

TI_GERICHTE 32.2019.95 vom 28. März 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-03-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.95

FR: TI_GERICHTE 32.2019.95 du 28 mars 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.95 del 28 marzo 2019

Regeste

L'atto di andare al gabinetto e dell'igiene intima può essere eseguito autonomamente. Se ha delle difficoltà con tale movimento, può fare capo al mezzo ausiliario del Closomat, che rende superfluo l'aiuto di terzi per pulirsi. L'aiuto di terzi fuori casa non è regolare, ma è una necessità occasionale

Erwägungen

E. 42

cpv. 2 LAI quando un assicurato maggiorenne non vive in un'istituzione e a causa di un danno alla salute: a. non può vivere autonomamente senza l'accompagnamento di una terza persona; b. non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona; oppure c. rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno. Per l'art. 38 cpv. 3 OAI, è considerato unicamente l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana che è regolare e necessario in relazione a una delle situazioni di cui al capoverso 1. Fra queste non rientrano in particolare le attività di rappresentanza e di amministrazione nel quadro delle misure di protezione degli adulti conformemente agli articoli 390-398 del Codice civile. Secondo l'art. 42 cpv. 4 LAI, l'assegno per grandi invalidi è accordato al più presto dalla nascita e al più tardi fino alla fine del mese in cui l'assicurato ha fatto uso del diritto al godimento anticipato della rendita secondo l'articolo 40 capoverso 1 LAVS o in cui raggiunge l'età di pensionamento. L'inizio del diritto è retto, a partire dal compimento del primo anno di età, dall'articolo 29 capoverso 1. Va qui rilevato che nella sentenza pubblicata in DTF 137 V 351 il Tribunale federale ha precisato che, contrariamente al rinvio dell'art. 42 cpv. 4 in fine LAI, l'inizio del diritto all'assegno per grandi invalidi non è disciplinato dall'art. 29 cpv. 1 LAI. Continua invece ad essere applicabile, per analogia, l'art. 28 cpv. 1 LAI sui presupposti del diritto alla rendita. Giusta l'art. 42ter cpv. 1 LAI il grado personale di grande invalidità è determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi: l'assegno mensile in caso di grande invalidità di grado elevato ammonta all'80%, in caso di grande invalidità di grado medio al 50% e in caso di grande invalidità di grado lieve al 20% dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS. 2.4. Ai sensi dell'art. 69 cpv. 2 OAI l'Ufficio AI esamina le condizioni assicurative, fra l'altro, mediante l'esecuzione di sopralluoghi. Secondo la giurisprudenza, un rapporto d'inchiesta circa la grande invalidità (art. 9 LPG) o la necessità di cure deve adempiere i seguenti criteri. L'estensore dell'inchiesta deve essere una persona qualificata, che conosca il contesto in cui la persona bisognosa di cura vive, nonché le affezioni (diagnosi) e limitazioni mediche e le necessità di cura. Nel rapporto devono essere contenute le indicazioni ricevute dall'assicurato e, se è il caso, le opinioni divergenti delle parti coinvolte nell'inchiesta. Il testo del relativo rapporto deve essere inoltre plausibile, dettagliato e

