

## **TI\_GERICHTE 32.2014.172 vom 23. Oktober 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-10-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2014.172](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.172)

FR: TI\_GERICHTE 32.2014.172 du 23 octobre 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2014.172 del 23 ottobre 2014

### **Regeste**

Rifiuto rendita di assicurata con attività lucrativa a tempo parziale. Confermata perizia multidisciplinare, in particolare quella psichiatrica. Peggioramento segnalato successivamente alla decisione contestata, quindi non rilevante per la vertenza. Confermata pure l'inchiesta economica domiciliare

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

giugno 2013 vi è stata una rilevante modifica dello stato di salute dell'assicurato nell'ambito medico di vostra competenza? Nel caso affermativo, valutate che tale modifica implichi una totale incapacità lavorativa sia nell'abituale attività dell'assicurata che in altre attività adeguate? In caso negativo, per quali motivi? ” (X). Questa è la presa di posizione del dr. \_\_\_\_\_ del 31 agosto 2015: " (...) Per quanto riguarda la nota meningiomatosi cerebrale multipla, il Dr. med. \_\_\_\_\_ descrive nel suo rapporto del 20.11.2014 nuovamente uno stato dopo intervento neurochirurgico con craniotomia, si tratta di una diagnosi ben nota già quando vidi la paziente la prima volta nel maggio 2013, dalla documentazione non pare che vi sia stato un nuovo intervento. Né dal Dr. med. \_\_\_\_\_ né dal servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ viene descritto una sequela dell'intervento del 26.01.2012, ossia lo stato neurologico viene sempre descritto come nella norma, il Dr. med. \_\_\_\_\_ descrive unicamente che in futuro saranno necessarie rivalutazioni neurologiche e neurochirurgiche con MRI cerebrale di controllo, si tratta di un'osservazione ovvia, giustamente la paziente in futuro dovrà sottoporsi a controlli regolari della MRI cerebrale, in futuro potrebbe essere anche possibile che la paziente debba nuovamente effettuare un intervento neurochirurgico d'asportazione in caso di un meningioma in crescita, non è però detto che questo mai avvenga, se dovesse avvenire dovrebbe essere valutato al momento se da un nuovo eventuale intervento potesse derivare un'incapacità lavorativa. Ricordo unicamente che la MRI cerebrale di controllo effettuata durante la degenza al servizio di neurologia di Lugano nel novembre 2014 non ha evidenziato una progressione della meningiomatosi. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ descrive poi dei dolori lombari bilaterali con parestesie agli arti inferiori, anche il servizio di neurologico parla dei dolori lombari bilaterali e diramazione algica e parestesie da entrambi gli arti inferiori senza chiara correlazione dermatomica. In altre parole i Colleghi non riconoscono una chiara causa neurologica/radicolare della sintomatologia, descrivono che con le infiltrazioni vi sarebbe stato un miglioramento dei sintomi agli arti inferiori ma nessun cambiamento in sede lombare. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ a riguardo invece descrive che stato effettuato anche un trattamento con radiofrequenza dei rami articolari mediani L4-L5 bilaterali, egli descrive un miglioramento significativo dei dolori lombari centrali. In pratica una chiara causa radicolare di questi dolori non risulta dai rapporti, neanche dal

rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_. Inoltre pare che non vi sono neanche più segni di una lieve mielopatia cervicale come l'avevo riscontrato nel 2013 nell'ambito dell'ernia discale C3-C4, pare che non vi siano neanche stati fatti dei controlli. Da parte mia penso comunque che i disturbi accusati dalla paziente a livello degli arti inferiori sono presumibilmente legati a quest'ernia discale C3-C4, già nel maggio 2013 la paziente mi descriveva disturbi sottoforma di parestesie ed anche dolori a livello degli arti inferiori per i quali avevo attestato l'incapacità lavorativa parziale. In pratica non mi pare che la situazione sia cambiata rispetto ad allora. La paziente poi dal 6 al 9.11.2014 è stata degente presso il servizio di neurologia all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, viene posta la diagnosi di probabile stato di male emicranico con emisindrome sensitiva facio-brachio-crurale sinistra associato eventualmente nel contesto emicranico ad un'aura sensitiva prolungata, viene messa comunque in diagnosi differenziale anche un disturbo funzionale, ossia una causa psicologica in paziente con evidenti segni di un sovraccarico. Anche il Dr. med. \_\_\_\_\_, del Centro \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, nel suo rapporto parla d'emicrania non ben contenuta in fase di reimpostazione farmacologica e muscolotensiva multidistrettuale iscritto nel contesto di quadro depressivo e disagio socioeconomico. Dal servizio di neurologi è poi stato prescritto un trattamento preventivo della cefalea. A riguardo il Dr. med. \_\_\_\_\_ descrive che tutti questi medicinali che assumerebbe la paziente creerebbero anche effetti collaterali non desiderati come difficoltà di coordinazione e concentrazione. Dagli atti comunque non viene descritto se la prevenzione abbia avuto effettivamente successo o meno, ossia se la paziente accusa tuttora delle cefalee o meno. Inoltre, ella aveva già accennato dei dolori all'emicapo sinistro nel marzo 2013 senza che questi dolori avessero le caratteristiche d'emicrania o di una cefalea muscolotensiva ma piuttosto da inquadrare come sintomatologia somatoforme residuale in seguito all'intervento cranico avuto. Risulta poi difficile valutare se vi sia effettivamente un peggioramento di questa cefalea, è vero che i vari farmaci che la paziente assume possono anche determinare effetti collaterali, si tratta però di farmaci, principalmente antiepilettici che potrebbero anche creare nessun effetto collaterale. In conclusione; per quanto riguarda la nota meningiomatosi cerebrale ed i disturbi agli arti inferiori non trovo un cambiamento rispetto a quello già espresso nel 2013, unicamente rimane il dubbio per quanto riguarda le cefalee della paziente, in quanto non è chiaro dalla documentazione se essa effettivamente è peggiorata e se la terapia di prevenzione ha avuto successo con in più il dubbio di un'origine psicologica/somatoforme della cefalea stessa. In ogni caso penso che anche con una cefalea più persistente rispetto al 2013, la paziente dovrebbe sempre avere un'incapacità lavorativa nel suo lavoro d'addetta alle pulizie ed aiuto domestico di al massimo 50% di un'attività piena, ossia che in quest'attività sia esigibile circa 4 ore al giorno. Vale la stessa valutazione anche per le attività casalinghe.” (sottolineatura del redattore; doc. XIII/2) Il dr. \_\_\_\_\_ si è così espresso il 25 agosto 2015: " Dopo attenta presa di visione della documentazione medica prodotta durante la procedura di ricorso presso il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni non ho rilevato elementi di rilevanza clinica tale da modificare quanto riportato nel mio rapporto incluso nella perizia pluridisciplinare del 25.06.2013. Sostanzialmente per quanto riguarda l'ambito medico di mia competenza confermo quindi sia la diagnosi posta sia quanto riportato in merito alla valutazione della capacità lavorativa dell'A.” (doc. XIII/1) Con scritto 8 settembre 2015 il SAM, riportati i due succitati pareri medici, ha concluso che “ la documentazione sottopostaci non evidenzia dati clinici nuovi o modificazioni dello stato di salute tali da modificare le conclusioni della nostra perizia SAM del 25.6.2013” (doc. XIII pag. 4). Visto quanto sopra, tenuto conto

della perizia SAM e dei complementi del dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_, è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali ( DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che, a parte un periodo di totale inabilità lavorativa del 100% dal 25 gennaio 2012 – 28 maggio 2012, l'assicurata è da ritenere abile al 50% sia nella precedente attività che in attività adeguate. 2.11. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità per la parte d'attività salariata mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata ed è rimasto incontestato. 2.11.1. Siccome l'assicurata, prima del danno alla salute, svolgeva l'attività di ausiliaria di pulizia nella misura del 16% e che potrebbe ancora svolgerla al 50%, il grado d'invalidità è di conseguenza nullo. Al riguardo, va fatto presente la costante giurisprudenza federale secondo la quale un assicurato, parzialmente abile al lavoro a cui viene applicato il metodo misto e la cui capacità lavorativa residua per l'esercizio di un'attività lucrativa corrisponde o supera quella che avrebbe effettivamente messo a frutto senza danno alla salute nella medesima attività, non subisce una incapacità al guadagno (cfr. STF 9C\_1061/2010 del 7 luglio 2011 consid. 8.1 e il rinvio tra le tante alla 8C\_107/2009 del 18 gennaio 2010 consid. 4.3; a livello cantonale cfr. 32.2014.190 del 24 settembre 2015 consid. 4, 32.2012.265 dell'11 giugno 2013 consid. 2.12.2, 32.2010.115 del 12 novembre 2010 consid. 2.11). 2.11.2 Per quel che concerne l'attività di casalinga, va rammentato che l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, come si è visto (cfr. consid. 2.5), è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili alla richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana. Nella Circolare concernente l'invalidità e l'impotenza dell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera ha previsto una nuova ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo - che nel caso concreto risultano essere stati rispettati - attribuibile a ciascuna di esse. In particolare la cifra 3086 prevede: " Di regola, si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva: Attività Minimo % Massimo % 1. Conduzione dell'economia domestica (pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo) 2 5 2. Alimentazione (preparare i pasti, cucinare, apparecchiare, pulire la cucina, approvvigionamento) 10 50 3. Pulizia dell'abitazione (spolverare, passare l'aspirapolvere, curare i pavimenti, pulire le finestre, fare i letti) 5 20 4. Acquisti e altre mansioni (posta, assicurazioni, uffici) 5 10 5. Bucato, manutenzione vestiti (lavare, stendere e raccogliere il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe) 5 20 6. Accudire i figli o altri familiari 0

