

TI_GERICHTE 33.2011.10 vom 25. Juli 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-07-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2011.10

FR: TI_GERICHTE 33.2011.10 du 25 juillet 2012

IT: TI_GERICHTE 33.2011.10 del 25 luglio 2012

Regeste

Aiuto domiciliare. Divergenza radicale nelle valutazioni dei medici intervenuti. Perizie.
Ricorso solo parzialmente ammesso

Erwägungen

E. 1

persone sole, persone vedove, coniugi di persone che vivono in un istituto o in un ospedale
Fr. 25'000.-

E. 2

coppie sposate Fr. 50'000.-

E. 2.3

Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht (BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (...) Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l' invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell' ambito dell' assicurazione per l' invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico

SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.14. Questa Corte, alla luce dell'insieme del materiale probatorio ritiene di condividere la valutazione del dott. _____ e quindi di riconoscere alla ricorrente complessivamente 6 ore settimanali di aiuto domestico rimborsato dall'amministrazione. Va infatti evidenziato come il rapporto del dott. _____ appaia completo coerente, dettagliato e specifico, è stato eseguito dopo una visita approfondita personale e dopo l'esame minuzioso delle certificazioni acquisite agli atti. Non solo, le argomentazioni poste alla base del lavoro del professionista sono giustificate, precise, sono esposte con metodo e trovano elementi oggettivi posti a loro suffragio. Il medico ha verificato le capacità fisiche residue dell'assicurata, ha valutato la sua capacità concreta per sostenere gli sforzi per affrontare la quotidiana gestione del focolare domestico, giungendo ad una conclusione coerente, come detto, ed equilibrata, cui ha aderito persino il medico consulente dell'amministrazione. Non può invece essere seguita la valutazione della dott. _____. Pur essendo precisa, minuziosa e dettagliata, la perizia della psichiatra giunge senz'altro a conclusioni coerenti e sostenibili ma partendo da un assunto che questo Tribunale cantonale delle Assicurazioni

non può condividere. In altri termini, stante la diagnosi psichiatrica posta, lo svolgimento di una attività da parte di un aiuto domiciliare per 12 ore, sarebbe giustificata, secondo la dott. _____, dal fatto che la negazione del diritto riapre tutte le ferite a livello psichico. La ricorrente patirebbe di un dolore psichico e morale, nel senso depressivo (come ricorda la psichiatra), ciò che significa “ non valere niente, essere nessuno, sentirsi inutili e perennemente colpevoli, vergognarsi della propria inutilità ... subentra un’evoluzione della sindrome somatoforme da dolore persistente ”. Per l’esperta avere negato alla signora RI 1, “ improvvisamente, il sostegno dei lavori domestici ” è stato vissuto dall’assicurata come un fatto grave, una decisione inaccettabile, un’ulteriore ferita profonda. Secondo la dott. _____ occorrerebbe quindi riconoscere la prestazione alla signora RI 1 come in precedenza per eliminare quella ferita, per toglierle quella sensazione di incomprendimento, di insoddisfazione e non riconoscimento della sua sofferenza. Ciò è senz’altro vero e la valutazione può senz’altro essere condivisa, ma lo scopo della prestazione in questione non è, come evidenziato approfonditamente nelle considerazioni che precedono, quello di curare una patologia, o ridurre gli effetti. Lo scopo dell’intervento statale, con il riconoscimento e rimborso delle spese derivanti dall’aiuto domestico, è altro. La persona che, a cagione della sua patologia, non riesce a far fronte alle normali attività di gestione della vita, ossia spesa, bucato, riordino, pulizia e simili, può vedersi riconoscere la prestazione. La prestazione in se non può essere ammessa se ha valore unicamente curativo o lenitivo di sofferenza. Vi sono situazioni in cui la presenza di un/una aiuto domiciliare per un certo numero di ore in casa e lo svolgimento da parte di questa persona di una determinata attività, può senz’altro avere effetti psichici positivi. Ma il contrario non vale, ossia non può essere presa a carico la spesa da parte delle PC se la prestazione allevia una sofferenza psichica, ciò può e deve avvenire solo se la persona non è in grado di svolgere l’attività da sola. Ora, in concreto, è da riconoscere – come indica il dott. _____ – che la signora RI 1, per le sue patologie reumatologiche non è in grado di svolgere determinati lavori pesanti. Per lo stato fisico in cui versa l’assicurata il perito ha indicato come necessarie 6 ore mensili di aiuto domiciliare che, d’avviso di questo Tribunale cantonale delle Assicurazioni, dovrà essere pagato rientrando nelle prestazioni della PC. Non si può invece, lo si ripete, rimborsare l’intervento dell’aiuto domiciliare che abbia lo scopo di ripristinare una ferita psichica, che abbia quindi un effetto lenitivo o curativo. La patologia psichica in sé e per sé, non impedisce alla signora RI 1 di provvedere, oltre a quanto appena riconosciuto su indicazione del dott. _____, alle proprie faccende domestiche usuali. 2.15. Ne discende che il ricorso formulato dalla ricorrente va accolto nel senso delle considerazioni esposte e la decisione impugnata annullata. Alla signora RI 1, alla luce della sua situazione fisica così come evocata dalla perizia del dott. _____, va riconosciuta la necessità di un aiuto domiciliare di 6 ore mensili. Non possono invece esserle riconosciute maggiori prestazioni a carico delle PC per ragioni psichiche siccome le patologie di cui soffre l’assicurata non sono tali da impedirle l’esecuzione personalmente di queste ore di lavori per la sua economia domestica. 2.16. L’insorgente, parzialmente vincente in causa, patrocinata da un legale ha diritto a ripetibili. Infatti, l’indennità per ripetibili può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA; DTF 112 V 86 consid. 4; DTF 110 V 81 consid. 7; DTF 105 V 89 consid. 4; DTF 105 Ia 122; DTF 99 Ia 580 consid. 4), ed è concessa non soltanto se l’assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 118 V 140 consid. 2= RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411

consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329; cfr. la sentenza 30.2009.32 del 2 aprile 2010). Per quanto concerne l'istanza di assistenza giudiziaria, essa, di principio, con l'assegnazione di ripetibili alla parte vincente in causa, diventa priva di oggetto (DTF 124 V 309 consid. 6, sentenza del 9 aprile 2003 U 164/02). Va qui comunque evidenziato che ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar 2a ed., ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti, cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. dal 104 al 108, pag. 788-789) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è privo di esito favorevole. Occorre qui ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, di principio, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (sentenza 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181). In DTF 132 V 200 il TF ha stabilito che a meno che non siano impiegati presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica, sono autorizzati a assistere gratuitamente un richiedente ai sensi dell'art. 37 cpv. 4 LPGa unicamente gli avvocati che soddisfano per analogia le condizioni personali di iscrizione al registro ai sensi dell'art. 8 cpv. 1 della legge federale sulla libera circolazione degli avvocati (LLCA). 2.17. La ricorrente ha postulato la concessione dell'assistenza giudiziaria presentando il certificato municipale del Comune di _____ da cui emerge un introito mensile da rendite di complessivi CHF 2'688, assenza di sostanza, affitto di CHF 1'250 e disponibilità di una autovettura di piccola cilindrata del 1986. Senza necessità di particolari calcoli ed approfondimenti, alla luce del minimo vitale cifrato in CHF 1'200 dalle Tabelle appositamente allestite a norma di diritto esecutivo (art. 93 LEF), nonché del valore della pigione, l'assistenza giudiziaria va senz'altro concessa. Nell'importo che sarà tassato con separato decreto dovrà essere computato l'importo delle ripetibili riconosciute in questa sede e cifrate in CHF 2'000 alla luce dell'attività svolta dall'avv. RA 1 sino alla cessazione del patrocinio (e dell'attività forense) e dall'avv. RA 1 che l'ha sostituita all'interno del medesimo studio legale.

E. 3

orfani di padre e di madre Fr. 10'000.- b. per le persone che vivono in un istituto o in un ospedale Fr. 6'000.- Per le persone che vivono a casa e hanno diritto a un assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'assicurazione contro gli infortuni, l'importo minimo secondo il capoverso 3 lettera a numero 1 è aumentato a Fr. 90'000.- in caso di grande invalidità di grado elevato, per quanto le spese per le cure e l'assistenza non siano coperte dall'assegno per grandi invalidi. Il Consiglio federale disciplina l'aumento corrispondente per le persone con una grande invalidità di grado medio e quello dell'importo per coniugi (art. 14 cpv. 4 LPC). L'importo è aumentato secondo il capoverso 4 anche in caso di riscossione di un assegno per grandi invalidi dell'AVS se l'assicurato percepiva in precedenza un assegno per

grandi invalidi dell'AI (art. 14 cpv. 5 LPC). L'art. 14 cpv. 6 LPC prevede che le persone che in seguito a un'eccedenza dei redditi non hanno diritto a una prestazione complementare annua hanno diritto al rimborso delle spese di malattia e d'invalidità che superano l'eccedenza dei redditi. I Cantoni possono rimborsare direttamente ai fornitori i costi fatturati non ancora pagati (art. 14 cpv. 7 LPC). Riguardo alle spese di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio qui in esame, la Legge di applicazione della LPC del 23 ottobre 2007 (LALPC), in vigore dal 1° gennaio 2008, prevede all'art. 18 cpv. 1 che le spese di aiuto, cura e assistenza rese necessarie dalla vecchiaia, dall'invalidità, da un infortunio o da malattia e prestate da servizi pubblici di utilità pubblica sono rimborsate. A norma dell'art. 18 cpv. 2 LALPC, nel caso di una tariffa scalare secondo il reddito o la sostanza, si tiene conto solo della tariffa più bassa. Le spese di cura e assistenza insorte in un istituto diurno, in un ospedale giornaliero o in un ambulatorio, pubblici o di utilità pubblica, sono anch'esse rimborsate (art. 18 cpv. 3 LALPC). Secondo l'art. 18 cpv. 4 LALPC, le spese di cura prestate da istituti privati sono rimborsate in quanto corrispondono a quelle insorte in istituti pubblici o di utilità pubblica. Per l'art. 18 cpv. 5 LALPC, le spese debitamente comprovate di aiuto e assistenza necessari nell'economia domestica sono rimborsate fino a Fr. 4'800.- al massimo per anno civile se tali prestazioni sono fornite da una persona che: a) non vive nella stessa economia domestica o b) non lavora per un'organizzazione Spitem riconosciuta. In caso di rimborso ai sensi del capoverso 5, le spese prese in considerazione sono limitate a un massimo di Fr. 25.- all'ora (art. 18 cpv. 6 LALPC).