motivato in merito ai singoli provvedimenti di cura ed assistenza da prendere in considerazione e inoltre deve corrispondere alle indicazioni acquisite in loco. Se ciò è il caso, allora il rapporto d'inchiesta acquisisce valore probatorio pieno. Il giudice delle assicurazioni sociali interviene solo in presenza di valutazioni chiaramente insostenibili, errate. Questo in considerazione del fatto che la persona competente che ha eseguito l'inchiesta possiede una conoscenza maggiore della fattispecie che il Tribunale chiamato in causa a seguito di un ricorso (DTF 140 V 543 consid. 3.2.1. con riferimenti). 2.5. Va infine ricordato che, al pari di ogni altra Ordinanza amministrativa, le Direttive dell'UFAS (incluse le Circolari), pur non avendo ovviamente valore vincolante di legge, si prefiggono comunque di esplicitare l'interpretazione attribuita da un'autorità amministrativa a determinate disposizioni legali al fine di favorire un'applicazione uniforme del diritto e di garantire la parità di trattamento (DTF 137 V 82 consid. 5.5 = SVR 2012 EL Nr. 1). Esse costituiscono delle istruzioni dell'autorità di vigilanza all'indirizzo degli organi esecutivi dell'assicurazione sul modo di svolgere le loro competenze. Volte ad assicurare un'applicazione uniforme delle prescrizioni legali da parte dell'amministrazione, tali istruzioni non hanno valore di legge e, di conseguenza, non vincolano né gli amministrati né i Tribunali, ma esplicano effetto solo nei confronti dell'amministrazione; esse non costituiscono delle norme di diritto federale ai sensi dell'art. 95 lett. a LTF e non devono quindi essere seguite dal giudice. Servono più che altro a creare una prassi amministrativa uniforme e presentano per tale scopo una certa utilità; non possono tuttavia uscire dal quadro stabilito dalla norma superiore che sono tenute a concretizzare. In altri termini, in assenza di lacune, le direttive non possono prevedere qualcosa di diverso da ciò che deriva dalla giurisprudenza o dalla legge (DTF 141 V 175 consid. 4.1; DTF 133 V 346 consid. 5.4.2). Non creano inoltre delle nuove regole giuridiche e rappresentano il punto di vista dell'amministrazione sull'applicazione di una norma di diritto e non un'interpretazione vincolante delle stesse. Il giudice ne controlla liberamente la costituzionalità e la legalità e se ne deve scostare nella misura in cui esse stabiliscono delle norme non conformi alle disposizioni legali applicabili (DTF 139 V 125 consid. 3.3.4, 133 V 257 consid. 3.2, 131 V 45 consid. 2.3, 130 V 172 consid. 4.3.1, 232 consid. 2.1, 129 V 204 consid. 3.2, 127 V 61 consid. 3a, 126 V 68 consid. 4b, 427 consid. 5a). 2.6. Nella domanda volta all'ottenimento di un assegno per grandi invalidi dell'11 gennaio 2018, l'interessato ha rilevato che dal mese di febbraio 2015 necessitava di un aiuto diretto per vestirsi/svestirsi (allacciare/mettere/togliere le calze e le scarpe), mangiare (motricità fine, alzare pesi, raggiungere pensili alti o bassi), cura del corpo (asciugare la schiena, lavare i piedi, tagliare le unghie dei piedi, svitare il tappo del dentifricio), fare i propri bisogni (pulizia intima), spostarsi/mantenere i contatti sociali (doveva essere stimolato per uscire di casa e mantenere i contatti sociali). Il medico curante, dr. med. _____, FMH medicina interna e generale, ha confermato il 19 febbraio 2018 (doc. 82) che le indicazioni sulla grande invalidità presentate dall'assicurato, affetto da lombosciatalgia cronica, corrispondevano alle sue constatazioni, che lo stato di salute non poteva essere migliorato con provvedimenti sanitari e che la grande invalidità non poteva essere diminuita impiegando mezzi ausiliari adeguati. Infine, la prognosi era stazionaria. Il dr. med. _____, caposervizio di neurochirurgia, ha da parte sua affermato il 9 febbraio 2018 (doc. 85) che stante la lombalgia su importanti discopatie a livello L2-S1 e la laminoplastica cervicale, mediante fisioterapia, dieta e terapia del dolore, lo stato di salute dell'assicurato poteva essere migliorato, mentre la grande invalidità non poteva essere diminuita impiegando mezzi ausiliari. La prognosi era suscettibile sia di miglioramento sia di

