

## **TI\_GERICHTE 30.2004.80 vom 28. August 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-08-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_30.2004.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_30.2004.80)

FR: TI\_GERICHTE 30.2004.80 du 28 août 2008

IT: TI\_GERICHTE 30.2004.80 del 28 agosto 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 43**

bis cpv. 1 LAVS dispone che hanno diritto all'assegno per grandi invalidi i beneficiari di rendite di vecchiaia o di prestazioni complementari con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGa) in Svizzera, che presentano un'invalidità di grado elevato o medio (art. 9 LPGa). La rendita di vecchiaia anticipata è parificata al godimento di una rendita di vecchiaia. L'art. 43 bis cpv. 2 LAVS prevede che il diritto all'assegno per grandi invalidi sorge il primo giorno del mese in cui tutte le condizioni sono soddisfatte, ma al più presto dal momento in cui l'assicurato fu grande invalido di grado elevato e medio per un anno intero, senza interruzione. L'art. 43 bis cpv. 5 LAVS stabilisce che le disposizioni della Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) sono applicabili per analogia alla valutazione della grande invalidità. Spetta agli uffici per l'assicurazione invalidità di determinare, per le casse di compensazione, il grado della grande invalidità. Il Consiglio federale può promulgare prescrizioni complementari. L'art. 66bis cpv. 1 OAVS prevede che l'art. 37 capoversi 1 e 2 lett. a e b dell'Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) è applicabile per analogia alla valutazione della grande invalidità. L'art. 37 OAI distingue tre gradi di grande invalidità: 1. La grande invalidità è reputata di grado elevato se l'assicurato è totalmente grande invalido. Questo è il caso quando necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi per compiere gli atti ordinari della vita e il suo stato richiede inoltre cure permanenti o una sorveglianza personale. 2. La grande invalidità è di grado medio se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari, necessita: a. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere la maggior parte degli atti ordinari della vita; b. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di una sorveglianza personale permanente; c. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di un accompagnamento permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'art. 38. 3. La grande invalidità è di grado lieve se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari: a. è costretto a ricorrere in modo regolare e considerevole all'aiuto di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita; b. necessita di una sorveglianza personale permanente; c. necessita in modo durevole, di cure particolarmente impegnative, richieste dalla sua infermità; d. a causa di un grave danno agli organi sensoriali o di una grave infermità fisica, può mantenere i contatti sociali con l'ambiente solamente grazie a servizi di terzi forniti in modo regolare e considerevole; oppure e. è costretto a ricorrere ad un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'art. 38. 6. Secondo costante giurisprudenza, sono considerati come atti ordinari della vita gli atti consistenti nel vestirsi, svestirsi, alzarsi, sedersi, sdraiarsi, mangiare, provvedere all'igiene personale, andare al gabinetto, spostarsi e stabilire dei contatti sociali. Per atti che permettono di stabilire dei contatti sociali con l'ambiente bisogna intendere il comportamento normale all'interno della società così come richiesto dall'esistenza quotidiana (cfr. DTF 117 V 27

