

## **TI\_GERICHTE 33.2011.5 vom 24. September 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-09-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_33.2011.5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2011.5)

FR: TI\_GERICHTE 33.2011.5 du 24 septembre 2012

IT: TI\_GERICHTE 33.2011.5 del 24 settembre 2012

### **Regeste**

Rimborso spese di aiuto domiciliare: costi non coperti interamente da LAMal.Cura, aiuto, assistenza. Commissione aiuto domestico (= SMR) interpellerà SAM in caso di divergenze sullo stato di salute dell'assicurato, poi chiederà all'assistente sociale di quantificare le ore necessarie di aiuto domiciliare

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007). 2. La ricorrente ha lamentato una carenza di motivazione della decisione su opposizione (doc. I punto 5 pag. 3), poiché la Cassa di compensazione si sarebbe limitata a riportare la presa di posizione del suo medico fiduciario, senza però spiegare le ragioni alla base di detta decisione, restringendo così il suo diritto di fare valere i propri diritti in sede ricorsuale. In particolare, l'amministrazione non avrebbe chiarito per quale motivo l'eventuale diritto alla rifusione delle spese di aiuto domiciliare potrà essere presa in considerazione solo successivamente all'operazione alla spalla sinistra, peraltro nemmeno - a quel momento - programmata. Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. fed., è una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione implica di massima l'annullamento della decisione impugnata, indipendentemente dalle possibilità di successo nel merito (DTF 135 I 187 consid. 2.2). Tale garanzia comprende il diritto per l'interessato di consultare l'incarto, di offrire e di esigere l'assunzione di mezzi probatori purché siano pertinenti e riguardino punti rilevanti per il giudizio, di partecipare alla stessa e di potersi esprimere sulle relative risultanze nella misura in cui possano influire sulla decisione (STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011 consid. 4.1; DTF 135 I 187 consid. 2.2; STF 9C\_961/2009 del 17 gennaio 2011, consid. 2; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). In sostanza, il medesimo, quale diritto di partecipazione al procedimento, comprende tutte quelle facoltà che devono essere riconosciute a una parte affinché possa efficacemente far valere la sua posizione nella procedura (DTF 135 II 286 consid. 5.1 pag. 293 e richiami). Esso comprende altresì l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte a influire sulla decisione (citata STF 9C\_734/2010 consid. 4.1;

DTF 134 I 83 consid. 4.1 pag. 88 e rinvii). In concreto, sebbene l'amministrazione non abbia effettivamente fornito una lunga ed articolata motivazione, tuttavia essa ha ripreso il parere di una persona cognita in materia, ovvero il dottor \_\_\_\_\_ della Commissione aiuto domestico appositamente istituita per vagliare questi casi. Infatti, non disponendo delle necessarie competenze mediche, l'amministrazione si è (giustamente) rivolta ad un perito per fare luce sulla situazione valetudinaria dell'assicurata, il quale ha spiegato, seppure succintamente, le ragioni alla base del rifiuto del rimborso dei costi per un aiuto domiciliare. In queste circostanze, la Cassa cantonale di compensazione nulla avrebbe comunque potuto aggiungere alla presa di posizione "tecnica" della Commissione aiuto domestico. Ad ogni buon conto, i motivi che hanno inciso sul rifiuto di rimborsare all'assicurata le prestazioni di aiuto domestico sono chiari. Infatti la Cassa, rinviando al parere del perito che ha appositamente interpellato, ha concluso che il deficit funzionale della spalla destra di grado lieve-modico e del ginocchio destro di lieve entità, non avevano una ripercussione sulla capacità di muoversi, alimentarsi e sulla cura per l'igiene personale, essendo l'interessata sufficientemente autonoma in queste attività. Quanto all'accenno che l'eventuale diritto alla rifusione delle spese di aiuto domiciliare potrà essere presa in considerazione solo successivamente all'operazione alla spalla sinistra, con ciò la Cassa intendeva che, escluso, come detto, un rimborso per l'aiuto dovuto alle patologie esistenti a quel momento, semmai, a dipendenza degli sviluppi della problematica al braccio sinistro, e meglio nel caso di un peggioramento, avrebbe potuto intervenire erogando specifiche prestazioni di aiuto domiciliare. L'insorgente ha inoltre potuto far valere la sua posizione per iscritto in sede di opposizione, nel corso della quale ha potuto produrre tutte le prove necessarie per far valere i suoi diritti (STF 9C\_694/2008 del 7 ottobre 2009). Va del resto evidenziato che, in sede di ricorso, l'assicurata ha ancora potuto esporre le proprie ragioni innanzi ad un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo. Per cui l'eventuale violazione del diritto di essere sentita è stata comunque sanata dal TCA, dove la ricorrente ha ribadito le sue argomentazioni (DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 127 V 431). Ne segue che, rammentato come il TCA disponga del pieno potere cognitivo come l'istanza precedente (STF 9C\_738/2007 del 29 agosto 2008; DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 127 V 431; STCA del 24 agosto 2012, 36.2011.89), l'eventuale violazione del diritto di essere sentito, e meglio la carenza di motivazione della decisione impugnata, è comunque stata sanata in questa sede, dove l'interessata ha nuovamente ribadito le sue motivazioni e prodotto ulteriore documentazione (STF 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.4; DTF 132 V 387 consid. 5.1). In tali condizioni, non vi è spazio per una violazione del diritto di essere sentito della ricorrente né ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LPGA né dell'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. 3. Secondo l'insorgente, la decisione impugnata sarebbe inoltre viziata, giacché nessun documento, malgrado ne sia stata fatta specifica richiesta il 27 aprile 2011 (doc. G) alla Cassa di compensazione, le è stato prodotto (doc. I punto 6 pag. 3). Il Tribunale rileva che quando l'assicurata ha chiesto all'amministrazione l'invio di questa documentazione, il 25 marzo 2011 era già stata emanata la decisione su opposizione e dunque il termine di ricorso al TCA stava decorrendo, tenuto conto delle ferie giudiziarie. A prescindere da queste considerazioni, va comunque detto che di recente il Tribunale federale (STF 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3) ha evidenziato che l'operato irregolare dell'amministrazione, che ha omesso di trasmettere i referti raccolti dopo il progetto di decisione, dimenticando che avrebbe almeno dovuto informare l'assicurato o il suo patrocinatore della loro esistenza (DTF 132 V 387 consid. 6.2 pag. 391 con riferimenti; cfr. inoltre DTF 128 V 272 consid. 5b/bb pag. 278; 125 V 332 consid. 4b pag. 337), poteva essere sanato in sede giudiziaria

cantonale. Da un lato perché il ricorso ai sensi degli art. 56 segg. LPGA configura un rimedio giuridico ordinario che rende possibile il riesame della decisione impugnata dal profilo sia del diritto che dei fatti. Dall'altro perché per costante giurisprudenza è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione se - come in concreto - una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente ( DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti). A ciò si aggiunge (STF 9C\_937/2011 del