peggioramento. Alla luce di questi referti, il 9 marzo 2018 (doc. 87) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale, ritenuto che in considerazione del danno alla salute e delle diagnosi di sindrome lombare con irradiazione radicolare S1 a sinistra secondaria a ernia discale L5/S1 con instabilità segmentaria e sindrome di mielopatia cervicale su canale stretto cervicale degenerativo e stato dopo laminoplastica C3-C7, poteva esserci la necessità dell'aiuto di terzi per vestirsi (calze, scarpe), fare la doccia e eventualmente fare i bisogni, ha ritenuto necessario procedere a un'inchiesta domiciliare. L' Ufficio AI ha quindi dato incarico all'assistente sociale di esaminare la richiesta di AGI formulata dall'assicurato, che l'ha esperita il 20 dicembre 2018 alla presenza anche della moglie. Con rapporto dell'11 gennaio 2019 (doc. 88) l'incaricata ha annotato che l'assicurato lamentava formicolii alle mani e limitazioni nei movimenti delle spalle e che v'era stato un peggioramento del suo stato di salute dal bloccaggio della colonna avvenuto nel febbraio 2015. L'assicurato svolgeva autonomamente i seguenti atti ordinari della vita: vestirsi, svestirsi, mettere le calze e le scarpe, alzarsi, sedersi e coricarsi, mangiare, spostarsi sia all'interno sia fuori casa e guidare, organizzare la realtà quotidiana. Per contro, l'assistente sociale ha annotato che per l'igiene personale l'interessato ha affermato che non era in grado di lavare la parte posteriore del corpo, dovendo ricorrere all'aiuto della moglie dal febbraio 2015 non riuscendo ad effettuare i movimenti di rotazione con le braccia. Per l'atto di andare al gabinetto, l'assicurato ha dichiarato che si serviva autonomamente della toilette, ma ricorreva all'aiuto diretto della moglie per l'igiene intima dopo la defecazione non essendo in grado di ruotare il braccio e tantomeno di raggiungere la zona interessata passando dalla parte anteriore. Per quest'ultimo atto, l'assistente sociale ha affermato che " Non sono in grado di giustificare la dipendenza così come descritta a domicilio guardando in modo particolare alla documentazione medica a dossier; pertanto chiedo una presa di posizione da parte del medico SMR rendendolo comunque attento che l'assicurato ha il permesso di guida e dichiara di essere in grado tuttora di guidare la propria auto. ". L'assistente sociale ha concluso il suo rapporto scrivendo che si riservava di procedere con le conclusioni dopo la presa di posizione del medico SMR in merito alla dipendenza nell'atto di andare al gabinetto. Il 31 gennaio 2019 (doc. 90) il dr. med. _____ ha annotato le diagnosi di cui era affetto l'assicurato e che dall'inchiesta a domicilio del 20 dicembre 2018 era emerso il bisogno di aiuto per l'igiene personale, mentre era dubbia la dipendenza da terzi per andare al gabinetto. Nella sua valutazione il medico SMR ha affermato quanto segue: " - Assicurato che guida tuttora l'auto - La pulizia dopo la defecazione può essere difficoltosa ma il problema può essere risolto con l'uso di un Closomat. ". L'indomani (doc. 91) l'assistente sociale ha emesso la sua proposta di decisione concludendo che l'assicurato dipendeva da terzi per compiere un solo atto ordinario della vita: l'igiene personale; inoltre, non necessitava di una sorveglianza personale continua, né di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Non erano dunque date le condizioni per il versamento di un assegno per grandi invalidi. Il progetto di decisione del 4 febbraio 2019 (doc. 92) ha confermato questo rifiuto del diritto all'AGI. Sulle osservazioni dell'assicurato (doc. 97), che ha contestato l'assenza di difficoltà nel vestirsi/svestirsi, nel mangiare, nell'andare al gabinetto e nell'organizzazione della realtà quotidiana, l'assistente sociale si è espressa il 6 marzo 2019 (doc. 99) e, per ciò che concerne in particolare l'atto dell'andare al gabinetto, solo oggetto del presente ricorso, essa ha affermato che " Per la valutazione dell'atto qui considerato, mi sono basata sull'annotazione del medico SMR del 31 gennaio 2019 ". Ha poi rinviato l'incarto all'SMR per una presa di posizione sugli atti di vestirsi/svestirsi e di organizzare la realtà quotidiana. La decisione del 28 marzo 2019 ha

confermato il rifiuto dell'AGI. A seguito del ricorso qui in oggetto, l'Ufficio assicurazione invalidità ha risottoposto l'incarto all'esame del dr. med. _____, il quale il 22 maggio 2019 (doc. IV/1) ha affermato che: " Dalla documentazione medica e dalle diagnosi risulta: - Assenza di patologia a livello delle spalle - Assenza di segni di radicolopatia - Assenza di deficit motori all'esame neurologico (rapporto dr. _____ del 14.12.2017)

