esito. (...) " (doc. AI 308/3). Dal succitato rapporto, quanto al motivo del ricovero, risulta inoltre che "(...) I problemi relazionali in concomitanza con il recente suicidio di una giovane vicina di casa avrebbero riattivato i pensieri di morte. Giunge per un ricovero protettivo in cui avere un distacco dal coniuge e rivalutare la terapia. (...) " (doc. AI 308/4). Il dr. \_\_\_\_\_ FMH in psichiatria e psicoterapia, nello scritto del 6 agosto 2013 (doc. AI 325/7-8), si è confermato nella propria valutazione (a suo dire da nessuno confutata, neppure dalla perizia dell' \_\_\_\_\_) e, circa l'AGI, si è così espresso: "(...) Sulla questione "assegno grandi invalidi", ricordo che mi ero limitato a evocare la possibilità e che la domanda era poi stata fatta dalla dottoressa \_\_\_\_\_. Posso ammettere ("a denti stretti") che forse le condizioni non sono completamente soddisfatte, ma al riguardo non ho un'opinione definitiva poiché la grande invalidità dipende da elementi che non sono stato in grado di verificare al di là di ogni dubbio. (...) " (doc. AI 325/7). Va qui ribadito che, nella perizia del 20 settembre 2012 (doc. AI 287/2-37), i periti dell' \_\_\_\_\_ hanno concluso che l'assicurata non presenta una situazione valetudinaria tale da giustificare il riconoscimento di un assegno per grandi invalidi. Lo stesso dr.

\_\_\_\_\_ ammette del resto che le condizioni per l'ottenimento di un AGI non sono forse adempiute. Va qui inoltre evidenziato che, già nella STCA del 10 dicembre 2012, questo Tribunale aveva, in particolare, osservato che "(...) Giova inoltre ricordare alla ricorrente che, contrariamente a quello che sembra essere l'assunto dello psichiatra da essa privatamente interpellato (cfr. osservazioni 17 ottobre 2012 del dr. \_\_\_\_\_, pag. 2, sub XXXIV), le valutazioni specialistiche rese da quest'ultimo non godono, dal profilo istruttorio, di alcuna presunzione di fedefacenza e concludenza ai fini probatori, nel senso che non possono essere aprioristicamente considerate siccome decisive ai fini del giudizio sintanto che non venga provato il contrario. (...)” (doc. AI 297/35). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nello scritto del 16 agosto 2013 (doc. AI 327/3-5), ha contestato la non entrata in materia nella nuova domanda di AGI adducendo, in particolare, che "(...) Non concordo con la diagnosi posta dai colleghi periti di \_\_\_\_\_ (perizia \_\_\_\_\_ settembre 2012) poiché almeno da allora, epoca in cui è avvenuto l'ultimo ricovero in ambito psichiatrico, durato ben quattro mesi, la diagnosi più correttamente ponibile pare essere quella di Episodio depressivo grave (ICD-10:F33.2) con Disturbo somatoforme persistente (ICD-10:F45.4). [...] La tendenza clinica evidente è quella di un progressivo impoverimento e declino generale. Nei contenuti del pensiero albergano solo idee di rovina e colpa (per la propria condizione) che si esprimono in un'inca-pacità assoluta di provare piacere; infatti non è presente alcuna progettualità futura. Le idee di morte sono una costante, affatto semplice da gestire ambulatorialmente. Il ritiro sociale è marcato e interrotto solamente dagli appuntamenti con i sanitari. Nell'ultimo periodo si è registrato anche un calo ponderale marcato di quasi 10 kg. È profondamente rallentata, intorpidita sotto il profilo psico-fisico. Deambula costantemente in modo insicuro attraverso l'ausilio di un bastone e ha un'evidente impotenza funzionale all'arto superiore destro che porta appeso al collo, come se fosse un corpo estraneo. (...)” (doc. AI 327/4-5). Al riguardo questo Tribunale rileva innanzitutto che già nella STCA del 10 dicembre 2012 aveva avuto modo di rilevare che "(...) Quanto all'asserita differenza tra le diagnosi poste dal dr. \_\_\_\_\_ e quelle ritenute dall'PE 1 – a prescindere dal fatto che porre delle diagnosi non è compito del giudice ( "(...) Das Stellen medizinischer Diagnosen ist genuine Aufgabe des Sachverständigen und fällt nicht in den Bereich der richterlichen Kompetenzen (Urteil 6A.31/2003 vom 4. August 2003 E.5.3) (...)” (STF 9C\_437/2012 del 6 novembre 2012 consid. 