## **E. 9**

luglio 2012, consid. 2.4) che la ricorrente non è stata impedita di consultare l'incarto e di esprimersi con cognizione di causa in sede amministrativa. Qualora l'avesse reputato necessario, avrebbe infatti potuto - in ogni momento - prendere visione dell'incarto presso la Cassa di compensazione (cfr. STF 8C\_231/2009 del 24 novembre 2009 consid. 2). Ella poteva dunque formulare una domanda per ottenere la consultazione di tutti gli atti e determinarsi con piena cognizione di causa. Se non lo ha fatto, non può ora in buona fede pretendere l'annullamento della decisione impugnata. La violazione del diritto di essere sentito in sede amministrativa poteva ritenersi sanata (cfr. anche STF 9C\_617/2008 del 6 agosto 2009 consid. 3.2.3 e 9C\_127/2007 del 12 febbraio 2008). La STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012 ribadisce al considerando 2.1 che per realizzare il proprio diritto alla consultazione degli atti, la parte interessata deve chiedere di poterne prendere visione (DTF 132 V 387 consid. 6.2), ciò che però la ricorrente, malgrado fosse a conoscenza dell'esistenza di diversi referti del perito della Commissione aiuto domestico interpellato dalla Cassa di compensazione e potesse in ogni tempo consultarli, ha domandato solo dopo la notifica della decisione su opposizione, su intervento del suo patrocinatore. 4. Infine, a dire della ricorrente, la decisione su opposizione sarebbe nulla in quanto arbitraria, giacché contraddirebbe " in modo palese la situazione di fatto risultante dai referti prodotti. " (doc. I punto 7 pag. 3). L'interessata ha affermato che i medici curanti interpellati erano unanimi nel riconoscere che non fosse in grado di assolvere in maniera autonoma ai lavori domestici a causa dei suoi problemi di salute, mentre la Cassa di compensazione ha tratto una conclusione diversa. L'arbitrarietà del provvedimento impugnato esisterebbe inoltre anche se si considera che l'eventuale diritto alla rifusione delle spese per l'aiuto domiciliare potrà esser preso in considerazione soltanto successivamente all'intervento alla spalla sinistra. Tuttavia, un'eventuale operazione avrebbe invece lo scopo di sanare il problema e di permettere alla ricorrente di riacquistare la piena funzionalità dell'arto superiore. Di conseguenza, in tal caso ella non avrebbe più bisogno dell'aiuto domestico. Pertanto, a dire dell'assicurata, condizionare un'eventuale presa a carico delle spese di aiuto domiciliare all'esito di un'operazione, peraltro neppure in previsione, sarebbe assolutamente arbitrario (doc. I punto 8 pag. 4). Un provvedimento è arbitrario e viola quindi l'art. 9 Cost. fed., qualora disattenda gravemente una regola di diritto o un principio giuridico chiaro e indiscusso o contraddica in modo urtante il sentimento di equità. La violazione deve essere manifesta e riconoscibile di primo acchito. Non è ravvisabile arbitrio per il solo fatto che appaia concepibile o persino preferibile una soluzione diversa (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007). Per giurisprudenza invalsa (ripresa nella recente STF 9C\_469/2011 del 18 giugno 2012, consid. 10), l'arbitrio non si realizza già qualora la soluzione proposta con il ricorso possa apparire sostenibile o addirittura preferibile a quella contestata; il Tribunale federale annulla la pronunzia criticata solo se il giudice del merito ha emanato un giudizio che appare - e ciò non solo nella motivazione, bensì anche nell'esito - manifestamente

insostenibile, in aperto contrasto con la situazione reale, gravemente lesivo di una norma o di un principio giuridico chiaro e indiscusso oppure in contraddizione urtante con il sentimento della giustizia e dell'equità (DTF 132 III 209 consid. 2.1 pag. 211 con rinvii). Per quanto concerne più in particolare l'apprezzamento delle prove e l'accertamento dei fatti, il giudice incorre nell'arbitrio se misconosce manifestamente il senso e la portata di un mezzo di prova, se omette senza valida ragione di tener conto di un elemento di prova importante, suscettibile di modificare l'esito della vertenza, oppure se ammette o nega un fatto ponendosi in aperto contrasto con gli atti di causa o interpretandoli in modo insostenibile (DTF 129 I 8 consid. 2.1 pag. 9). Nel caso di specie, la ricorrente rimprovera all'amministrazione un comportamento arbitrario per il solo fatto di avere dato un'interpretazione diversa del suo stato di salute, ovvero di avere giudicato che le patologie allora (2010) esistenti non comportassero una limitazione tale della sua autonomia tanto da dovere ricorrere all'aiuto di terzi nelle faccende domestiche. Come recita la giurisprudenza esposta, la Cassa di compensazione è semplicemente giunta ad una conclusione diversa da quella prospettata dalla ricorrente, basandosi però sui medesimi certificati medici. Inoltre, l'amministrazione non ha tralasciato di valutare altri mezzi di prova, né li ha interpretati in modo insostenibile. Alla luce di tutto ciò, non le si può rimproverare arbitrio per il solo fatto che appaia concepibile o persino preferibile una soluzione diversa. Anche questa censura formale deve dunque essere respinta. 5. Infine, il TCA rileva che per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 cons. 2a, DTF 110 V 51 cons. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 2005 AHV Nr. 19; SVR 1997 UV Nr. 81, pag. 294). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 cons. 2.1; DTF 125 V 414 cons. 1A; DTF 119 Ib 36 cons. 1b). Nella fattispecie la decisione impugnata, ossia quella su opposizione emessa il 25 marzo 2011 dalla Cassa cantonale di compensazione, porta unicamente sul rifiuto di rimborsare all'assicurata le spese di aiuto domiciliare dal 1° febbraio 2010 (doc. XII) in poi, dato che le patologie alla spalla ed al ginocchio destro non le impedivano di espletare i necessari bisogni personali e quindi aveva una sufficiente autonomia senza l'aiuto di terzi. Pertanto, le decisioni formali della Cassa di compensazione del 20 luglio 2011 (doc. XII/1) rispettivamente del 12 aprile 2012 (doc. XLIV/1) con le quali l'amministrazione ha riconosciuto il diritto alle prestazioni di aiuto domiciliare dal 6 luglio al 4 settembre 2011 (doc. XX/1) rispettivamente dal rientro al domicilio a seguito dell'intervento chirurgico dell'11 aprile 2012 alla spalla sinistra e per la durata di tre mesi, per un massimo di 12 ore mensili, come tali esse non possono essere poste qui in discussione, giacché la decisione su opposizione porta su un periodo antecedente all'operazione del 5 luglio 2011. Di conseguenza, il TCA può pronunciarsi esclusivamente sul tema oggetto della decisione impugnata, ossia il rimborso, da parte della Cassa di compensazione, dei costi per la cura, l'aiuto e l'assistenza domiciliare prestate all'insorgente dal 1° febbraio 2010 al 25 marzo 2011. Le altre richieste dell'insorgente, e meglio la valutazione dello " stato di salute della stessa ad oggi " (doc. I punto 9), sono dunque irricevibili. Del resto, va rammentato che secondo costante giurisprudenza (STF 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009, consid. 2.2; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1, DTF 109 V 179, DTF 107 V 5), l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (marzo 2011), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione

stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Per cui eventuali interventi futuri o modifiche legislative non ancora in vigore non possono essere oggetto del presente procedimento. nel merito 6. Da alcuni anni la Cassa cantonale di compensazione concedeva all'assicurata il rimborso del costo di un aiuto domestico a cui la stessa faceva capo viste le sue condizioni di salute (doc. XXXIV/E). Poi, sulla scorta dei nuovi accertamenti eseguiti (docc. 2-10), non ritenendo vi fossero (più) sufficienti elementi medici in tal senso, con la decisione del 7 settembre 2010 (doc. 12) la Cassa cantonale di compensazione ha negato il diritto al rimborso per le spese di aiuto domestico, valutando che l'interessata, malgrado alcuni deficit funzionali della spalla e del ginocchio destro, fosse comunque sufficientemente autonoma.