Dall'inchiesta del 20.12.2018 risulta di essere in grado di infilare calze-scarpe. Valutazione: - Non posso condividere l'assoluta impossibilità a pulirsi dopo essere andato di corpo in assenza di problematica documentata a livello delle spalle e in assenza di deficit motori all'esame neurologico." Il dr. med. _____, FMH in reumatologia, l'8 agosto (recte : luglio) 2019 ha visitato il ricorrente e nel suo rapporto del 17 luglio 2019 (doc. X/1) ha esposto dapprima la diagnosi, indicando una sindrome lombovertebrale cronica su/con spondilosi a livello L3-L4 e L4-L5, ernia discale intra-extra-foraminale in L3-L4 a sinistra, bulging discale L4-L5, ernia discale L5-S1 posteriore mediana-paramediana a sinistra con conflitto radicolare S1 a sinistra; stato dopo laminoplastica cervicale nel 2005 (recte : 2015); diabete mellito in terapia. Poi ha effettuato l'esame clinico, annotando quanto segue: " Rigidità posturale. Colonna cervicale: I movimenti passivi e attivi sono limitati in tutte le direzioni, estensione/flessione 30°-0-15°, rotazione dx/sx 50°-0-50°, movimento di lateralizzazione nella norma 10°-0-10°, contrattura della muscolatura paracervicale. Non dolorabilità alla percussione ai processi spinosi. Colonna dorsale: Lateroflessione bilaterale libera. Colonna lombare: Non dolorabilità alla digitopressione dei processi spinosi, movimenti di flessione limitato 1/3, lateroflessioni verso destra e sinistra nella norma, rotazione nella norma, muscolatura paravertebrale lombare lievemente contratta. Distanza dita-suolo: 32cm, Schorber: 10/12cm. Periferiche: Le articolazioni delle ginocchia non sono dolenti alla digitopressione, flessione/estensione nella norma, ballottamento rotuleo negativo bilateralmente, segno di cassetto negativo bilaterale, manovra di Mc Murray negativa bilateralmente. Sono indolenti le articolazioni coxofemorali bilaterali (Patrick: si presenta dolore a livello lombare). I gomiti presentano un'articolarietà completa e sono indolenti alla digitopressione. Le articolazioni delle spalle sono limitate sia nei movimenti passivi che nei movimenti attivi, retropulsione/antropulsione 30°-0-120° dx, 30°-0-130° a sx, abduzione/adduzione dx 30°-0-120°, ad 30°-0-130° a sx. Caviglie con mobilità passiva libere, indolori. Polsi con mobilità passiva liberi e indolori. Le piccole articolazioni delle mani presentano un'articolarietà normale e libera. Esame neurologico: Deambulazione senza zoppia. Lasègue positivo a bilaterale a 60°. Test dell'innalzamento dell'arto esteso (SLR) positivo bilaterale. Forza rozza del muscolo estensore lungo l'alluce e alle dita, M4 a sx e M4 a dx. Forza rozza ai muscoli quadricipiti M34 a destra, M4 a sinistra, tricipiti e bicipiti bilaterali intatta. Non ci sono segni di sofferenza dei nervi ulnari, Phalen negativo bilateralmente. Nessuna insufficienza sfinterica. Deambulazione sulle punte e sui talloni difficoltosa. ROT rotuleo vivaci e simmetrici, achilleo normale bilaterale. Babinski negativo bilateralmente. In base alla visita e all'esame clinico da me effettuato, si certifica che, sulla base dei limiti funzionali presentati dal paziente, si veste e si sveste con grande difficoltà, necessita di aiuto per assolvere alla sua igiene intima a causa dell'importante limitazione funzionale delle spalle (vedi esami obiettivo). Il paziente durante l'anamnesi del dolore rimane tranquillo senza prendere posizione antalgica." Su questo referto ha preso posizione il 9 settembre 2019 (doc. XII/1) il dr. med. _____ così esprimendosi: " Attuale nuova documentazione medica: rapporto dr. _____ del 17.7.2019: - Movimenti del rachide lombare sono limitati di 1/3 - Flessione a livello dorsale libera - Assenza di limitazione delle anche e dei gomiti - Mobilità spalle 30°-0°-120/130° - Si