consid. 4b e 146 consid. 2; DTF 105 V 52; DTF 104 V 127; RCC 1980 pag. 62; Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, pag. 275). La giurisprudenza del Tribunale federale ha inoltre stabilito che un assicurato deve essere ritenuto "totalmente" grande invalido quando abbisogna dell'aiuto di terzi in tutti gli atti ordinari della vita rilevanti. E' tuttavia sufficiente che l'aiuto sia necessario in "misura notevole" in ogni singolo atto (DTF 106 V 157; 105 V 55 consid. 2; 104 V 130). Negli atti ordinari della vita composti da più operazioni parziali non è necessario che l'assicurato abbisogni dell'aiuto di terzi nella maggior parte di essi, ma basta che in una singola operazione parziale abbisogni regolarmente ed in misura notevole di tale aiuto. L'aiuto è da ritenere notevole quando, per esempio (RCC 1990 pag. 50, RCC 1989 pag. 229, RCC 1987 pag. 265, RCC 1981 pag. 364): - nel cibarsi l'assicurato provvede da solo a tale atto, ma non può spezzettare gli alimenti oppure è in grado di portare il cibo alla bocca soltanto con l'aiuto delle dita; - nel farsi la pulizia personale quotidiana l'assicurato non può lavarsi, pettinarsi o radersi, oppure fare il bagno o la doccia da solo; - nello spostarsi e nel contatto con l'ambiente abituale l'assicurato non può spostarsi da solo in casa o fuori di casa oppure abbisogna dell'aiuto di terzi per stabilire il contatto con l'ambiente abituale. Con sentenza 22 maggio 1995 nella causa S. pubblicata in DTF 121 V 88, il TFA - modificando la propria precedente giurisprudenza - ha ancora stabilito che pure la messa in ordine degli abiti, la pulizia del corpo, l'utilizzazione di gabinetti speciali in relazione con la necessità di fare i propri bisogni costituiscono funzioni parziali di quest'ultimo atto ordinario della vita. La persona che per effettuare una di queste funzioni necessita dell'aiuto di terzi, è pertanto considerata grande invalida per questo atto fisiologico ordinario. Di principio, dunque, si deve ritenere che un assicurato non sia atto a compiere un atto ordinario della vita nella misura in cui non può eseguirlo se non in un modo non conforme agli usi correnti (DTF 106 V 159 consid. 2b). Inoltre, il Tribunale federale delle assicurazioni ha precisato che l'aiuto di cui abbisogna l'assicurato può essere inteso sia come aiuto diretto di terzi, sia come sorveglianza dell'assicurato durante il compimento degli atti ordinari della vita rilevanti: per esempio quando la persona che lo sorveglia lo esorta a compiere un atto, che rimarrebbe incompiuto senza l'esplicito incitamento di un terzo a causa dello stato psichico dell'assicurato (aiuto indiretto di terzi: RCC 1990 pag. 50, RCC 1986 pag. 512, DTF 107 V 149 consid. 1c, DTF 106 V 157, 105 V 56 consid. 4a). Infine, la giurisprudenza federale ha stabilito che la condizione dell'aiuto di terzi (diretto, rispettivamente indiretto) è talmente ampia che gli altri presupposti cumulativamente richiesti dall'art. 36 cpv. 1 OAI delle cure permanenti o della sorveglianza personale assumono soltanto importanza secondaria. Il termine "permanente" deve essere inteso come antitesi di transitorio e non nel senso di 24 ore su 24. Le cure e la sorveglianza non sono da riferire agli atti ordinari della vita: si tratta invece di prestazioni di ordine medico o di aiuto sanitario rese necessarie dallo stato fisico o psichico dell'assicurato. Come cure si intendono, per esempio, la necessità di somministrare giornalmente dei medicinali o fare delle fasciature. Il presupposto della sorveglianza personale è dato, per esempio, quando l'assicurato non può essere lasciato solo tutta la giornata a causa delle sue assenze mentali (RCC 1990 pag. 51, RCC 1986 pag. 512, DTF 107 V 139, DTF 106 V 158; DTF 105 V 56 consid. 4b). 7. Nel caso in esame, dal questionario relativo alla richiesta di un assegno per grandi invalidi compilato il 7 ottobre 2003 dal coniuge dell'assicurata emerge che ella necessita dell'aiuto di terze persone per alzarsi/sedersi/coricarsi, per lavarsi, per fare il bagno/la doccia, per spostarsi in casa e fuori casa e che ella può mangiare solo alimenti speciali. Non è stata per contro indicata alcuna necessità di aiuto per quanto riguarda gli altri atti ordinari della vita quale vestirsi/svestirsi,

per mangiare (l'assicurata non ha la necessità di farsi servire i pasti a letto, né di farsi tagliare gli alimenti e farsi aiutare a portarli alla bocca), per pettinarsi ed andare al gabinetto. Dal questionario emerge inoltre che l'interessata abbisogna di cure permanenti di giorno e necessita di una sorveglianza personale di giorno (cfr. doc. 1). Nella parte dedicata alle constatazioni del medico, il Dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna di \_\_\_\_\_, ha indicato la diagnosi di sindrome del dolore cronico in stato dopo decompressione per canale spinale stretto operato il 12.02 senza successo e una depressione reattiva cronicizzata. Egli ha poi confermato che le indicazioni sulla grande invalidità esposte dall'assicurata corrispondono alle sue constatazioni, che lo stato di salute non può essere migliorato con provvedimenti sanitari e che la prognosi è sfavorevole (cfr. doc. 1 pag. 4). L'UAI ha ordinato l'esecuzione di un'inchiesta domiciliare. Con rapporto 18 maggio 2004 l'assistente sociale ha rilevato quanto segue: " (...) Incontro la signora RI 1 al proprio domicilio in compagnia del marito. All'inizio del colloquio, la signora mi racconta dei numerosi interventi (circa 20) che ha dovuto subire durante la sua vita. L'assicurata soffre della sindrome del dolore cronico in stato dopo decompressione per canale spinale stretto, operato il 12 febbraio 2003 senza successo.