L'amministrazione cantonale ha confermato questa sua posizione con la decisione su opposizione del 25 marzo 2011. La ricorrente ha invece chiesto il riconoscimento del diritto alla rifusione delle spese per l'aiuto domestico - tuttavia senza quantificare il monte ore settimanale/mensile di cui necessiterebbe -, dato che tutti i medici che ha interpellato erano concordi nel sostenere che ella non fosse in grado di assolvere da sola i lavori domestici a causa dei suoi problemi di salute, in particolare alle spalle ed ai polsi. 7. Secondo l'art. 3 cpv. 1 LPC, le prestazioni complementari comprendono la prestazione complementare annua (lett. a) e il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità (lett. b). Per l'art. 3 cpv. 2 LPC, la prestazione complementare annua è una prestazione pecuniaria (art. 15 LPGA), mentre il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità è una prestazione in natura (art. 14 LPGA). Giusta l'art. 14 cpv. 1 lett. b LPC, i Cantoni rimborsano ai beneficiari di una prestazione complementare annua le spese comprovate dell'anno civile in corso di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio e in strutture diurne. Secondo l'art. 14 cpv. 2 LPC, i Cantoni designano le spese che possono essere rimborsate secondo il capoverso 1. Possono limitare il rimborso alle spese necessarie nell'ambito di una fornitura di prestazioni economica e appropriata. In virtù dell'art. 14 cpv. 3 LPC, per le spese di malattia e d'invalidità rimborsate in aggiunta alla prestazione complementare annua, i Cantoni possono fissare importi massimi. Questi ultimi non possono tuttavia essere inferiori ai seguenti importi annui: a. per le persone che vivono a casa 1. persone sole, persone vedove, coniugi di persone che vivono in un istituto o in un ospedale Fr. 25'000.- 2. coppie sposate Fr. 50'000.- 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).

8. 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 leggeri 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. 9. Nella sentenza P 16/03 del 30 novembre 2004, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha riconosciuto al considerando 5. 2 che la cura dei piedi (pedicure) può essere considerata quale aiuto per altri bisogni fisici indispensabili ai sensi del N. 5062 DPC. Nel caso esaminato, però, siccome la ricorrente non aveva bisogno di una tale cura, il TFA ha concluso che la speciale cura dei piedi praticata da una professionista del ramo non ricadesse sotto l'art.

### **E. 13**

cpv. 6 lett. a OMPC si riferisce alle persone fisiche quali i conoscenti, i vicini, gli amici e gli aiuti assunti con un contratto. L'art. 13 cpv. 6 lett. b OMPC concerne invece le persone che sono incaricate da organizzazioni che offrono l'aiuto per l'economia domestica, ma che non adempiono alle condizioni delle organizzazioni Spitex riconosciute. L'art. 13 OMPC ha fissato quindi una differenza fra le persone che offrono i loro servizi nell'economia domestica, ma che non appartengono ad un'organizzazione Spitex riconosciuta e quelle che eseguono i medesimi lavori per conto di un'organizzazione Spitex riconosciuta dall'art. 51 OAMal (cfr. consid. 4.2). Inoltre, l'art. 13 cpv. 6 OMPC limita alle categorie di persone ivi menzionate il rimborso dei costi a Fr. 4'800.- per anno civile e in virtù dell'art. 13 cpv. 7 OMPC il rimborso orario è di Fr. 25.-. In questo senso c'è quindi una differenza con l'art. 13 cpv. 1 e cpv. 3 OMPC, dove i costi sono rimborsati se sono prestati da servizi pubblici o di utilità pubblica. Lo stesso vale secondo l'art. 13 cpv. 4 OMPC per le prestazioni fornite da istituti privati, nella misura in cui corrispondono a quelle insorte in istituti pubblici o di utilità pubblica (cfr. consid. 4.3). Se si tiene presente che l'art. 13 cpv. 6 OMPC - il quale a differenza dell'art. 13 cpv. 1-4 OMPC - ha per oggetto l'aiuto e l'assistenza, ma non la cura, ne consegue che per l'art. 13 cpv. 6 OMPC si tratta di un aiuto prestato non da professionisti, per il quale l'ordinanza fissa un importo massimo e nei capoversi da 1 a 4 si tratta di servizi di fornitori professionisti. Poiché le organizzazioni Spitex riconosciute non espressamente menzionate nell'ordinanza sono da conteggiare come fornitori professionisti di prestazioni, per quanto riguarda la regolamentazione dei rimborsi esse ricadono sotto l'art. 13 cpv. 1 OMPC in connessione con l'art. 13 cpv. 4 OMPC (cfr. consid. 4.3). Per questi motivi, nella misura in cui stabilisce un limite generale di Fr. 25.- (quindi anche per le organizzazioni Spitex riconosciute), il N. 5063.3 delle Direttive dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali sulle prestazioni complementari all'AVS e AI (DPC) non è conforme all'ordinanza (cfr. consid. 4.4). Il Tribunale federale, nell'esame dell'art. 25 cpv. 2 lett. a n. 3 LAMal e dell'art. 7 cpv. 2 lett. b e c OPre, nella DTF 136 V 172 ha trattato le prestazioni per terapie e cure dispensate da organizzazioni di cure e di aiuto a domicilio e ha esposto le nozioni di esami e cure ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (consid. 4.3), in particolare