veste e si sveste con grande difficoltà - Necessità di aiuto per assolvere alla sua igiene intima a causa dell'importante limitazione funzionale delle spalle Valutazione: l'attuale rapporto del dr. _____ è contraddittorio. Viene indicata una "importante limitazione funzionale delle spalle" senza una diagnosi che possa spiegare questo limite funzionale. I dati oggettivi mostrano unicamente una limitazione della mobilità limitata. I valori normali per la retroversione/anteroversione sono 40-0-180°: nel presente caso vengono misurati valori di 30-0-120°, quindi limitati al massimo di 1/3. La medesima riduzione del movimento viene certificata a livello lombare, sempre di 1/3. I valori di mobilità riportati a livello delle spalle sono ben compatibili con il movimento a livello delle spalle necessarie per la pulizia del sedere dove il movimento di retroversione è sicuramente inferiore ai 30° misurati". 2.7. Va qui ancora rammentato che per il N. 8021 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nella versione 1° gennaio 2015, stato 1° gennaio 2018, l'assicurato è considerato grande invalido se necessita dell'aiuto di terzi per pulirsi, per verificare la pulizia, per risistemare i vestiti o per sedersi sul gabinetto e rialzarsi (DTF 121 V 88 consid. 6). Vi è grande invalidità anche quando i bisogni vengono espletati in maniera inusuale (per esempio portare il vaso fino al letto e andare a svuotarlo, tendere il pappagallo, aiuto regolare nell'urinare, ecc.; Pratique VSI 1996 pag. 182; v. N. 8027). In presenza di un catetere permanente, una stomia o una cistostomia (sacca da giorno e da notte) il bisogno in questo ambito è riconosciuto solo se l'assicurato non è in grado di svuotare o cambiare la sacca da solo. Se per svuotare la vescica l'assicurato deve introdurre un catetere, ciò costituisce una maniera inusuale di espletare i bisogni corporali ed è dunque riconosciuta la grande invalidità nello svolgimento di questo atto ordinario della vita, sebbene manchi la necessità di un effettivo aiuto da parte di terzi (STF 8C_674/2007 del 6 marzo 2008). Non è invece riconosciuta una grande invalidità se l'assicurato deve rimuovere manualmente le feci dal retto. Questo atto non lede neppure la dignità umana (STF 9C_604/ 2013 del 6 dicembre 2013). Inoltre, per il N. 8021.1 CIGI, il fatto che l'assicurato non possa chiudere la porta del bagno mentre lo utilizza non costituisce una delle funzioni parziali dell'atto ordinario della vita «Espletare i bisogni corporali» (STF 9C_633/2012 dell'8 gennaio 2013, consid. 4.2.2), perlomeno non nella sfera privata. Non vi è grande invalidità se l'assicurato non ha bisogno di un aiuto regolare e, nel suo insieme, può ancora svolgere l'atto di espletare i bisogni corporali in modo conforme alla dignità umana (STF 9C_604/2013 del 6 dicembre 2013). Per quanto concerne la nozione di aiuto di terzi, secondo il N. 8025 CIGI l'aiuto è considerato regolare se l'assicurato lo necessita o potrebbe necessitare quotidianamente (STF 9C_562/2016 del 13 gennaio 2017). Ciò accade per esempio se egli è soggetto ad attacchi che possono manifestarsi soltanto ogni due o tre giorni, ma improvvisamente e spesso anche ogni giorno o più volte al giorno (RCC 1986 pag. 510). L'aiuto è considerato notevole quando almeno una funzione parziale di un atto ordinario della vita (p. es. «lavarsi» quale parte della «pulizia personale» [DTF 107 V 136]): – non può più essere compiuta dall'assicurato, oppure può essere compiuta soltanto con uno sforzo non esigibile ragionevolmente o in modo difforme dall'usuale (DTF 106 V 153) oppure non sarebbe compiuta spontaneamente a causa dello stato psichico; – non può essere compiuta dall'assicurato nemmeno con l'aiuto di terzi perché per lui è priva di senso (p. es. intrattenere contatti sociali è impossibile a causa di gravi lesioni cerebrali che costringono a una vita totalmente vegetativa a letto) [DTF 117 V 146]). Il N. 8028 CIGI definisce l'aiuto diretto di terzi e significa che l'assicurato non è in grado, o lo è solo parzialmente, di compiere da solo gli atti ordinari della vita. Per il N. 8029 CIGI, l'aiuto indiretto di terzi significa che la persona è in grado,

sul piano funzionale, di compiere gli atti ordinari della vita ma non li eseguirebbe, o li eseguirebbe solo parzialmente o in orari inadeguati, se fosse lasciata sola (DTF 133 V 450). Nel determinare la grande invalidità delle persone adulte, l'ufficio AI si basa oggettivamente sullo stato dell'assicurato. È irrilevante l'ambiente in cui l'assicurato si trova, ossia che viva da solo, in famiglia, nella società o in un istituto (STF 9C_410/2009 del 1° aprile 2010), ed è indifferente se per le attività quotidiane l'assicurato può contare sull'aiuto del coniuge o dei figli o viene invece aiutato da una persona estranea alla famiglia (v. però il N. 8038). È pure irrilevante che un assicurato faccia effettivamente o no ricorso all'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana (N. 8083 CIGI). Giusta il N. 8084 CIGI, la perdita di una funzione fisica o sensoriale non fa presumere in linea di principio una grande invalidità giuridicamente rilevante. La grande invalidità va piuttosto valutata secondo le regole generali in base alle circostanze dei singoli casi (v. però i N. 8056 segg.; RCC 1969 pag. 702). Infine, per il N. 8085 CIGI, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto ad adottare misure adeguate e ragionevolmente esigibili per mantenere o ristabilire la propria autonomia (p. es. abiti adeguati all'invalidità, scarpe con chiusura velcro per le persone con un braccio solo, mezzi ausiliari, attrezzi, ecc.). In caso contrario l'aiuto cui deve far ricorso non è preso in considerazione nel calcolo della grande invalidità (RCC 1989 pag. 228, 1986 pag. 507). È quindi possibile che un mezzo ausiliario escluda la grande invalidità. Tuttavia un'automobile fornita dall'AI per scopi professionali non esclude anche una grande invalidità per spostamenti privati (DTF 117 V 146). Occorre considerare in particolare anche l'aiuto prestato dai familiari, che va ben oltre quello fornito solitamente e che si potrebbe aspettare se l'assicurato non avesse alcun danno alla salute (STF 9C_410/2009 del 1° aprile 2010).