2.4. Come evidenziato nelle motivazioni di questo Tribunale espresse nella causa 33.2011.11 in re S., sentenza del 17 luglio 2012, con la Legge federale che emana e modifica atti legislativi per la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC), del 6 ottobre 2006 ed in vigore dal 1° gennaio 2008, la Legge sulle prestazioni complementari all'AVS/AI è stata interamente rivista. Questa riforma ha richiesto una revisione completa della legge d'applicazione cantonale, che da legge sui sussidi ha assunto le connotazioni di una legge sulle prestazioni (cfr. Messaggio del 2 maggio 2007 n. 5924 del Consiglio di Stato, capitolo 8). Al capitolo "8.1.5 Spese di malattia e di invalidità (art. 14-16 della legge federale)", il Consiglio di Stato si è così pronunciato: " Con la NPC le spese di malattia e di invalidità sono esclusivamente a carico dei Cantoni, ai quali spetta, in linea di principio, di determinare quali siano le spese rimborsabili, purché ciò non comporti però un peggioramento della situazione attuale per gli assicurati. Allo scopo di garantire una prassi uniforme a livello nazionale, la LPC definisce per quali prestazioni i Cantoni possono prevedere un rimborso delle spese e ne fissa i termini di richiesta. La soluzione proposta tiene conto della sovranità dei Cantoni in questo settore, senza provocare un peggioramento della situazione delle persone assicurate. La competenza di stabilire l'importo massimo del rimborso annuo delle spese di malattia e d'invalidità, il quale non dovrà essere inferiore agli importi massimi attuali, è conferita ai Cantoni.". Riguardo ai contenuti della nuova legge di applicazione della LPC, al capitolo 8.2 del citato Messaggio n. 5924 il Consiglio di Stato ha osservato: " Il nuovo assetto della legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS e all'AI rende necessario un adeguamento della relativa legge cantonale di applicazione. Considerato che con la NPC si propone l'introduzione di una nuova LPC, il Consiglio di Stato propone l'abrogazione dell'attuale legge cantonale, sostituendola con una nuova normativa, che consideri le innovazioni proposte con la NPC in materia di prestazioni complementari. La modifica più sostanziale riguarda l'introduzione di un nuovo capitolo relativo al rimborso delle spese (art. da 5 a 25): per il resto, sono da segnalare solo leggere modifiche rispetto alla Legge

d'applicazione attuale.". L'Esecutivo cantonale si è pronunciato più specificatamente sulle spese di malattia e di invalidità (art. 34 LPC) al capitolo 8.2.4: " Con la NPC, le spese di malattia e di invalidità sono esclusivamente a carico dei Cantoni, ai quali spetta di determinare quali siano le spese rimborsabili, nei limiti dell'art. 14 della legge federale. Il contenuto dell'Ordinanza federale sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari (OMPC) viene quindi ripreso nella legislazione cantonale sulle prestazioni complementari (legge di applicazione e regolamento), ritenuto che il nostro Cantone limita il rimborso alle spese necessarie nell'ambito di una fornitura di prestazioni economica ed appropriata (art. 14 cpv. 2 della legge federale). Gli importi massimi dei rimborsi corrispondono a quelli previsti dall'art. 14 cpv. 3-6 della legge federale. Con la nuova legge cantonale di applicazione viene conferita una delega al Consiglio di Stato di determinare a quali attori (fornitori di prestazioni o assicuratori) possono essere direttamente rimborsati i costi fatturati e non ancora pagati (art. 14 cpv. 7 della nuova legge federale)". Il tenore dell'attuale art. 18 LALPC è identico all'art. 13 OMPC, ad eccezione dell'art. 13 cpv. 5 OMPC (dal 2004 art. 13b OMPC) che è stato poi ripreso nell'art. 20 LALPC. L'OMPC (Ordinanza sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari, RS 831.301.1) è stata abrogata con l'entrata in vigore della nLPC il 1° gennaio 2008, dato che la competenza per legiferare in materia di rimborsi di spese di malattia e d'invalidità - entro il termine di 3 anni previsto dall'art. 34 LPC - è stata trasferita ai Cantoni e quindi, per il nostro Cantone, la materia è stata tempestivamente regolata dal 2008 dalla LALPC. 2.5. Per quel che attiene più specificatamente il tema in discussione va esaminata la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1 gennaio 2007 Tribunale Federale) in materia al fine di ben comprendere la portata delle norme e dei concetti in discussione. L'Alta Corte, nella causa P 16/03 del 30 novembre 2004, ha riconosciuto (cons. 5. 2) che cure dei piedi (pedicure) possono essere considerate un aiuto per "altri bisogni fisici indispensabili" ai sensi del N. 5062 DPC. Pur ammettendo la natura delle cure di per se rimborsabile l'Alta Corte ha, in quel caso, escluso la presa a carico da parte della Cassa siccome le cure non erano necessarie. Più precisamente il TF ha ritenuto: " Die Fusspflege kann dabei durchaus als Hilfe bei einer anderen erforderlichen körperlichen Verrichtung betrachtet werden. Soweit sie im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause (durch die Spitex oder eine vergleichbare Organisation; Art. 13 Abs. 1 und 4 ELKV) oder in einem Tagesheim (Art. 13 Abs. 3 ELKV) erfolgt, ist sie als Bestandteil der umfassenden Pflegeleistung grundsätzlich ebenfalls zu übernehmen. Solch umfassender Pflege bedarf die Beschwerdeführerin indessen nicht. Die durch eine Fachperson erbrachte spezielle Fusspflege fällt daher nicht in den Anwendungsbereich von Art. 13 ELKV."). Nella STFA P 19/03 del 20 dicembre 2004, pubblicata in SVR 2005 EL n. 2, l'Alta Corte ha esaminato specificatamente la questione a sapere se i costi dell'accompagnamento familiare di carattere sociopedagogico di un bambino, proposto da Pro Juventute, potessero essere assunti dalle prestazioni complementari quale aiuto e assistenza necessari nell'economia domestica concludendo che, alla luce dell'interpretazione della norma regolante il tema (art. 13 cpv. 6 OMPC) appariva problematica alla luce della redazione diversa nelle tre lingue nazionali la legge allora in vigore non dando una definizione chiara del concetto di aiuto, cure e assistenza a domicilio e in strutture diurne. Per il TF il previgente art. 3d vLPC, ai capoversi 2 e 3, distingueva le situazioni delle persone che vivono a casa da quelle che vivono in un istituto. Pertanto, conformemente al titolo dell'art. 13 OMPC (" spese... a domicilio "), per le persone che vivono a casa oltre ai costi per le cure veniva riconosciuto il