3.2) ) – , in ogni caso non è certo dalla diagnosi che si può concludere per l'esistenza o meno di uno stato di salute tale da giustificare il diritto ad un assegno per grandi invalidi. (...)” (doc. AI 297/29). Del resto, nel rapporto medico del 17 gennaio 2012 (doc. AI 276/2-5), il dr. \_\_\_\_\_ aveva già evidenziato che "(...) Lo stato psicopatologico della paziente che conosco e seguo già da anni, quando la conobbi in Clinica \_\_\_\_\_, si mantiene inesorabilmente scompensato sul piano affettivo. Non ho avuto occasione di registrare che fugaci periodi (di pochi gg) in cui la paziente fosse apprezzabilmente migliorata. Il dolore cronico esercita un'azione condizionante e di disturbo battente. Il tono dell'umore è ormai stabilmente orientato al polo negativo con periodi in cui la situazione peggiora ulteriormente fino al manifestarsi di un nuovo episodio depressivo conclamato come l'ultimo scorso. Il quadro clinico si è caratterizzato per un ulteriore peggioramento con perdita d'interesse e piacere per le piccole cose che ritiene le siano rimaste. Si è accompagnata l'emergenza di idee suicidali con progettualità dubbia. Con il ricovero la situazione sarebbe leggermente migliorata se non altro per il riassorbimento delle idee di morte sebbene presenti un umore costantemente depresso. La situazione peggiora quando la pressione dei dolori cronici aumenta. La funzionalità del

corpo appare ormai limitata. Si muove con grande difficoltà e lentezza a dimostrare un'età biologica più vicina al doppio della propria età cronologica. Il braccio destro è percepito e percepibile come un corpo estraneo tenuto addosso al tronco a scopo antalgico. Le crisi di pianto sono frequenti a testimonianza di una particolare labilità emotiva. Non vi è progettualità futura. Vi sono preoccupazione per la salute e le condizioni economiche della famiglia. (...)” (doc. AI 276/2-3). Dal canto loro, nella perizia del 20 settembre 2012 sulla base delle visite del 2 e 3 luglio 2012 (quindi posteriori al succitato rapporto medico del dr. \_\_\_\_\_), i periti dell' \_\_\_\_\_ – dopo aver, in particolare, evidenziato nella valutazione globale che “(...) Neben der objektivierbaren depressiven Störung liegt darüber hinaus jedoch eine ausgeprägte Regression vor, die von depressiven Störung zu trennen ist. Diese Regression erklärt, weshalb die Explorandin überhaupt nichts mehr tut, weder ausserhäuslich noch häuslich. [...] Wie bereits oben dargelegt, besteht bei der Explorandin eine ausserordentliche Regression und sie erfährt im häuslichen Bereich einen massiven sekundären Krankheitsgewinn. (...)” (XXIX pag. 31) – hanno negato il diritto all' AGI rispondendo così ai precisi quesiti in merito: “(...) Hilflosigkeit bezüglich der Körperverrichtungen liegt nicht vor. Auch in Bezug auf di Mobilität besteht Eigenständigkeit. Auf die Hilfe Dritter ist sie nicht angewiesen. Tatsächlich scheint die Explorandin in Alltag auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein, vor allem auf den Ehemann, was jedoch nicht objektiv zu begründen ist, sondern durch das Zusammenspiel der Regression der Explorandin mit der Überversorgung durch den Ehemann. Dies entspricht einem sekundären Krankheitsgewinn für die Explorandin. [...] Die Explorandin bedarf nicht der Hilfe Dritter für alltägliche Lebensverrichtungen. Sie ist in der Lage, diese über den Tag mit Pausen und ihrem Tempo zu verrichten. [...] Eine persönliche Überwachung Dritter für alltägliche Lebensverrichtungen ist nicht erforderlich. [...] Eine regelmässige Unterstützung durch den Ehemann ist nicht erforderlich. Wie weiter oben beschrieben, benötigt die Explorandin aufgrund ihrer Erkrankung längere Zeit und Pausen, um den Haushalt zu erledigen, so dass hier gegenüber vergleichbaren Gesunden eine Minderung des Rendements als Hausfrau um 30% besteht. Eine ständige kontrolle durch den Ehemann ist nicht erforderlich. [...] Die Explorandin könnte ohne dauernde oder häufige Hilfe Dritter alleine leben. (...)” (doc. AI 287/33-35). In particolare, considerata la regressione evidenziata dai periti dell' \_\_\_\_\_, per il semplice fatto che nello scritto del 16 agosto 2013 il dr. \_\_\_\_\_, oltretutto in forma possibilistica ( “dipenderebbe” ) osservi che “(...) sebbene in questi due anni e mezzo circa, la situazione appare viepiù peggiorata sotto questo profilo rendendosi necessario un supporto domiciliare per la cura della persona di almeno due volte la settimana. Anche per le attività indispensabili legate al quotidiano come la preparazione dei cibi, per esempio, la