2.8. Per potere determinarsi sull'esistenza di una grande invalidità, l'autorità deve disporre di informazioni che provengono dai medici o da altri collaboratori specializzati. Il medico deve indicare in quale misura l'assicurato è limitato nelle sue funzioni fisiche e psichiche dalla sua malattia. L'autorità procede invece a un'inchiesta domiciliare, che tenga conto di tutte le particolarità del caso, ciò che implica necessariamente la conoscenza dei pareri dei medici. Sottopone poi i risultati dell'inchiesta al parere del Servizio Medico Regionale (SVR 2019 IV Nr. 79 consid. 2b). Da un attento esame degli atti questo TCA ritiene che l'Ufficio AI ha correttamente concluso che l'assicurato necessita dell'aiuto di terzi unicamente per compiere l'atto ordinario di lavarsi. Non è infatti data la necessità di un aiuto diretto anche per espletare i propri bisogni, potendo egli fare capo, così come dal ricorrente stesso riconosciuto e accettato, all'utilizzo di un mezzo ausiliario come il wc con doccetta (washlet in inglese, Dusch-WC in tedesco, denominato anche Closomat , dal nome dell'azienda svizzera che per prima l'ha messo in commercio, cfr. wikipedia), ovvero di un vaso sanitario che combina le comuni funzioni di un water a quelle di un bidet . L'assistente sociale, che ha effettuato una visita al domicilio del ricorrente a fine dicembre 2018 e l'ha interpellato al riguardo, ha ritenuto che, sulla base della documentazione medica che ha portato l'Ufficio AI ad attribuirgli una rendita intera di invalidità, non erano dati i motivi per giustificare una dipendenza da terzi per l'igiene intima dopo avere espletato i propri bisogni corporali. Da parte sua, il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha sin da subito ritenuto che la pulizia del corpo dopo la defecazione poteva essere difficoltosa per l'assicurato, ma che a tale inconveniente era possibile ovviare mediante l'utilizzo di un Closomat. A seguito del ricorso in esame, l'SMR ha nuovamente preso posizione su questa questione e ha affermato che stante l'assenza di patologie a livello delle spalle e di deficit motori all'esame neurologico, così come risultava dal rapporto del dr. med. _____ del 14 febbraio (e non dicembre) 2017 (doc. 83)