rimborso delle spese per l'aiuto per i lavori di casa necessari a causa dell'età, dell'invalidità, dell'infortunio o della malattia. Non va omissis di evidenziare qui che, dal canto suo, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi, quali gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico, da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2010; dal 1° gennaio 2011, sono state eliminate dal testo le cure dispensate al domicilio del paziente e quelle parzialmente in ospedale). Esse possono essere utili per l'esecuzione di trattamenti acuti o concernere pazienti cronici a casa o in case di cura; quale cura medica extra-ospedaliera viene indicata la cura, che è dispensata a casa, ambulatorialmente o in una casa di cura. Secondo l'art. 7 cpv. 1 lett. b in connessione con il cpv. 2 OPre, sono riconosciute dall'assicurazione malattia gli esami, le terapie e le cure di base effettuati da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal). Giusta l'art.

E. 7

cpv. 2 OPre vanno ritenute cure i consigli e le istruzioni, gli esami e le cure e le cure di base, a meno che l'assicurato sia in grado di effettuarle da solo (per esempio, bendare le gambe, indossare le calze di contenimento, andare a letto, profilassi contro il decubito, aiuto per l'igiene della bocca e del corpo, (s)vestirsi, mangiare, ma anche le cure psichiatriche o psicosomatiche di base). La nozione di aiuto (N. 337) nell'economia domestica non è definita nella LAMal siccome la presa a carico dei relativi costi non rientra nel catalogo delle prestazioni di questo ramo delle assicurazioni sociali. Nel linguaggio si tratta di tutti quei lavori che appartengono alla conduzione di un'economia domestica. Non vi sarebbero indicazioni per ritenere che il legislatore volesse distanziarsi dalla nozione tratta dal linguaggio comune. La legge contempla quindi, per l'autore citato, il rimborso dei costi assolutamente necessari (non sono tali, e quindi non rimborsabili, i costi per prestazioni di aiuto ragionevolmente esigibili da una persona inclusa nel calcolo del diritto, in particolare il coniuge) che non possono più essere eseguiti personalmente da una persona impedita a causa dell'età, dell'invalidità, di un infortunio o da una malattia (quali per esempio fare la spesa, cucinare, pulire la casa e occuparsi del bucato). Sempre per Jöhl la nozione di assistenza (N. 338) non è sufficientemente precisata nel linguaggio comune. Non se ne trova definizione precisa neppure nelle altre normative regolanti assicurazioni sociali. La LAI, nella regolamentazione dell'AGI, contiene una nozione simile, nel senso del bisogno di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Ha bisogno di un tale sostegno pratico chi senza l'accompagnamento di un'altra persona non può vivere autonomamente, chi non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona o chi rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno (art. 38 OAI). La legge non prevede soltanto un accompagnamento fisico, bensì un accompagnamento duraturo nel consigliare, nell'assistere e nel vigilare nella vita quotidiana. 2.7. Nel caso concreto, come indicato nelle considerazioni di fatto, RI 1 ha beneficiato dell'aiuto domiciliare remunerato dalla Cassa alla luce dell'invalidità (doc. X/7) che la colpisce (accertata mediante le perizie a suo tempo allestite dal dott. _____ del 20 novembre 2002, doc. XXVIII/1, e del dott. _____, del 21 ottobre 2002, doc. XXVIII/2). Le patologie di cui soffre l'assicurata, ossia lombalgia in scoliosi, squilibrio posturale in scoliosi dorso-lombare, alterazioni degenerative ed articolari L3 a S1, artrosi al rachide cervicale, alle mani, piedi e ginocchia,