**3.1.1 VESTIRSI - SVESTIRSI** Per quanto concerne l'atto, la signora riesce a svolgerlo in modo autonomo.

**3.1.2 ALZARSI - SEDERSI - CORICARSI** La signora RI 1 sostiene che da ottobre 2001 ha bisogno di aiuto nello svolgimento totale dell'atto. Nel momento in cui il dolore diviene troppo forte per essere sopportato, necessita dell'aiuto del marito per alzarsi, sedersi e coricarsi. Quasi tutti i giorni ha un momento in cui l'aiuto è indispensabile.

**3.1.3 MANGIARE (PASTI PREPARATI NORMALMENTE)** Dal formulario di richiesta AGI, la signora RI 1 risulta autonoma per quanto riguarda il taglio degli alimenti. Durante il colloquio invece l'assicurata sostiene di avere poca forza nelle mani a causa di un problema e per questo motivo, di non riuscire nel taglio degli alimenti. Le è stato consigliato l'intervento chirurgico che lei non ha nessuna voglia di subire. Ho cercato di saperne di più sull'argomento ma l'assicurata non ricorda né il nome della patologia e tantomeno è in possesso di un certificato medico che la possa confermare.

**3.1.4 PROVVEDERE ALLA PROPRIA PULIZIA PERSONALE** La signora riesce a provvedere alla propria pulizia personale quotidiana in modo autonomo. La doccia riesce a farla da sola ma necessita la presenza del marito in caso di bisogno.

**3.1.5 ANDARE AL GABINETTO** Per quanto riguarda l'atto, la signora è completamente autonoma sia per la pulizia personale che per il riordino dei vestiti.

**3.1.6 SPOSTARSI** In casa la signora RI 1 riesce a spostarsi in modo autonomo aiutandosi con il bastone. La notte assume regolarmente del sonnifero e a causa dello stato confusionale in cui si trova, necessita di aiuto di terzi per andare al gabinetto. Senza l'accompagnamento del marito, la signora dice di non sentirsi sicura di andare fuori casa. La signora cammina lentamente e la sua paura è quella di non riuscire ad attraversare le strisce pedonali prima del rosso.

**3.2 L'ASSICURATO NECESSITA DI CURE PERMANENTI?** L'assicurata provvede personalmente all'assunzione quotidiana dei medicinali.

**3.3 L'ASSICURATO NECESSITA DI SORVEGLIANZA PERSONALE?** No, la signora RI 1 non necessita di sorveglianza personale anche se sostiene di sentirsi più sicura con la presenza costante del marito.

**PROPOSTA DI DECISIONE** Le condizioni per l'assegnazione di un AGI non sono assolte in quanto la signora RI 1 risulta dipendere da terzi per 3 atti ordinari della vita: l'alzarsi-sedersi-coricarsi, il mangiare e lo spostarsi. Inoltre, anche per quanto riguarda gli atti sopraccitati, non ho nessun rapporto medico che li possa confermare. Si tratta pertanto di un rifiuto ." (Doc. 5a) In esito alle succitate conclusioni, l'amministrazione ha dunque negato l'erogazione di un assegno per grandi