paziente dipenderebbe costantemente dal coniuge (...)” (doc. AI 328/3-4), non è ancora possibile concludere che un cambiamento rilevante per il diritto all' AGI sia stato reso verosimile. Anche i medici SMR dr. \_\_\_\_\_ e dr.ssa \_\_\_\_\_, avuto riguardo al rapporto di dimissione della Clinica \_\_\_\_\_ del 26 febbraio 2013 (doc. AI 308/2-4), nelle annotazioni 8 aprile e 12 settembre 2012 (doc. AI 310/1-2 e 330/1-3), hanno concluso che “(...) dall' attuale documentazione non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute. La diagnosi è rimasta invariata rispetto alla valutazione peritale. La degenza presso la \_\_\_\_\_ era primariamente dettata dalla necessità di un distacco dal coniuge. Quindi nessuna modifica dello stato di salute, assenza degli estremi per giustificare la dipendenza regolare da terzi. (...)” (doc. AI 310/2) e che “(...) il ricovero è stato motivato da un quadro depressivo medio-grave (alla dimissione confermato un quadro di depressione media) sulla base di dolori mialgici e articolari

invalidanti, paura di gesto anticonservativo, ancora presente conflittualità con il coniuge. Dalla lettera di dimissione della Clinica \_\_\_\_\_ a mio giudizio è chiaro che alla base del ricovero vi siano motivazioni sociali (conflittualità con il coniuge, problemi relazionali in concomitanza con il recente suicidio di una giovane vicina di casa che hanno riattivato pensieri di morte). La motivazione del ricovero è "... Giunge per un ricovero protettivo in cui avere un distacco dal coniuge e rivalutare la terapia". Si legge anche "... si è trattato di un lungo ricovero in cui ci siamo confrontati con una donna deflessa, esasperata dalla conflittualità con il marito da cui però dipende completamente... L'impossibilità di lavorare secondariamente comporta delle difficoltà economiche accentuate dal mancato riconoscimento del proprio stato di salute da parte degli organi competenti... Le difficoltà economiche sono motivo di discussione con il coniuge che accentua i sentimenti di inutilità della donna..." viene descritto un decorso caratterizzato da un miglioramento del tono dell'umore, dimessa in parziale compenso psichico. È da rilevare che indicano che le dinamiche familiari meritano sostegno ambulatoriale. (...)" (doc. AI 330/2). Quanto allo scritto 6 agosto 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 325/7-8), nell'annotazione del 12 settembre 2013, gli stessi medici SMR hanno rilevato: "(...) conferma la propria valutazione. Chiede in che lingua la perizia \_\_\_\_\_ è stata effettuata e ritiene che la sua valutazione non sia stata confutata da nessuno, nemmeno dalla perizia \_\_\_\_\_ sulla quale si è espresso nel suo scritto del 17.10.2012. Sulla questione grandi invalidi può ammettere che forse le condizioni non sono completamente soddisfatte. (...)" (doc. AI 330/2). I medici SMR, sempre nelle annotazioni 12 settembre 2013, in merito allo scritto 16 agosto 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 327/3-5), hanno infine rilevato che "(...) i limiti definiti dal Dr. \_\_\_\_\_ erano già presenti nelle valutazioni peritali agli atti e così anche nella descrizione della giornata vi era un aiuto del coniuge ad es. nella cura di sé. Si nota che durante il lungo ricovero a \_\_\_\_\_ non viene segnalata nessuna necessità di aiuto. (...)" concludendo: "(...) nella sentenza TCA [ndr. si riferisce alla STCA del 10 dicembre 2012 sub doc. AI 297/1-36] viene rilevato [che] gli scritti del Dr. \_\_\_\_\_ sono stati considerati e che i periti dell' \_\_\_\_\_ si sono espressi considerando tutte le posizioni del Dr. \_\_\_\_\_. Per quanto riguarda l'aspetto somatico non viene riportata nuova documentazione, esso era già stato valutato in corso di perizia \_\_\_\_\_, perizia eseguita con l'ausilio di un interprete. In conclusione si conferma un quadro clinico invariato e l'assenza degli estremi per l'assegnazione di un assegno grandi invalidi. (...)" (doc. AI 330/2-3). In simili circostanze, visto tutto quanto suesposto, questo Tribunale deve concludere che non è stato reso verosimile un cambiamento rilevante dello stato di salute tale da poter entrare nel merito della nuova domanda di AGI. Di conseguenza la decisione impugnata deve essere confermata. 2.6. 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 della ricorrente.