"somministrazione di medicinali" di cui al n. 7, e di cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c n. 1 OPre (consid. 5.3), in particolare l'aide "a nutrirlo" (il paziente) e a fargli fare "esercizi di mobilitazione" (consid. 2-5). Per quanto concerne les prestations complémentaires, l'Alta Corte si è così exprimée: " 5.3.1 Les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS, qui ne font pas l'objet d'une liste exhaustive (ATF 131 V 178 consid. 2.2.3 p. 185; décision du Conseil fédéral du 9 mars 1998 consid. 3, in RAMA 1998 p. 184), constituent des mesures de soins qui visent à compenser les conséquences de l'incapacité d'effectuer soi-même certains actes élémentaires de la vie quotidienne en raison d'une maladie ou de dépendance ("patients dépendants"; voir aussi BÉATRICE DESPLAND, Soins de longue durée, soins de dépendance. Contribution aux débats relatifs à la révision de la LAMal, Rapport IDS [Institut de droit de la santé, Neuchâtel] n° 8, 2004, p. 6). Ces mesures ne sont pas de nature médicale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 19/03 du 20 décembre 2004 consid. 4.2.2, in SVR 2005 EL n° 2 p. 5; Message du 16 février 2005, relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime des soins, FF 2004 1911 ch. 1.1.3.2.1), même si leur énumération comporte certaines prestations de cet ordre (notamment prévenir les escarres ou prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; cf. GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, 2004, p. 167). Ne font pas partie des soins de base des actes qui touchent principalement à l'accompagnement, à l'aspect pédagogique, au développement des capacités personnelles et aux relations sociales (décision du Conseil fédéral du 28 janvier 1998 consid. 8.2, in RAMA 1998 p. 172). 5.3.2 Portant sur une assistance à la personne (Personenilfe), les soins de base doivent être distingués de l'aide matérielle (Sachhilfe) ou aide à domicile (cf. ATF 131 V 178 consid. 2.2.3 in fine p. 187). Celle-ci inclut les activités liées à l'économie et la tenue du ménage - tels les achats, la préparation de la nourriture, y compris le service de repas (décision du Conseil fédéral du 9 mars 1998 consid. II, in RAMA 1998 p. 183 s.), laver le linge et d'autres actes semblables -, qui n'entrent pas dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins (arrêt P 19/03 cité consid. 4.2; Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 77; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2007, p. 505 n. 329; LONG-CHAMP, op. cit., p. 485; voir aussi BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, 2003, p. 243). 5.3.3 En ce qui concerne tout d'abord l'aide à l'alimentation, on ne saurait considérer que l'accompagnement d'un assuré à l'extérieur de sa chambre pour se rendre à la salle à manger puisse être assimilé à cet acte. En tant que soins de base, l'acte consistant à aider le patient à s'alimenter ("Hilfe beim Essen", "aiuto a nutrirlo" [il paziente]) vise la situation dans laquelle la personne ne peut pas elle-même se nourrir, parce qu'elle n'est pas en mesure, par exemple, de couper ses aliments ou de les porter à sa bouche. En revanche, l'assistance dont elle a besoin pour que les aliments lui soient servis et lui parviennent - préparation et cuisson des aliments, mais aussi présentation et service des plats - ne fait pas partie des soins de base au sens de la règle en cause, mais relève de l'aide à domicile (consid. 5.3.2 supra) même si cette assistance lui est tout aussi nécessaire que l'aide pour se nourrir. Comme le service des repas (à savoir le fait d'apporter les aliments vers la personne concernée), que ce soit au chevet d'une personne alitée, à la table dans une chambre ou dans une salle à manger commune, ne fait pas partie des soins de base relatifs à l'alimentation, l'aide nécessitée par l'intéressé pour se rendre à l'extérieur de sa chambre "vers son repas" ne peut pas non plus être considérée comme de tels soins (cf. en ce qui concerne l'acte "manger" en relation avec l'allocation pour impotent dans

l'assurance-invalidité, arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 128/03 du 4 février 2004 consid. 3). La dimension sociale qu'implique la possibilité de manger en compagnie d'autres personnes pour les intéressés qui vivent dans une résidence commune - aussi positive et utile qu'elle soit - n'est pas du ressort de l'assurance-maladie obligatoire (consid. 5.3.1 supra ; cf. HARDY LANDOLT, Das soziale Pflegesicherungssystem, 2002, p. 85)."(...) ( le sottolineature sono della redattrice ) 10. Per quanto concerne il principio del rimborso dei costi, ed in particolare il rimborso dei costi di aiuto, cura e assistenza in esame, la dottrina ha precisato che rimborsabili dalle prestazioni complementari sono principalmente soltanto i costi di malattia e di invalidità che non sono coperti, ossia i costi che vanno a carico dell'assicurato e quindi che intaccano i suoi redditi. Per contro, i costi per i quali in virtù della legge o a motivo di un accordo contrattuale vi è un dovere prestativo da parte di un altro fornitore di prestazioni (come per esempio di una cassa malati, di una persona che ha il dovere di mantenimento, ecc.), non possono essere presi in considerazione ( Carigiet , Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Zurigo 1995, pag. 154). L'autore ha precisato che gli assicurati che a causa di un impedimento devono fare capo all'aiuto di terzi per la conduzione della casa (per esempio per cucinare, pulire, lavare, ecc.), possono fare valere i costi fatturati da terze persone come costi supplementari (pag. 167). Carigiet/Koch , Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Supplemento, Zurigo 2000, pag. 121, ribadiscono che rimborsabili sono solo i costi non coperti di malattia e invalidità che vanno a carico degli assicurati. I costi che, per legge o per altri accordi, si devono assumere altri fornitori di prestazioni (cassa malati, assicuratore infortuni), non possono essere rimborsati agli assicurati (RCC 1984 pag. 245). Gli autori indicano inoltre, riprendendo il tenore dell'art. 3 OMPC (corrispondente all'art. 8 LALPC), che la concessione di un assegno per grandi invalidi dell'AVS, dell'AI, dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione militare non è equiparata a un rimborso delle spese da parte di altre assicurazioni. Il rimborso delle spese di malattia e di invalidità concerne in particolare i costi per l'aiuto, la cura e l'assistenza a domicilio. Per quanto concerne più specificatamente i costi per la cura a domicilio, gli autori hanno spiegato che per spese di cura si intendono i costi per cure ambulatoriali rese necessarie dalla vecchiaia, dall'invalidità, da un infortunio o da una malattia. Secondo le Direttive dell'UFAS sulle prestazioni complementari (N. 5062 DPC), ciò comprende l'aiuto necessario per alzarsi, vestirsi, lavarsi, mangiare e altri bisogni fisici necessari (pag. 129). Infine, per definire l' aiuto e l' assistenza a domicilio necessari nell'economia domestica, la letteratura - questa definizione è stata anche ripresa nella citata sentenza P 19/03 del 20 dicembre 2004 al considerando 4.5 - si riferisce alle attività di cucinare, pulire, fare il bucato, ecc. (pag. 130). Nel più recente commentario ( Carigiet/Koch, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2a ed., Zurigo-Basilea-Ginevra 2009, pagg. 197 segg.) portante sulla nuova legge in vigore dal 2008 e quindi, per ciò che qui interessa, sull'art.

#### **E. 14**

nLPC e dunque sul rimborso delle spese di malattia e d'invalidità da parte dei Cantoni, gli autori hanno evidenziato il principio secondo cui le prestazioni complementari sono sussidiarie alle altre assicurazioni sociali nel rimborso delle spese di malattia. Per questo motivo, prima di procedere al riconoscimento di questi costi, la Cassa di compensazione deve verificare se un altro assicuratore sia chiamato a rispondere. Di regola vi sono gli assicuratori malattia secondo LAMal e secondo LCA, ma anche gli assicuratori militari, infortuni e per perdita di guadagno. L'art. 64 cpv. 1 LPGA definisce l'ordine di rimborso (pag. 201 e seg.). Nel capitolo sui costi per l'aiuto a domicilio, Carigiet/Koch osservano (pag. 218) che i beneficiari di prestazioni complementari, che devono fare capo a degli aiuti