trasmesso dal dr. med. _____ all'Ufficio AI nell'ambito della revisione del suo diritto alla rendita, non poteva condividere l'impossibilità assoluta per l'assicurato di pulirsi dopo essere andato di corpo. Il dottor _____ ha mantenuto la sua posizione anche dopo avere valutato il referto del dr. med. _____ del 17 luglio 2019. Infatti, a dire del medico SMR, le limitazioni della mobilità accertate dal reumatologo erano " ben compatibili con il movimento a livello delle spalle necessarie per la pulizia del sedere dove il movimento di retroversione è sicuramente inferiore ai 30° misurati " (doc. XII/1). Il ricorrente ha contestato il valore probante delle conclusioni tratte dal dr. med. _____, poiché non è specialista in materia. In effetti, il dr. med. _____, essendo specialista FMH in medicina interna generale, non è specialista in materia (reumatologia o neurologia) e quindi le sue dichiarazioni al riguardo non hanno di principio pieno valore probatorio (sul principio secondo cui la valutazione di medico non specialista in materia non può per giurisprudenza avere pieno valore probatorio, cfr. STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; fra le ultime: STCA 32.2018.220 del 21 ottobre 2019; STCA 32.2017.172 del 28 maggio 2018; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2018; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017). Tuttavia, in tutti i suoi rapporti egli ha indicato chiaramente di essersi basato sulla documentazione medica specialistica di terzi ed è proprio in uno di questi atti medici che è ben indicato che l'assicurato non presentava deficit motori all'esame neurologico. Il TCA rileva che il referto del dr. med. _____, da cui il medico SMR ha tratto questa conclusione, è stato redatto due anni prima che quest'ultimo prendesse posizione sulla questione ed in questo lasso di tempo, fino all'estate 2019, il ricorrente non ha presentato dei certificati medici comprovanti un peggioramento del suo stato di salute. Nemmeno il rapporto del 19 febbraio 2018 reso dal dr. med. _____, FMH in medicina interna generale, riferisce infatti delle difficoltà nei movimenti degli arti superiori, ricordando solo che ad inizio 2017 la mobilità della colonna era limitata. Anzi, a quel momento la distanza al suolo era di 45-50 cm, mentre oltre due anni e mezzo dopo il dr. med. _____ l'ha misurata in 32 cm. Inoltre, la scrivente Corte evidenzia che è lo stesso dr. _____ che ha determinato gli impedimenti nei movimenti dell'assicurato, stabilendo che le spalle erano limitate sia nei movimenti passivi sia in quelli attivi, con una retropulsione/anteropulsione di 30°-0-120° a destra e a sinistra con 30°-0-130° e con delle limitazioni identiche per l'abduzione e l'adduzione verso destra e sinistra. Ora, se è vero che il medico SMR che ha valutato in più occasioni la domanda di assegno grandi invalidi dell'assicurato non è uno specialista in reumatologia e neppure in neurologia, ad ogni modo il TCA deve riconoscere che il dottor _____ è pur sempre un internista, perciò è sicuramente in grado di interpretare i risultati degli esami del reumatologo curante. Pertanto, l'aver indicato quali siano i valori normali per la retroversione/anteroversione (40°-0-180°) e l'aver tratto la conclusione che, in presenza di valori di 30°-0-120°/130°, la mobilità dell'articolazione delle spalle era limitata di al massimo 1/3, così come quella della colonna lombare, non va certo al di là delle sue conoscenze professionali, trattandosi di nozioni che si possono definire di base in campo medico e che quindi sono certamente note a un medico specialista in medicina interna generale. Da quanto precede discende che, d'avviso del TCA, la forza probatoria della valutazione dell'SMR, a dispetto di quanto sostenuto dal ricorrente, nel caso di specie è valida allo stesso modo di quella del reumatologo interpellato dall'assicurato. A proposito del referto del dr. med. _____, però, il Tribunale concorda con il Servizio Medico Regionale secondo cui il reumatologo non ha in effetti posto una diagnosi riferita alle spalle e quindi l'indicazione che c'era un'importante limitazione funzionale delle stesse non è

suffragata dalla presenza di una specifica patologia, ma si tratta di mere conclusioni tratte dalle limitazioni sopraindicate che, però, come visto, ostacolano i movimenti soltanto in ragione di un terzo e quindi non in modo importante come ritenuto dallo specialista. Alla luce di quanto esposto, la scrivente Corte conclude che le varie affermazioni rese dal dr. med. _____ dell'SMR non sono affatto contraddittorie. Infatti, egli sin da subito ha manifestato delle perplessità sull'impedimento dell'assicurato di pulirsi dopo essere andato al gabinetto, sostenendo che dagli atti medici non risultava un atto impossibile ma, semmai, difficoltoso e che, per ovviare a ciò, egli poteva fare capo al wc con doccetta. I più recenti dati clinici disponibili, accertati dal reumatologo curante nell'estate 2019, hanno ulteriormente corroborato la posizione del medico SMR, il quale ha sostenuto - e l'assicurato non ha più smentito tale conclusione per il tramite del dr. med. _____ o di altri specialisti - che la mobilità delle spalle, ridotta di solo un terzo, rendeva possibile la pulizia del corpo dopo defecazione, giacché tale movimento era inferiore ai 30° accertati. Di conseguenza, la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che sia quindi utile il rinvio degli atti all'amministrazione per un complemento istruttorio dello stato di salute dell'assicurato per mano di uno specialista, così come da esso richiesto. 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. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). In conclusione, si deve quindi ritenere che l'atto dell'andare al gabinetto e, più specificatamente, dell'igiene intima dopo avere defecato, è un atto ordinario della vita che il ricorrente è in grado di eseguire autonomamente. Qualora egli avesse delle difficoltà ad effettuare tale movimento, può fare capo al mezzo ausiliario del Closomat, che rende superfluo l'aiuto di terzi per pulirsi. Questa soluzione costituisce una concretizzazione dell'obbligo di ridurre il danno, secondo cui occorre intraprendere tutto quanto è ragionevole allo scopo di diminuire il più possibile gli effetti dell'invalidità (DTF 134 V 9 consid. 7.3.1; SVR 2017 IV Nr. 6). Da ultimo, va segnalato che il Tribunale federale ha avuto modo di ribadire al considerando 3.4 della STF 9C_633/2012 dell'8 gennaio 2013, che il compimento difficoltoso o rallentato a causa del danno alla salute degli atti ordinari della vita non giustifica per principio la grande invalidità (N. 8013 CIGI). 2.9. Per quanto concerne la giustificazione dell'insorgente di avere diritto a un assegno per grandi invalidi di grado esiguo poiché egli non può più uscire di casa senza correre il rischio di dovere andare al gabinetto e di non potersi poi, senza l'aiuto di terzi, debitamente pulire non disponendo evidentemente fuori casa di un wc con doccetta, il Tribunale fa proprie le motivazioni addotte dall'Ufficio assicurazione invalidità per negare che tale problema configuri un impedimento all'atto ordinario dell'igiene personale. È evidente che la facilitazione suggerita dall'Ufficio AI di fare capo al Closomat quale mezzo ausiliario può essere adottata unicamente nella propria abitazione e che non si può certo pretendere che