fibromialgia, sulle quali si sono innestati ulteriori eventi (nel 2006 colpo di frusta a seguito di tamponamento; ustione di 2 grado alla mano destra, epicondilita cronica bilaterale e la recentemente emersa allergia agli acari) hanno certamente peggiorato le capacità dell'assicurata di far fronte alla propria casa (mentre per la gestione del proprio corpo la ricorrente riesce a sopperire). Come rilevato in precedenza dal 2004 alla ricorrente è rimborsato l'aiuto domiciliare. Nell'ambito di una verifica relativa alla necessità ulteriormente di beneficiare di prestazioni per aiuto domiciliare (e meglio per l'anno 2011) la Cassa ha interpellato la ricorrente in forma scritta, ha acquisito documentazione medica dai curanti, in particolare dalla dott. _____ che ha fornito (doc. S) uno specifico, dettagliato ed approfondito rapporto medico rispondente a tutta una serie di quesiti posti dall'amministrazione. Il rapporto doc. S è stato redatto dopo una visita approfondita avvenuta il 7 marzo 2011 da parte della dott. _____. Nelle conclusioni la curante ha ribadito la necessità di un aiuto domiciliare in favore della paziente. Il documento è stato sottoposto dalla Cassa al proprio medico fiduciario dott. _____ – che è stato chiamato a comporre la Commissione di valutazione dell'aiuto domestico - che ha invece ritenuto non necessario un tale aiuto, remunerato dalla Cassa, alla luce dell'assenza di limitazioni fisiche e funzionali (doc. B, pag. 2). 2.8. A proposito dell'intervento del dott. _____, specialista FMH in medicina generale e titolare di uno studio medico, questa Corte si è recentemente espressa nella decisione in re S. (33.2011.11, citata) rilevando come per l'art. 43 cpv. 1 LPGA, l'assicuratore esamina le domande di prestazioni o rendite che gli vengono sottoposte, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per scritto, il cpv. 2 della norma specifica che se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato vi si deve sottoporre. Se nonostante un'ingiunzione rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia (art. 43 cpv. 3 LPGA). Secondo l'art. 44 LPGA se per chiarire i fatti l'assicuratore deve far ricorso ai servizi di un perito indipendente, ne comunica il nome alla parte. Essa può ricusare il perito per motivi fondati e presentare controproposte. Per l'art. 36 LPGA relativo alla ricusazione, le persone che devono prendere o preparare decisioni su diritti o obblighi devono ricusarsi se hanno un interesse personale nella questione o se, per altri motivi, potrebbero avere una prevenzione (cpv. 1). In virtù dell'art. 36 cpv. 2 LPGA, se la ricusazione è contestata, decide l'autorità di vigilanza. Se si tratta della ricusazione del membro di un collegio, decide il collegio in assenza dell'interessato. Sull'indipendenza degli esperti nella procedura amministrativa si è di recente pronunciato il Tribunale federale nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, confermando che all'assicurato non deve derivare nessuno svantaggio, nella procedura amministrativa, dal fatto che la controparte processuale è lo Stato. Dal momento che le perizie, vista la loro funzione di supporto, sono spesso un elemento caratteristico della conoscenza giuridica, i periti medici devono principalmente essere allo stesso modo indipendenti ed imparziali come lo sono i giudici. Questo elementare requisito costituzionale si applica anche alle perizie amministrative di carattere medico, non appena formano la base per una decisione a fronte di pretese assicurative e più che mai quando nel successivo procedimento di ricorso saranno utilizzate come base per la valutazione giudiziaria. La natura formale della violazione del diritto ad avere un esperto indipendente ha per conseguenza che la perizia, che non presenta le