per la conduzione dell'economia domestica, possono farsi rimborsare dalla Cassa di compensazione i costi che ne derivano. La nozione di aiuto per l'economia domestica comprende i lavori necessari per l'alimentazione (cucinare, fare la spesa), l'aiuto con il bucato e altre attività simili (lavori di pulizia). Le prestazioni di carattere sociopedagogico non rientrano in questa nozione (cfr. citata STFA P 19/03, consid. 4.2.2 e 4.3). Per un pensionato è importante che il rimborso di prestazioni di aiuto per l'economia domestica non sia vincolato a severe condizioni di ottenimento. È più semplice prendere in considerazione l'aiuto regolare della vicina per fare la spesa, se questa attività può essere indennizzata. I presupposti per il rimborso sono che il beneficiario di PC abbia bisogno di un aiuto (se vi sono dubbi sulla necessità e sull'estensione dell'aiuto e dell'assistenza a domicilio, le Casse di compensazione intraprendono accertamenti, per esempio richiedono certificati medici) e che questo aiuto viene prestato da una persona che non vive nella stessa economia domestica (pag. 219). Sulla nozione di aiuto, cura e assistenza si è espresso Jöhl, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR) Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea 2007, pagg. 1875 segg. Per la nozione di cura (N. 336), la LAMal contiene una definizione che può essere ripresa dalle prestazioni complementari. Giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre, sono prestazioni (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, profilarsi contro il decubito, aiuto per l'igiene della bocca e del corpo, (s)vestirsi, mangiare, ma anche le cure psichiatriche o psicogeriatriche di base). La nozione di aiuto (N. 337) non viene invece definita nella LAMal, poiché la presa a carico dei relativi costi non rientra nel catalogo delle prestazioni di questo ramo delle assicurazioni sociali. Nel linguaggio comune sono da intendere come aiuto nell'economia domestica tutti quei lavori che appartengono alla conduzione di un'economia domestica. Non vi sono indicazioni secondo cui il legislatore intendesse distanziarsi per questa nozione dal linguaggio comune. Sono pertanto rimborsabili i costi di quella parte di lavori di economia domestica - assolutamente necessari (non invece assolutamente necessari e quindi non rimborsabili sono i costi per ogni prestazione di aiuto nell'economia domestica, che ragionevolmente potrebbero essere assunti da una persona inclusa nel calcolo del diritto, in particolare da un 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). Per la nozione di assistenza (N. 338) il linguaggio comune non offre un significato sufficientemente preciso. Il resto del diritto delle assicurazioni sociali non dà una definizione che potrebbe essere applicata per analogia. Il diritto sull'assicurazione invalidità contiene una nozione simile, ossia l'assegno per grandi invalidi nel senso di avere 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). Non si intende rispettivamente, non si intende soltanto un accompagnamento fisico, bensì un accompagnamento duraturo nel consigliare, nell'assistere e nel vigilare nella vita quotidiana. L'assistenza secondo l'art. 3d cpv. 1 lett. b vLPC non presuppone - a differenza dell'accompagnamento nella realtà quotidiana - l'assegno per grandi invalidi. È sufficiente che sia necessario un accompagnamento della persona assicurata dovuto all'età, all'invalidità, all'infortunio o ad una malattia e che non sia ragionevole per la persona assicurata rinunciare ad un

accompagnamento per evitare i corrispettivi costi. La soglia di rilevanza è quindi più bassa e la grandezza dell'assistenza è più estesa rispetto all'accompagnamento nella realtà quotidiana, poiché essa non si riferisce all'evitare un abbandono/bisogno di una casa, ma all'esigenza di rinunciare a determinate prestazioni per motivi di costi. L'assistenza presenta una particolarità nella misura in cui, in combinazione con l'aiuto di cui all'art. 13 cpv. 6 OMPC, condivide il limite del rimborso di Fr. 4'800.-. Per contro, in combinazione con la cura, l'assistenza sottostà al limite generale di rimborso, cosicché in caso di necessità di aiuto, cura e assistenza i costi dell'aiuto sottostanno da soli al limite particolare di rimborso di Fr. 4'800.-. 11. Le Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS/AI (DPC), valide dal 1° gennaio 2002, stato 1° gennaio 2007, ai NN. 5062-5068 (abrogati dal 2008) spiega(va)no l'art. 13 OMPC. Per il N. 5062 DPC, le cure ai sensi dello Spitex comprendono sia i trattamenti che le cure di base che devono essere fornite a causa dell'età, di una malattia, di un infortunio o dell'invalidità. Fa parte delle cure di base l'aiuto necessario affinché la persona si alzi, si vesta, faccia il bagno, mangi ed espleti gli altri bisogni fisici indispensabili. Secondo le circostanze locali, per il N. 5063 DPC è l'assistenza sanitaria comunale, un'assistenza familiare o un'organizzazione di aiuto domiciliare ad assumersi le cure nonché il relativo aiuto e l'assistenza a domicilio. Le spese fatturate da queste istituzioni pubbliche o di pubblica utilità possono essere rimborsate. Giusta il N. 5063.2, alle spese fatturate da un'organizzazione Spitex per i trattamenti e le cure di base è applicabile la tariffa concordata tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (cfr. art. 43 cpv. 4 LAMal). Se viene fatturata una tariffa superiore, le spese eccedenti non possono essere assunte dalle PC. Se un'organizzazione Spitex non è riconosciuta come fornitore di prestazioni ai sensi dell'art. 51 OAMal, le spese per i trattamenti e le cure di base non possono essere assunte. Le spese di organizzazioni Spitex per prestazioni di economia domestica (aiuto domiciliare) possono essere rimborsate (DTF 132 V 121). Se l'organizzazione Spitex non è riconosciuta ai sensi dell'art. 51 OAMal, le spese di economia domestica possono essere rimborsate soltanto fino a Fr. 25.-/ora. Inoltre, sommate alle spese da considerare secondo il N. 5066.1 DPC, le spese che possono essere rimborsate ammontano a Fr. 4'800.- al massimo per anno civile (N. 5063.3 DPC). Per il N. 5066 DPC, se esistono dubbi sulla necessità e sull'estensione dell'aiuto, delle cure e dell'assistenza a domicilio, l'Ufficio PC deve procedere agli accertamenti che riterrà opportuni e ridurre, eventualmente, le spese da assumere. Se, a causa di un'invalidità, il beneficiario di PC incontra delle difficoltà nello svolgere i lavori domestici necessari (cucinare, pulire, lavare, ecc.) può fare valere le spese comprovate che sono state fatturate per l'aiuto fornito da una terza persona fino ad un massimo di Fr. 4'800.- per anno civile (N. 5066.1 DPC). Giusta il N. 5066.2 DPC, se l'aiuto è stato fornito da una persona che vive nella stessa economia domestica o nella stessa fattoria, non si può procedere a nessun rimborso. Si possono rimborsare al massimo Fr. 25.-/ora (N. 5066.3 DPC). Secondo il N. 5066.4 DPC, per l'aiuto e l'assistenza necessari a domicilio, insieme alle spese di cui al N. 5063.3 2° paragrafo DPC, possono essere rimborsati al massimo Fr. 4'800.- per anno civile. Il N. 5066.5 DPC recita che se in una coppia entrambi i coniugi sono invalidi, possono essere rimborsati al massimo Fr. 9'600.-. Per il N. 5066.6 DPC, le spese per l'aiuto e l'assistenza necessari a domicilio possono essere rimborsate in aggiunta alle spese di cui ai N. 5067 e N. 5067.1 [spese per il personale di cura assunto direttamente]. Tuttavia, non si può eccedere l'importo massimo previsto per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità (cfr. N. 5017). 12. Questo TCA deve ora stabilire se l'aiuto domestico richiesto dall'assicurata a causa delle difficoltà fisiche che le impedirebbero di occuparsi autonomamente della propria economia domestica