l'assicurato ne faccia uso pure quando è fuori casa, considerato come nel nostro Paese l'utilizzo di questo tipo di gabinetto non sia ancora diffuso su larga scala e, soprattutto, nei luoghi pubblici che il ricorrente intende frequentare. Ciò detto, non si può nemmeno pretendere che si riconosca all'assicurato l'aiuto di terzi nel caso in cui, trovandosi in un bar, in un ristorante, ad un concerto, presso casa di amici o in altri luoghi che non siano il proprio domicilio, egli sia costretto ad andare al gabinetto per esigenze improvvise. Si tratta in effetti di una mera ipotesi e l'art. 37 OAI, così come la giurisprudenza, esigono invece che tale aiuto debba essere regolare: questa condizione non è però ravvisabile nel caso concreto. La probabilità che il ricorrente debba fare capo a un gabinetto durante quei momenti in cui è fuori casa, è in effetti una necessità che non è continua e neppure abituale. Se è vero, come ha osservato il ricorrente, che l'andare al gabinetto è un atto che non è prevedibile nell'arco della giornata, è anche però vero che il suo stato di salute non presenta patologie tali da rendere frequente e improvvisa la necessità di dovere defecare. A tale riguardo, va rilevato che lo stesso dr. med. _____, all'esame neurologico, ha indicato come non vi sia "Nessuna insufficienza sfinterica". Di conseguenza, la necessità di dovere fare capo all'aiuto di terzi per pulirsi dopo avere defecato nelle occasioni in cui il ricorrente non si trovava al suo domicilio, d'avviso del TCA diventano solo puramente occasionali. In tali circostanze, non si può affermare che sia data una necessità regolare di dovere chiedere l'aiuto di terzi per espletare i propri bisogni corporei. La scrivente Corte evidenzia che, contrariamente a quanto lamentato dall'insorgente, non si tratta di limitarlo nella sua autonomia nel negargli l'aiuto di terzi quando è fuori casa in virtù del principio dell'obbligo di ridurre il danno. Come dianzi spiegato, sono le circostanze stesse legate alla sua persona e, pure, all'atto stesso dell'andare al gabinetto per defecare, che fanno sì che tale atto, nel caso concreto, non sia regolare. In sostanza, all'ora attuale, così come riferito dal suo medico curante, non sono dati i presupposti per riconoscere che vi sia una necessità regolare di avere bisogno dell'aiuto di qualcuno per pulirsi dopo essere andato di corpo.

2.10. Sulla base delle considerazioni esposte se ne deduce che, secondo il corso ordinario della vita, e come ha affermato il Tribunale federale, nell'evenienza concreta l'assicurato non abbisogna dell'aiuto di terze persone in modo regolare e importante per andare al gabinetto. Il TCA ritiene dunque che un tale aiuto non è indispensabile, né quando l'assicurato è al suo domicilio né quando è fuori casa; in quest'ultima ipotesi, poi, tale esigenza si manifesta, semmai, solo occasionalmente, e quindi viene già meno, per definizione, il carattere di regolarità. Di conseguenza, è corretto che l'Ufficio AI ha negato al ricorrente il diritto all'assegno per grandi invalidi, non essendo egli costretto a ricorrere in modo regolare e considerevole all'aiuto di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita (art. 37 cpv. 3 OAI).

2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.- vanno poste a carico dell'insorgente.