necessarie caratteristiche, è da escludere come mezzo di prova, indipendentemente dall'esito della fondatezza delle eccezioni materiali (cfr. cons. 2.1.3). Il Tribunale federale ha anche analizzato la natura dell'art. 44 LPGGA e le conseguenze (giuridiche e pratiche) da essa derivanti, imponendo un rafforzamento dei diritti di partecipazione (cfr. cons. 3.4). Come indicato (punto precedente in fine) l'amministrazione ha sottoposto l'intera documentazione medica in suo possesso al giudizio del dott. _____, che compone la citata Commissione aiuto domestico. Nel giudizio nell'inc. 33.2011.11 in re S. del 17 luglio 2012 il Tribunale cantonale delle Assicurazioni ha considerato come una Commissione aiuto domestico non è regolata dalla legge federale (LPC) né tanto meno cantonale (LALPC), malgrado ciò la stessa è di chiara utilità per chiarire questioni mediche e permette alla Cassa di operare con cognizione di causa. In effetti l'amministrazione interessata, quale organo amministrativo preposto, non dispone sempre delle necessarie conoscenze specifiche sufficienti per valutare, dal profilo medico, se siano dati i presupposti per ammettere le richieste di rimborso di spese per l'aiuto domiciliare. Il ricorso a questa Commissione è quindi uno strumento utile che va a garanzia dell'assicurato, purché questi ne conosca le valutazioni in dettaglio e le possa, semmai, impugnare con cognizione di causa al Tribunale cantonale delle Assicurazioni laddove ritenga lesi i suoi diritti. In merito alla sua natura della Commissione, la stessa va considerata, come ritenuto nella decisione in re S. 33.2011.11 citata, alla stregua di un consulente interno, alla stregua del Servizio Medico Regionale (art. 69 LAI e art. 69 OAI) e non invece come un perito esterno, quale è invece il SAM (Servizio Accertamento Medico), a cui si affida l'Ufficio AI. Pertanto l'art. 44 LPGGA - e la relativa giurisprudenza promulgata dal Tribunale federale (DTF 137 V 210) - non è qui applicabile. 2.9. Come esposto nelle considerazioni di fatto in maniera dettagliata in concreto le posizioni del medico fiduciario dott. _____ e dei curanti della ricorrente sono da ritenere assolutamente contrapposte laddove il medico fiduciario incaricato dalla Cassa, alla luce della sola documentazione medica acquisita e senza ritenere necessario procedere ad una visita personale dell'assicurata, ha concluso per l'assenza di necessità di aiuto domestico, in assenza di limitazioni fisiche e funzionali limitanti. A fronte di questa insanabile contrapposizione il giudice delegato ha deciso di procedere all'erezione di due specifiche perizie giudiziarie, una fisiologica, e più specificatamente reumatologica, affidata al dott. _____, specialista FMH in materia e titolare di uno studio medico a _____, ed una psichiatrica affidata alla specialista FMH in materia dott. _____, pure titolare di uno studio medico a _____. Ai due specialisti è stato dato conto della problematica giuridica in essere (doc. XXIX) ed è stato chiesto di rispondere, alla luce dell'intera documentazione agli atti e dopo acquisizione delle perizie allestite dai dott. _____ e _____ rese nell'inc. AI, ai seguenti quesiti: " (...) 1. Viste le patologie che presenta la signora RI 1 la stessa sia in grado di far fronte alle esigenze della sua economia domestica o se invece la signora necessita di aiuto e assistenza. 2. Se ritenete che un aiuto ed assistenza siano necessari vi chiedo di volere quantificare questo aiuto, ossia di volere quantificare sostanzialmente – se vi è possibile – se l'aiuto come quello sin qui ottenuto (pari a ca. 12 ore mensili) – sia giustificato o se sia necessario un aiuto in termini orari inferiore (ed eventualmente quantificato in quante ore?) 3. Vostre eventuali osservazioni." (doc. XXIX pag. 2) 2.10. Il dott. _____ ha reso il suo lungo, dettagliato e specifico rapporto il 3 aprile 2012 (doc. XXXVI). Egli ha determinato come segue la diagnosi: " (...) Sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica in - Alterazioni degenerative plurisegmentali con --

Focalità discale erniaria centrale C3/C4,

protrusione discale preforaminale a sinistra ed intraforaminale a destra C4/C5, discopatia C5/C6, ernia discale a base larga con focalità centrale paramediana C6/C7 con spondilartrosi, substenosi dei neuroforami di C7 --

protrusioni minori plurisegmentali dorsali - -
ernia discale L3/L4, focalità discale erniaria

L4/L5 sottopeduncolare nel neuroforame di L4 a sinistra, focalità discale erniaria intraforaminale L5/S 1 a sinistra, spondilartrosi plurisegmentali in parte attivate - Disturbi statici del rachide con --

appiattimento della dorsale, scoliosi sinistroconvessa toracolombare scompensata con componente rotatoria -

Tendenza ad ipermobilità articolare - Decondizionamento e sbilancio muscolare

Periartropatia omeroscapolare a sinistra Poliartrosi delle dita Genua valga Piedi

traversopiatti bilaterali con alluci valghi e dita a martello Sindrome fibromialgica

generalizzata . (...)" (doc. XXXVI pag. 2) Il professionista ha analizzato con dovizia di

particolari, che non occorre riprendere in questa sede nel dettaglio, non solo l'iter medico

della procedura sfociata nella decisione AI di concessione della rendita, ma ha pure

analizzato con attenzione gli eventi successivi al fine di valutarne l'impatto sulle sofferenze

della ricorrente per poi determinare la necessità di un aiuto domestico. Egli ha quindi

analizzato l'esistenza di capacità funzionali e fisiche sufficienti per fare fronte alle esigenze

in materia. In particolare il dott. _____ ha ritenuto e valutato con attenzione il

certificato medico (1 febbraio 2011) della dott. _____ FMH pneumologia in merito

alle allergie recenti della signora RI 1, del dott. _____, FMH chirurgia della mano

(certificati del 6 novembre 2007, 5 marzo 2009 e 12 maggio 2011), ha discusso tutte le

dettagliate certificazioni mediche della dott. _____ (02.12.2010;

23.03.2011;04.05.2011; 28.11.2011), ha ulteriormente approfondito la valutazione del dott.

_____ FMH in radiologia (del 5 novembre 2011) ed ha discusso pure il rapporto del

fisioterapista _____ di _____ (del 10 settembre 2011). Pure oggetto di esame e

valutazione sono state le certificazioni del dott. _____ FMH in medicina generale,

curante, del 12 settembre 2011, ed ancora dello psichiatra curante del 29 novembre 2011.