invalidi poiché l'assicurata non necessita di aiuto regolare e notevole da parte di terzi per gli atti quotidiani della vita tale da giustificare il riconoscimento di un assegno di grado medio, visto che la stessa necessita di aiuto di terzi per compiere 3 atti (alzarsi/sedersi/coricarsi, mangiare e spostarsi) ma non necessita di sorveglianza personale continua. 8. Con il ricorso l'assicurata ha contestato le risultanze dell'inchiesta domiciliare, che, a suo parere, non ha tenuto conto delle difficoltà riscontrate nell'espletamento di tutti gli atti ordinari, probabilmente a causa della grande dignità e rispetto di se stessa con la quale si è presentata all'incaricata. L'assicurata ha inoltre osservato che nell'inchiesta domiciliare non è stato preso dovutamente in considerazione l'aspetto psicologico (cfr. doc. I). Nel caso in esame, al fine di valutare i presupposti per l'erogazione di un assegno per grandi invalidi e conformemente alla prassi, l'assistente sociale si è dunque recata al domicilio dell'assicurata. Come rettamente rilevato dall'amministrazione in sede di risposta, l'incaricata redige un rapporto relativo all'indagine eseguita e non un verbale soggetto a rapporto. Al riguardo, va rilevato che nella già citata sentenza pubblicata in DTF 128 V 93, l'Alta Corte ha stabilito che un rapporto d'inchiesta dell'ufficio AI acquista valore probatorio, in analogia alla giurisprudenza in merito alla fedefacenza dei rapporti medici (DTF 125 V 352 consid. 3a), se sono adempiuti determinati fattori (in questo senso TCA 32.2002.115 in re M. del 20 maggio 2003 confermata dal TFA con sentenza 2 novembre 2004 I 458/03). Innanzitutto, secondo l'Alta Corte, l'estensore dell'inchiesta (in casi si trattava appunto di un'inchiesta sulla durata e l'intensità dell'assistenza per cure a domicilio) deve essere una persona qualificata, che conosca il contesto in cui la persona bisognosa di cura vive, nonché le affezioni (diagnosi) e limitazioni mediche. Nel rapporto devono essere contenute le indicazioni ricevute dall'assicurato e, se è il caso, le opinioni divergenti delle parti coinvolte nell'inchiesta. Il testo del relativo rapporto deve essere inoltre plausibile, dettagliato e motivato in merito ai singoli provvedimenti di cura ed assistenza da prendere in considerazione e inoltre deve corrispondere alle indicazioni acquisite in loco. Se ciò è il caso, allora il rapporto d'inchiesta acquisisce valore probatorio pieno. Tuttavia, continua il TFA, il giudice delle assicurazioni sociali interviene solo in presenza di valutazioni chiaramente insostenibili, errate. Questo in considerazione del fatto che la persona competente che ha eseguito l'inchiesta possiede una conoscenza maggiore della fattispecie che il tribunale chiamato in causa a seguito di un ricorso (DTF 128 V 93 consid. 4). Il TFA ha ancora avuto modo di ribadire questi concetti nella citata sentenza 2 novembre 2004 nella causa M., I 458/03, nella quale l'Alta Corte, confermando quanto già stabilito dal TCA in una sentenza del 20 maggio 2003, inc. 32.2002.115, ha confermato la decisione di negare ad un'assicurata il diritto ad un assegno grandi invalidi dato che ella risultava dipendere da terzi solo per il compimento di un atto ordinario della vita, come emerso dall'inchiesta domiciliare contestata dalla ricorrente. Nel caso in esame, l'inchiesta è stata svolta per conto dell'Ufficio AI dall'assistente sociale, persona senz'altro qualificata per poter compiere simili accertamenti. Essa ha dunque riportato quanto riferito dall'assicurata in merito all'espletamento degli atti ordinari, mentre le difficoltà asserite ora in sede di gravame non trovano alcuna conferma nel rapporto 18 maggio 2004, né tantomeno nella documentazione medica depositata agli atti. L'incaricata si è basata sulla documentazione medica agli atti nel constatare che l'interessata necessita un regolare aiuto di terzi per quel che concerne l'alzarsi/sedersi/coricarsi, il mangiare e lo spostarsi, escludendo del resto la necessità di una sorveglianza personale. Il TCA non ha motivo per ritenere errate o insostenibili le valutazioni espresse dall'incaricata, competente in materia, che non sono smentite da nessuna certificazione medica agli atti. Ciò anche sulla base delle