sia rimborsabile. Va quindi esaminato se la ricorrente adempie i presupposti per vedersi riconoscere le prestazioni reclamate. I certificati medici prodotti dall'insorgente attestano la presenza di alcune patologie e la necessità di un aiuto domestico, senza però quantificare questo aiuto. Il medico curante ha affermato il 28 agosto 2010 (doc. C) che " la sig.ra RI 1 non può stirare, stendere i panni, provvedere alla pulizia del suo appartamento. " (doc. C). Un altro certificato del 25 novembre 2010 (doc. D) osserva che " visto che ora non può utilizzare anche il braccio sinistro per i lavori domestici, si richiede urgentemente un aiuto domestico. ". Dal 9 al 29 gennaio 2011 l'assicurata è stata degente presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per una riabilitazione multidisciplinare del dolore cronico stanti le limitazioni funzionali degli arti superiori e della gamba destra. Nel rapporto del 7 febbraio 2011 (doc. F) il capo servizio dr. med. \_\_\_\_\_ ed il primario dr. med. \_\_\_\_\_ hanno esposto la diagnosi principale, la situazione e la valutazione nonché il quadro clinico alla dimissione e la terapia all'uscita. Dalla valutazione oggettiva i medici hanno riscontrato all'entrata in Clinica una leggera zoppia a destra con limitazioni ad inginocchiarsi, a destra di 90°. La mobilità della colonna lombare era consona all'età con dolori telefasici alla flessione verso destra e alla rotazione in estensione verso destra, chiari segni di insufficienza lombare quando deve rialzarsi dalla posizione piegata in avanti. La mobilità della colonna cervicale era limitata di circa un terzo in tutte le direzioni, dolente a fine movimento. La mobilità attiva delle spalle era a destra la seguente: elevazione a 90°, abduzione a 140° con un arco doloroso a sinistra, elevazione a 80°, abduzione a 110° con forti dolori. Presa del collo a destra 4 cm, a sinistra 16 cm. Presa del grembiule a destra 41 cm, a sinistra 47 cm. Tutta la muscolatura del cingolo scapolare-dorsale era dolorante. Mobilità attiva delle ginocchia con flessione a destra di 110°, a sinistra di 130°. Il ginocchio destro era gonfio e la rima articolare mediale, unitamente alle parti molli, erano dolenti. Al momento della dimissione, la deambulazione era più fluida senza zoppia a destra, la mobilità della colonna cervicale era invece praticamente invariata ma meno dolente, mentre la mobilità della colonna lombare era fluida sebbene la paziente dovesse ancora sostenere il tronco quando si rialzava dalla posizione piegata in avanti e netta sindrome faccettaria. La mobilità delle spalle era migliorata con a destra elevazione di 150°, abduzione a 140°; a sinistra, elevazione a 100° e abduzione a 110° ma con forti dolori. Quale terapia all'uscita, i curanti hanno prescritto all'assicurata un ulteriore ciclo di fisioterapia individuale a secco e in acqua per migliorare ulteriormente le sue prestazioni. Dal punto di vista funzionale, sulla scorta del rendiconto della specialista, i medici hanno concluso che persisteva una limitazione delle due spalle e del ginocchio destro, plurintegrato e plurivalutato. Al riguardo, l'ergoterapista ha redatto un rapporto dettagliato della valutazione funzionale eseguita sugli arti dell'interessata e dopo avere descritto la mobilità delle mani e delle spalle, come pure la forza delle mani, per quanto concerne le attività della vita quotidiana l'esperta si è così espressa: " La paziente riesce a fare la polvere, a fare l'aspirapolvere in modo leggero e in un locale solo alla volta, riesce a cucinare (preparando le verdure da seduta) ammesso che non ci siano pentole da dover spostare, i piatti li mette in lavastoviglie, riesce a piegare i vestiti che non hanno bisogno di essere stirati (da seduta), riesce a sollevare una borsa della spesa di 2 kg per metterla sul tavolo e a trasportarla per circa 100m. Tutte queste attività la signora RI 1 è comunque in grado di effettuarle per un breve periodo (pochi minuti). La signora RI 1 non è invece in grado di asciugare i capelli (se li deve far asciugare dalla vicina), di stendere la biancheria sui fili posti in alto (in casa ha uno stendino basso, ma per stendere le lenzuola si deve far aiutare dalla vicina), di fare l'aspirapolvere, di pulire i mobili alti della cucina e le piastrelle che si trovano in alto, di

stirare, di sollevare una borsa della spesa di 5 kg. Conclusioni: La signora RI 1 non riesce a svolgere nella quotidianità tutte le attività al di sopra dello sterno e tutte le attività pesanti. È in grado di svolgere delle attività seduta al tavolino con gli avambracci appoggiati ma solamente per un breve periodo (pochi minuti). ". Il chirurgo ortopedico che l'ha poi operata il 5 luglio 2011 (doc. I/1) alla spalla sinistra, dichiarandola inabile al lavoro al 100% dal 1° giugno al 4 settembre 2011 (docc. H1 e I1) e quindi attestando che l'assicurata necessitava di un aiuto domiciliare dal giorno seguente per la durata di tre mesi (doc. I2), il 10 febbraio 2011 (doc. E) ha certificato che l'assicurata " è inabile a fare le faccende domestiche causa gravi problemi degenerativi alla cuffia della spalla destra e sinistra e necessita di continuo aiuto domiciliare. ". Dal canto suo, invece, la Cassa cantonale di compensazione, per il tramite dell'apposita Commissione aiuto domestico, ha esaminato tutti questi certificati per determinare se v'era effettivamente necessità o meno di aiuto e assistenza nell'economia domestica, giungendo sempre alla conclusione che la ricorrente era sufficientemente autonoma anche in presenza dei succitati deficit funzionali. Pertanto, la Cassa ha respinto la richiesta di rimborso dei costi di aiuto domiciliare fino al giorno dell'operazione alla spalla sinistra. Dopodiché, ma ciò non è oggetto di esame del ricorso, la Cassa ha concesso un rimborso temporaneo. 13. Resta quindi da determinare se delle ore e, semmai, quante, possono essere rimborsate alla ricorrente per le spese di aiuto, di cura e di assistenza a domicilio ex art. 18 LALPC. Come visto, le parti non concordano sulla necessità dell'assicurata di un aiuto domestico. Nel caso di specie, la Cassa di compensazione ha acquisito le necessarie indicazioni mediche a mezzo dell'apposito formulario per l'"Accertamento medico per il rimborso delle spese di aiuto domestico nell'ambito delle prestazioni complementari" (doc. 4), compilato dal medico curante della ricorrente il 17 giugno 2010, come pure di informazioni supplementari allestite il 4 agosto 2010 (doc. 10) sempre, a richiesta della Cassa, dal dottor \_\_\_\_\_, e li ha sottoposti alla valutazione della Commissione aiuto domestico (doc. 5), di cui essa si avvale da alcuni anni. Anche i successivi certificati del medico curante e della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, unitamente alle prese di posizione della ricorrente, sono stati valutati dalla predetta Commissione, i cui pareri sono prodotti agli atti (docc. 22, 23, 24, 44 e VIIIbis). Per un coscienzioso esame dei casi problematici relativi a richieste di rimborso quali quella in discussione, la Cassa cantonale di compensazione ha istituito la Commissione aiuto domestico, presieduta dal dr. med. \_\_\_\_\_, affinché, mediante l'avviso di un medico esperto, essa possa giudicare le fattispecie concernenti - per quanto qui di interesse - le richieste di spese di aiuto, di cure e di assistenza necessari nell'economia domestica degli assicurati beneficiari di prestazioni complementari. 14. Giusta l'art. 43 cpv. 1 LPGA, l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per scritto. Per l'art. 43 cpv. 2 LPGA, se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi. Se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, 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). Inoltre, 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 rikusazione, 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). Per l'art. 36 cpv. 2 LPGGA, 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 su un diritto fatto valere 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. consid. 2.1.3). Nella recente sentenza 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. consid. 3.4).