Lo specialista incaricato della perizia ha quindi eseguito le sue verifiche partendo

dall'anamnesi personale, per poi passare a quella sistemica e, da ultimo, a quella sociale.

Egli ha effettuato l'esame reumatologico e quello neurologico segnalando in particolare: "

(...) Colonna vertebrale: Appiattimento della dorsale, scoliosi sinistroconvessa

toracolombare, scompensata con piombo cadente dalla vertebra prominente a - 2 cm dalla

rima anale verso sinistra, posizione orizzontale del bacino, scoliosi scompensata con

componente rotatoria, con gibbosità toracale appariscente in piedi, in aumento anteflettendo

il tronco. Test di Matthias positivo. Colonna cervicale libera alla flessione passiva,

estensione passiva, alle lateroflessioni passive bilaterali, alla rotazione passiva globale

verso destra, minimamente limitata alla lateroflessione passiva verso sinistra, vengono

lamentati dolori cervicali paravertebrali dalle due parti alle lateroflessioni ; colonna dorsale

limitata di 1 /3 alla flessione attiva, di 2/3 all'estensione passiva, libera alle lateroflessioni

passive bilaterali ; colonna lombare limitata di 1 /3 alla flessione attiva, con dolori riferiti a

fascia larga lombari, in aumento quando la perizianda si rialza da anteflessione del tronco,

eseguendo un movimento di flessione-estensione con le ginocchia, raddrizzandosi a scatto,

estensione lombare passiva limitata di 1/3, lateroflessione lombare passiva verso destra

bloccata, verso sinistra limitata di 1/5, vengono lamentati dolori a fine corsa alle

lateroflessioni in sede lombare, in aumento alla lateroflessione passiva verso sinistra. Dist

anza mento-giugulo-sternale: 21 /0 cm, Ott: 30/33 cm, Schober: 10/13,5 cm, distanza dita-

suolo anteriore: 9 cm. Articolazioni periferiche: Tendenza ad ipermobilità articolare. Spalle con mobilità passiva normale in ogni direzione, con dolori deltoidei a fine corsa alla flessione, di meno a fine corsa all'abduzione passiva della spalla sinistra, assenza di chiaro arco dolente, test resistivi per le cuffie rotatori ben tenuti, indolori. Gomiti con mobilità passiva normale, indolori. Polsi con mobilità passiva normale, indolori. Articolazioni delle dita con lieve ingrossamento dei contorni articolari a livello delle articolazioni rizomeliche, interfalangee prossimali e distali, indolenzimento delle articolazioni metacarpofalangee alla mano sinistra, delle interfalangee prossimali alla mano destra, chiaro deficit flessorio della falange distale al mignolo sinistro, rimanenti articolazioni delle dita, con funzionalità normale. Anche bilateralmente libere ai movimenti passivi, con dolori a fine corsa risentiti laterali alle cosce dalle due parti come pure nella regione lombare alla mobilizzazione passiva dell'anca destra. Ginocchia con asse valgo, stabili, test di McMurray negativo bilaterale, sfregamento, femoropatellare bilaterale più accentuato a sinistra. Caviglie con mobilità passiva normale. Piedi traversopiatti bilaterali con incipienti alluci valghi dalle due parti e dita a martello. Assenza di sinoviti alle articolazioni delle estremità superiori ed inferiori.

E. 11

su 18 punti fibromialgici positivi. Esame neurologico: Destrimane. Riflessi bicipitali, tricipitali, adduttori, patellari, tibiali posteriori, achillei, mediovivi e simmetrici, Babinski bilateralmente negativo. Lasègue bilateralmente negativo. Segno di Tinel ai solchi dei nervi ulnari come pure ai canali carpali dalle due parti negativo. Forza rozza ai muscoli bicipiti, tricipiti, ai gruppi muscolari delle gambe, intatta M5. Deambulazione sui talloni e sulle punte dei piedi regolare, segno di Trendelenburg negativo bilateralmente. Marcia senza zoppia. (...)" (doc. XXXVI pag. 12-13) Egli ha quindi discusso in diverse pagine del suo rapporto, i risultati complessivi delle sue letture ed osservazioni personali, ritenendo, nell'ottica d'interesse per il caso qui analizzato, come: " (...) La perizianda può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado oltrepassanti 10 kg fino all'altezza dei fianchi; la perizianda può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti 15 kg sopra l'altezza del petto. La perizianda può spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. La perizianda può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. La perizianda può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. La perizianda può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli. (...)" (doc. XXXVI pag. 17) Il dott. _____ ne ha concluso che la signora RI 1 necessita di aiuto ed assistenza, aiuto ed assistenza che egli è stato in grado di quantificare in 6 ore mensili per quanto attiene le limitazioni fisiche. 2.11. Dal canto suo la dott. _____ ha esaminato l'aspetto psichiatrico delle patologie della ricorrente al fine di valutarne le limitazioni per lo svolgimento delle attività usuali di casa. Anche la dott. _____ ha operato il riassunto dei rapporti medici ritenendo gli elementi sottolineati dal dott. _____ cui ha aggiunto l'estrazione di un lipoma occipitale nel 1995 e la certificazione 15 giugno 1999 della dott. _____, fisiatra, e del dott.