considerazioni che seguono. Al fine di meglio precisare la fattispecie, il TCA ha invitato il rappresentante dell'assicurata a produrre la documentazione medica attestante gli interventi chirurgici subiti dalla sua assistita e le limitazioni funzionali di cui soffre (cfr. doc. V). Il rappresentante dell'assicurata ha quindi chiesto al medico curante di RI 1, Dr. \_\_\_\_\_, di rispondere alle richieste del TCA. Con scritto del 18 aprile 2005 il Dr. \_\_\_\_\_ ha comunicato quanto segue: " La paziente sopraccitata si è presentata presso la mia consultazione in data 15.04.05 al fine di allestire un certificato medico come da voi richiesto. Come potete vedere dai rapporti allegati si tratta di una paziente 68enne alla quale a seguito di dolori invalidanti agli arti inferiori è stato diagnosticato un canale spinale stretto a livello L4/L5 che è stato operato tramite intervento di decompressione bilaterale in data 18.11.02. Purtroppo dopo un iniziale miglioramento della sintomatologia i dolori si sono nuovamente cronicizzati tanto da diventare invalidanti e questo nonostante un'importante farmacoterapia classica nonché tramite derivati morfiniti ad alto dosaggio. A complicare la situazione c'è pure una polineuropatia periferica molto dolorosa e fastidiosa ed uno stato depressivo reattivo. La paziente a seguito dei suoi dolori è notevolmente limitata nelle attività domestiche che vengono in gran parte svolte dal marito il quale deve accompagnare la paziente tutte le volte che quest'ultima esce di casa anche per piccoli spostamenti. Liberato dal segreto medico da parte della paziente mi permetto d'allegare copia dell'ultimo rapporto di degenza all'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dove si può vedere come i dolori della paziente siano così importanti tanto che la stessa è stata inviata per ulteriori terapie dal Collega Dr. \_\_\_\_\_ specialista nel dolore cronico. All'arrivo per la visita nel mio studio il 15.04.05 alla paziente era stato fornito un apparecchio speciale (Tens) per cercare d'alleviare i suoi dolori. Al momento è ancora troppo presto per esprimere un parere sull'evoluzione della malattia." (Doc. VI) Il curante ha trasmesso al TCA un rapporto 11 dicembre 2002 inviatogli dal Dr. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ presso l'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, relativo alla degenza dell'assicurata presso il citato ospedale dal 14 novembre 2002 al 22 novembre 2002 (cfr. doc. VI I) da cui si evidenzia la patologia e l'iter dell'intervento subito il 18 novembre 2002. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha pure trasmesso al TCA un rapporto redatto dal Prof. Dr. Med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove l'assicurata è stata ricoverata dal 23 marzo 2005 al 2 aprile 2005, del seguente tenore: " Trattasi di una paziente con multipli fattori di rischio cardiovascolari. Da due giorni lamenta delle parestesie all'arto superiore e inferiore destro, lamenta inoltre un episodio di dispnea acuta con dispnea da sforzo e ortopnea. Agli esami di laboratorio d'ingresso si riscontra una troponina positiva a 0,34 ng/ml. L'Ecg non mostra modificazioni di carattere ischemico anche nel decorso, invece si assiste a una bradicardia estrema di origine verosimilmente medicamentosa (Metoprololo e Floxifral). Dopo sospensione del Metoprololo assistiamo alla normalizzazione della frequenza cardiaca e del tratto QT e consigliamo al medico curante di controllare nel prossimo futuro il QT ed eventualmente, in caso di allungamento, sospendere il Floxifral. Si decide, d'accordo con il nostro cardiologo, di eseguire una coronarografia, la quale è risultata normale. Interpretiamo quindi gli enzimi cardiaci positivizzati su bradicardia estrema. Per quanto riguarda il diabete abbiamo osservato valori glicemici del tutto normali anche senza terapia antidiabetica orale. Presentando la paziente diversi fattori di rischio e accusando parestesie all'emicorpo dx con cedimento della gamba dx e diminuzione della forza al braccio dx abbiamo eseguito una TAC cerebri che ha escluso lesioni emorragiche o ischemiche del parenchima cerebrale. In fossa cranica posteriore è presente una formazione iperdensa ovalare millimetrica periventricolare che in prima ipotesi è compatibile con un aneurisma calcificato. Il duplex dei vasi precranici