## **E. 30**

7. Altre attività (p.es. curare i malati, curare le piante e il giardino, tenere animali domestici, cucire abiti, lavori di volontariato, corsi di perfezionamento, attività creative)\* 0 50 \* Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)." Mentre alle cifre 3087, 3088 e 3089 si legge ancora: " Il totale delle attività dev'essere sempre del 100% (Pratique VSI 1997 pag. 298). Di norma, vanno applicate la ripartizione dei lavori e la valutazione dei singoli compiti di cui al N. 3095. I valori minimi e massimi servono alla parità di trattamento a livello svizzero ed offrono un margine per una valutazione realistica dei singoli casi. Un'altra valutazione può essere applicata soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (RCC 1986 pag. 244). In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro con-facente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati

N. 1048 e 3044 segg.) Deve cioè ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della sua famiglia in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (decisione del TFA del 17 marzo 2005, I 257/04 e DTF 130 V 97 consid. 3.3.3). Se non adotta questi provvedimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità di lavoro nell'ambito domestico. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona attiva nell'economia domestica deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati, N. 1048 e 3044 segg.). La maggior mole di lavoro può essere presa in considerazione per il calcolo dell'invalidità soltanto se l'assicurato non è in grado di svolgere la totalità dei lavori domestici durante il normale orario di lavoro e necessita dunque dell'aiuto di terzi (RCC 1984, pag. 143, consid. 5). L'interessato deve ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei familiari in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (I 257/04 e DTF 130 V 97 consid. 3.3.3). Se non adotta i provvedimenti volti a ridurre il danno, al momento della valutazione dell'invalidità non sarà tenuto conto della diminuzione della capacità al lavoro nell'ambito domestico." Al riguardo, il TFA ha già avuto modo di stabilire che - in linea di massima e senza valide ragioni - non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001 consid. 4, ). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2). Con sentenza non pubblicata 22 agosto 2001 nella causa G. C., il TFA (I 102/00) ha avuto modo di nuovamente confermare la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità ex art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Se, tuttavia, non è possibile determinare con sufficiente certezza che l'impedimento è effettivamente dovuto all'invalidità, nella misura in cui l'incapacità di lavoro constatata dal medico non è unicamente teorica, questa risulta decisiva (RCC 1989 pag. 131 consid. 5b, 1984 pag. 144 consid. 5). Nella fattispecie in esame, l'Ufficio AI ha incaricato l'assistente sociale di esperire un'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica. Il relativo rapporto è stato allestito il 16 aprile 2014 (doc. AI 34). Sulla base degli accertamenti eseguiti presso il domicilio, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 33,50%. In tale inchiesta economica, rimasta del resto incontestata, è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3086 CIGI, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti nell'ambito dell'economia domestica, motivo per cui merita conferma. Ora, come visto, il SAM ha valutato un'inabilità del 50% quale casalinga. Riguardo alla discrepanza con l'inchiesta economica, va ricordato che secondo giurisprudenza nei casi di assicurati attivi presso la loro economia domestica l'accertamento dettagliato dei rapporti effettuato al domicilio della persona assicurata è ritenuto prioritario rispetto alla stessa valutazione medico-teorica. Infatti, dove, come nella fattispecie, sono principalmente le limitazioni fisiche a essere esaminate, l'inchiesta economica costituisce la base più adatta a definirne le ripercussioni (cfr. STF 8C\_384/2010 del 12 dicembre 2011, consid. 6.2 in fine citata in STF

9C\_896/2012 del 31 gennaio 2013, consid. 4.4). Per questi motivi l'inchiesta economica merita conferma. 2.12. Visto quanto sopra, ritenuta un'incontestata ripartizione del 84% quale casalinga e del 16% quale salariata si hanno le seguenti invalidità globali, così come esposto nella decisione impugnata: Attività Quota parte Limitazione

Grado d'inv. parziale Casalinga 84%	33,50%	28%
Salariata 16%	0%	0% Grado d'invalidità

globale 28% Non raggiungendo l'assicurata un grado d'invalidità pensionabile, la decisione contestata è corretta. Il ricorso va pertanto respinto. 2.13. 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.

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