_____ del 2001. La specialista si è poi concentrata sull'anamnesi familiare, esposta approfonditamente, e quella socio-professionale. L'esperta, che ha visitato l'assicurata personalmente, rilevando nella mimica e nella postura ansia, angoscia, scoraggiamento, delusione ed amarezza, ha stabilito la seguente diagnosi: distimia, disturbo della personalità misto, ansioso, dipendente e narcisisticamente fragile, sindrome somatoforme da dolore persistente. Nella sua valutazione conclusiva la dott. _____ così si è espressa: " ... presenta un'evoluzione depressiva cronica con un tono d'umore deflesso ed instabile, che persiste da anni, ed un importante dolore psichico legato al sentimento di fallimento e sconfitta, di progressiva perdita del valore di sé sul piano socio-professionale ed affettivo, in quanto da molti anni tutti i pilastri narcisistici della sua vita risultano crollati. (...) La personalità dell'assicurata, ansiosa, dipendente, immatura ed eccessivamente bisognosa del riconoscimento, dell'appoggio ed accettazione altrui, si trova di colpo inutile, rigettata socialmente non trovando lavoro e dovendo elemosinare alla fine della disoccupazione, vivendo con i soldi dell'assistenza. Questa situazione socio-professionale di stallo e senza sbocchi, aggrava il crollo depressivo della Signora RI 1, cronicizzandolo, in quanto peggiora la ferita narcisistica, il dolore psichico e l'evoluzione psicopatologica di tipo distimico cronico. Ella non trova mai più in seguito una via d'uscita, ripiegata sul suo dolore morale, ferita nell'orgoglio con la vergogna che ne è derivata. Il dolore morale trova in parte lo sfogo nelle somatizzazioni, nel senso dei dolori fisici cronici, in parte giustificati dalla patologia reumatologica esistente, ma soprattutto assistiamo ad un travaso del dolore morale sul corpo, aumentando la sofferenza fisica ed abbassando la soglia della sopportazione del dolore. Il dolore psichico-morale, nel senso depressivo, significa: non valere niente, essere nessuno, sentirsi inutili e perennemente colpevoli, vergognandosi della propria inutilità. Su questa base, subentra un'evoluzione di sindrome somatoforme da dolore persistente, ossia la necessità della paziente di cercare nella malattia organica attenzione ed aiuto, vergognandosene meno di quanto si vergogni dell'evoluzione psico-patologica a tutt'oggi in corso. (...) L'a v er negato recentemente all'assicurata, ossia verso la fine del 2010, improvvisamente, il sostegno nei lavori domestici, apparentemente non avrebbe dovuto rappresentare un fatto così grave come in realtà l'assicurata lo ha vissuto, impugnandolo con un ricorso nei confronti della decisione AI, nel senso di non poter accettare la sospensione del rimborso delle prestazioni complementari di aiuto domiciliare. (...) ... questa decisione riapre tutte le ferite, nel senso di sentirsi per l'ennesima volta sola, incompresa, abbandonata, giudicata e non riconosciuta nella sua sofferenza, per cui umiliata profondamente! Questo vissuto non può che peggiorare l'evoluzione psico-patologica e perciò ritengo importante poter revocare la misura di sospensione del pagamento delle prestazioni complementari nel senso di permettere all'assicurata un aiuto (...) Credo sia giustificato, opportuno e necessario concedere all'assicurata un aiuto domiciliare nella misura di due ore settimanali per i lavori pesanti (10-12 ore al mese), per permetterle una stabilità nel senso evolutivo di patologia psicofisica, affinché non peggiori ulteriormente nel tempo come sta avvenendo di recente, dal momento che è entrata in conflitto con l'Assicurazione Invalidità. (...) " (doc. XXXVI pag. 16-18) Per finire la dott. _____ ha risposto ai quesiti posti, nel senso delle valutazioni espresse, ritenendo giustificato l'aiuto per 10/12 ore mensili " come per il passato" (doc. XLIV pag. 18). 2.12. Le parti sono state invitate a prendere posizione in merito. La Cassa ha interpellato in merito il medico fiduciario dott. _____ che, alla luce delle motivazioni sviluppate dal dott. _____ e dalla dott. _____, ha rilevato la divergenza delle conclusioni (quo al numero delle ore da riconoscere) indicate dal reumatologo (6 ore mensili) rispettivamente

dalla psichiatra (10-12 ore mensili) osservando che la signora RI 1 vive sola in 2,5 locali. Tenuto conto delle emergenze il professionista ha ritenuto ragionevole, per conto della Cassa, riconoscere “un aiuto domestico quantificabile ... in 2 ore la settimana” (doc. XLIX). Dal canto il patrocinatore della ricorrente si è rimesso al prudente giudizio del Tribunale cantonale delle Assicurazioni rilevando come, alla luce delle considerazioni della psichiatra, appaiano giustificate “3 ore settimanali ... come ... in passato” . 2.13. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109

consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione : -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend

ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchsteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt *lite pendente* indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351; 122 V 157) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse.

2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...)

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