15. In concreto, con la decisione formale del 7 settembre 2010 (doc. 12), facente seguito alla ricezione dell'apposito formulario per l'accertamento medico per il rimborso delle spese di aiuto domestico, l'amministrazione ha comunicato all'assicurata che, per determinare la necessità e l'estensione dell'aiuto, delle cure e dell'assistenza a domicilio, ha proceduto a degli accertamenti, e meglio ha sottoposto l'intera documentazione medica in suo possesso al giudizio del medico fiduciario della Cassa (dr. med. \_\_\_\_\_), che compone questa Commissione aiuto domestico. Nella sentenza di principio del 17 luglio 2012 (33.2011.11) vertente sulla medesima tematica questo Tribunale, nella sua composizione plenaria, al considerando 2.12 ha osservato che seppure l'istituzione di una tale Commissione aiuto domestico non sia stata specificatamente prevista dal Legislatore né federale (LPC) né tanto meno cantonale (LALPC), essa non può che portare competenza, chiarezza ed elementi di valutazione alla Cassa cantonale di compensazione. Non va infatti dimenticato che, quale organo amministrativo, forzatamente la Cassa di compensazione non dispone delle necessarie conoscenze per valutare, dal profilo medico, se siano dati i presupposti medici per ammettere la necessità di aiuto, cure e assistenza a domicilio e quindi per concedere ai beneficiari di prestazioni complementari il rimborso di spese per l'economia domestica. Il ricorso a questa Commissione è quindi opportuno. Inoltre, in merito alla sua natura, il TCA ha concluso che la Commissione aiuto domestico va considerata alla stregua di un perito interno come il Servizio Medico Regionale (art. 69 LAI e art. 69 OAI) e non 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 giurisprudenza su di esso promulgata dal Tribunale federale (DTF 137 V 210) - non è qui applicabile.

16. Nella citata STCA del 17 luglio 2012 (cfr. consid. 2.13), questo Tribunale ha inoltre evidenziato che viste le contestazioni mosse con il ricorso portanti sul numero di ore necessarie all'assicurata quale aiuto domiciliare, per potere valutare adeguatamente le conseguenze sull'aiuto domestico richiesto, alla luce dei certificati medici agli atti e delle valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, è necessario che, parallelamente alla Commissione aiuto domestico, un'altra istituzione qualificata si

pronunci sulla quantificazione dell'effettivo bisogno della persona assicurata (art. 14 LPC). Secondo il TCA, infatti, la valutazione della predetta Commissione aiuto domiciliare è riferita all'aspetto medico della questione, ovvero il perito deve pronunciarsi sullo stato di salute della persona assicurata, sulle sue limitazioni e difficoltà fisiche o psichiche e, su tale base, decidere se sia indicato un aiuto a domicilio (nel senso ampio di aiuto, cura e assistenza), affinché essa possa continuare a vivere nella propria abitazione e non sia così costretta a ricoverarsi in una casa di cura. La Commissione può senz'altro procedere ad una valutazione quantitativa delle ore necessarie. Oltre a ciò, in caso di insanabile controversia sugli aspetti medici fra il parere del medico curante ed il parere della Commissione aiuto domestico, laddove il caso imponesse un approfondimento maggiore, la Cassa cantonale di compensazione potrà rivolgersi eventualmente al Servizio Accertamento Medico dell'Ufficio assicurazione invalidità, istituto indipendente preposto all'allestimento di perizie, o, semmai, ad un altro perito esterno indipendente, per gli accertamenti necessari, fermi restando i summenzionati presupposti derivanti dall'art. 44 LPGA. La Commissione, ed eventualmente i periti esterni incaricati, determineranno la necessità per gli assicurati di fare capo all'aiuto a domicilio per continuare a vivere in casa propria conformemente a tale principio insito nell'art. 14 LPC. Per contro, laddove la controversia fra le parti portasse sulla quantificazione dell'aiuto domiciliare di cui abbisogna la persona assicurata, come stabilito dal TCA nella predetta sentenza del 17 luglio 2012 (cfr. consid. 2.13), dovrebbe essere eseguita una valutazione specifica della situazione da parte di un'altra figura, più vicina, sul campo, all'interessato e quindi più adatta: l'assistente sociale. Ciò avviene infatti già per la valutazione dell'assegno per grandi invalidi e della capacità delle casalinghe nell'ambito dell'assicurazione invalidità.

17. Secondo questo Tribunale, infatti, la situazione di una persona assicurata che a causa della vecchiaia, dell'invalidità, di un infortunio o di una malattia necessita di terzi che le prestino aiuto, cure e assistenza domiciliare affinché possa continuare a vivere nella propria abitazione, è raffrontabile (mutatis mutandis) alla situazione di un assicurato grande invalido. È considerato grande invalido ai sensi dell'art. 9 LPGA colui che, a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita. È considerato grande invalido anche chi a causa di un danno alla salute vive a casa e necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana. Chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica ha diritto almeno a un quarto di rendita. Chi ha bisogno unicamente di essere accompagnato in modo permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana è considerato grande invalido di grado lieve (art. 42 cpv. 3 LAI). Fra i compiti dell'Ufficio AI, l'art. 57 cpv. 1 lett. f LAI prevede, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, anche quello di valutare l'invalidità, la grande invalidità e le prestazioni d'aiuto di cui l'assicurato ha bisogno. Giusta l'art. 59 cpv. 1 LAI, gli Uffici AI si organizzano in modo da garantire che i compiti elencati nell'art. 57 siano eseguiti con professionalità ed efficienza nel rispetto delle prescrizioni legali e delle istruzioni della Confederazione. Gli Uffici AI possono far capo a specialisti dell'aiuto privato agli invalidi, ad esperti, a centri d'osservazione medica e professionale, nonché a servizi di altre istituzioni preposte alle assicurazioni sociali (art. 59 cpv. 3 LAI). Gli Uffici AI possono concludere con altri assicuratori e con gli organi dell'aiuto sociale pubblico convenzioni relative alla possibilità di far capo ai servizi medici regionali (art. 59 cpv. 4 LAI). Per l'art. 69 cpv. 2 OAI, se le condizioni assicurative che l'Ufficio AI deve esaminare (cpv. 1) sono adempiute, esso procura gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione. A tale scopo possono essere

domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi. La Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), edita dall'UFAS, valida dal 1° gennaio 2012, chiarisce la procedura per l'assegnazione di un AGI. Secondo il N. 8129 CIGI, di regola l'Ufficio AI sottopone al medico curante il modulo compilato. Quest'ultimo verifica se i dati riportati sul modulo corrispondano al suo referto (formulario 5420). In base a questi dati si può chiedere il parere del SMR. Quest'ultimo invia all'Ufficio AI un rapporto scritto con i risultati dell'esame medico e una raccomandazione circa l'ulteriore trattamento della domanda di prestazioni dal punto di vista medico. Sulla base di tali indicazioni, l'Ufficio AI ordina eventuali accertamenti medici supplementari (per esempio un rapporto medico complementare). Per il N. 8131 CIGI, in linea di principio, l'Ufficio AI procede ad un accertamento sul posto. Vanno accertati la grande invalidità, un eventuale onere d'assistenza supplementare (per i minorenni) e il luogo di soggiorno (a domicilio o in un istituto, cfr. N. 8003 segg.). Le indicazioni fornite dalla persona assicurata, dai genitori o dal rappresentante legale vanno valutate criticamente. Nei casi di cui al N. 8130 (fra i quali: alla prima domanda per l'ottenimento di un assegno per grandi invalidi; in caso di domande di aumento dell'assegno per grandi invalidi in seguito al peggioramento della grande invalidità; in caso di revisioni d'ufficio, se cambia il grado della grande invalidità o l'entità dell'onere d'assistenza) occorre sempre eseguire un accertamento sul posto. Negli altri casi l'Ufficio AI decide se si possa rinunciare a un accertamento sul posto. In caso di divergenze sostanziali tra il medico curante e il rapporto d'accertamento, l'Ufficio AI deve chiarire la situazione svolgendo una verifica mediante domande mirate e coinvolgendo il SMR. Per il resto si applica la CPAI (N. 8133 CIGI). Per quanto concerne l'accertamento sul posto, il N. 2114 della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI), valida dal 1° gennaio 2010, stato al 1° aprile 2011, stabilisce che un mandato di accertamento sul posto deve essere conferito nei casi menzionati (fra i quali, assegni per grandi invalidi dell'AI o dell'AVS). Se le condizioni personali degli assicurati sono già sufficientemente note e attestate da atti, si può rinunciare al conferimento del mandato. Per le prime richieste, tuttavia, va sempre effettuato un accertamento sul posto. Gli accertamenti devono essere eseguiti da personale qualificato. Secondo il N. 5001 CPAI, ai sensi dell'AI sono considerati servizi specializzati dell'aiuto pubblico e privato di utilità pubblica agli invalidi i servizi di consulenza e d'assistenza istituiti da organizzazioni pubbliche o private d'utilità pubblica che operano a favore degli invalidi. I servizi specializzati e gli specialisti non sono organi dell'AI. I servizi specializzati e gli specialisti non vincolati all'AI da una convenzione sono liberi di accettare o rifiutare mandati dell'AI (N. 5002 CPAI). Per gli assegni per grandi invalidi della LAVS e della LAI, quindi, gli specialisti dell'aiuto pubblico o privato di utilità pubblica agli invalidi, quali i servizi d'assistenza istituiti da organizzazioni pubbliche o private d'utilità pubblica che operano a favore degli invalidi, si recano sul posto e valutano le condizioni personali degli assicurati e quindi il grado della grande invalidità. Questi specialisti vedono e verificano di persona, nel caso concreto, i reali impedimenti della persona assicurata per compiere gli atti ordinari della vita e se chi, vivendo a casa, necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana. Per questi motivi, per un'analogia con l'istituto degli assegni per grandi invalidi, il Tribunale ritiene che i servizi di consulenza e d'assistenza istituiti da organizzazioni pubbliche o private d'utilità pubblica che operano a favore degli invalidi a cui normalmente fanno capo gli Uffici AI, siano certamente (maggiormente) qualificati ed appropriati, e quindi adatti, per quantificare, concretamente per ogni assicurato beneficiario di prestazioni

complementari, il numero di ore di cui ognuno necessita settimanalmente o mensilmente per l'aiuto, le cure e l'assistenza a domicilio a dipendenza dello stato di salute certificato medicalmente, affinché egli possa continuare a vivere al proprio domicilio e non essere invece ricoverato in una casa di cura. Le stesse Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS/AI, nella versione valida dal 1° gennaio 2002, stato fino al 31 dicembre 2003, prevedevano al N. 5067 DPC (attuale N. 5066 DPC) che la Cassa cantonale di compensazione, in caso di dubbi sulla necessità e sull'estensione dell'aiuto, delle cure e dell'assistenza a domicilio, doveva procedere agli accertamenti opportuni, quali ad esempio richiedere un certificato medico o il rapporto di un ufficio di assistenza sociale, oppure effettuare accertamenti propri e ridurre, eventualmente, le spese da assumere. 18. Tutto ben considerato, poiché nel caso concreto la controversia verte sulla necessità stessa di un aiuto domiciliare (e non ancora sul numero di ore necessarie all'assicurata per questo particolare aiuto), occorre pertanto che un perito indipendente, quale per esempio il Servizio Accertamento Medico dell'AI (cfr. consid. 16), si determini dapprima sullo stato di salute della ricorrente esistente nel periodo dal 1° febbraio 2010 al 25 marzo 2011, oggetto del contendere, e quindi sul principio dell'opportunità che la ricorrente facesse capo a terzi nelle faccende domestiche. Qualora la Cassa di compensazione dovesse stabilire, sulla scorta del parere dell'esperto e coadiuvata dalla Commissione aiuto domestico, che l'assicurata effettivamente necessitava, date le sue patologie, di un aiuto domiciliare dal 1° febbraio 2010 fino al momento dell'emanazione della decisione su opposizione, occorrerà quindi, come visto (cfr. consid. 16 in fine), che un servizio d'assistenza si pronunci sulla quantificazione della necessità concreta per la ricorrente di fare capo a terzi per l'aiuto, le cure e l'assistenza a domicilio, tenuto conto delle sue patologie fisiche che la limitano nelle attività della realtà quotidiana. In quel caso, l'assistente sociale si recherà, come per gli assegni per grandi invalidi, al domicilio dell'assicurata e verificherà sul posto in che misura (quante ore) dal 1° febbraio 2010 al 25 marzo 2011 ella abbisognava di aiuto, cure e assistenza a causa della vecchiaia, dell'invalidità, di un infortunio o di una malattia. Dopodiché, sulla scorta del numero di ore necessario stabilito dall'assistente sociale, la Cassa cantonale di compensazione dovrà rimborsare alla ricorrente, in virtù dell'art.

#### **E. 18**

LALPC (cfr. consid. 9 e citata STCA 33.2011.11 per sapere quale capoverso applicare, poiché a dipendenza del fornitore di prestazioni a cui ci si rivolge cambia anche l'ammontare di diritto per il rimborso delle spese di aiuto, cura ed assistenza), le spese che sono sorte e che l'assicurata si è assunta nel corso del 2010 e del 2011. 19. Da quanto precede discende che la decisione su opposizione del 25 marzo 2011 che nega all'insorgente il diritto al rimborso delle spese di aiuto, cura e assistenza a domicilio dal 1° febbraio 2010 fino a quel momento, deve essere annullata. Pertanto, il ricorso va accolto e gli atti rinviati alla Cassa cantonale di compensazione, affinché proceda come esposto nei considerandi e si determini quindi nuovamente, esperiti i necessari accertamenti, sulla necessità stessa di un aiuto domiciliare e, semmai, sul numero di ore necessarie all'assicurata e dunque sul diritto al rimborso delle spese giusta l'art. 18 LALPC. Visto l'esito favorevole del ricorso l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento di ripetibili da parte della Cassa cantonale di compensazione (art. 61 lett. g LPGA). 20. Contestualmente al ricorso, l'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio del suo legale (doc. I). In virtù della costante giurisprudenza federale, l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STF I 748/06 del 2 novembre 2007; STFA U

164/02 del 9 aprile 2003; STCA del 10 gennaio 2011, 33.2010.13; STCA del 5 giugno 2009, 32.2008.179; STCA del 26 marzo 2009, 32.2008.115 ).

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