mostra un'ateromatosi a livello carotideo bilaterale senza creare tuttavia stenosi significative. L'Holter ECG non ha mostrato aritmie maggiori, né episodi di fibrillazione atriale. Dato il sospetto clinico di un evento cerebrovascolare minore è stata introdotta un'antiaggregazione. Data la presenza di dolori lombari cronici refrattari alla terapia finora assunta abbiamo coinvolto il Dr. \_\_\_\_\_, anestesista e specialista del dolore, per una presa a carico specialistica, che visiterà la paziente ambulatorialmente." (Doc. VI/L) A prescindere dal fatto che secondo costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa – ossia il 17 agosto 2004 - e che i fatti accaduti posteriormente modificante questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento ( DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102), la nuova documentazione medica non è rilevante ai fini dell'esito della presente fattispecie. Come rettamente rilevato dal Dr. \_\_\_\_\_ nella nota 12 maggio 2005 (cfr. doc. VIII bis), i rapporti trasmessi dal Dr. \_\_\_\_\_ al TCA non apportano nuovi elementi di giudizio. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha infatti espresso le seguenti osservazioni: " (...) Rapporto d'inchiesta per AGI dell'8.05.04 eseguita dalla signora \_\_\_\_\_. Si descrive la situazione risultante dal colloquio con l'assicurata e con la valutazione diretta della correlazione dei dati "sanitari" con quelli valetudinari. Si conclude: - autonomia per l'atto del vestirsi e svestirsi - affermazione di necessità di aiuto per alzarsi, sedersi coricarsi - affermazione di necessità per tagliare alimenti per poca forza nelle mani e di previsto intervento chirurgico non meglio precisato - pulizia personale autonoma, necessità della presenza del marito in caso di bisogno. - andare al gabinetto in autonomia - spostamenti autonomi, malgrado bastone, ma aiuto di notte a causa dei sonniferi. - insicurezza negli spostamenti all'esterno - nessun problema per l'assunzione di medicinali - nessuna necessità di sorveglianza In base ai documenti a disposizione si poteva ammettere la necessità di aiuto per l'espletamento delle funzioni di casalinga e, nel contempo che la funzionalità fosse sufficiente per compiere gli atti ordinari della vita. Con una sindrome dolorosa dopo intervento neurochirurgico, come descritto, si comprende come certi atti possano essere rallentati, ma non richiedenti aiuti particolari, come il vestirsi/svestirsi, l'alzarsi/coricarsi e il cambiamento di posizione (sedersi/alzarsi). Non è descritta alcuna patologia che giustifichi la necessità di aiuto per il taglio di alimenti (si ricorda che la patologia descritta colpisce la colonna e gli arti inferiori). Per quanto riguarda la doccia, con l'apposito sgabello che si può inserire nella struttura, una sorveglianza/assistenza non si rende necessaria. Questo è avvalorato dal fatto che comunque l'atto del vestirsi e dell'igiene personale risultano autonomi. Sempre in base alla certificazione si può giustificare l'accompagnamento fuori dall'abitazione. In fase d'opposizione non sono stati prodotti certificati/rapporti medici che potessero giustificare una valutazione diversa." Dopo esame dei Rapporti medici trasmessi dal dott. \_\_\_\_\_ il dott. \_\_\_\_\_ evidenzia come: " Si deve osservare che dai documenti prodotti attualmente si può rilevare unicamente una diminuzione di forza prensile distale all'arto superiore dx. constatato all'entrata in ospedale dopo evento acuto risalente a due giorni prima del ricovero (marzo 2005). Indipendentemente dal fatto che tale evento si è verificato molto dopo l'introduzione del ricorso, ancora non si sa quale sia lo stato attuale, cioè se il disturbo "prensile" è regredito o meno. Si commenta comunque che l'evento è stato definito "minore" e che il deficit era molto ridotto in confronto a quello che succede generalmente con TIA (attacco ischemico transitorio) e ictus. Nei casi di TIA e di eventi minori, in genere, il deficit regredisce completamente nello spazio di poco tempo. Non vi sono dunque

documenti che possano far attestare, anche dopo tale evento, l'insorgenza di danni funzionali di lunga durata limitanti le possibilità di compiere gli atti ordinari della vita in modo più rilevante di quanto già constatato. Una breve nota ancora per quanto riguarda il diabete mellito: si tratta di un diabete che non richiede insulina, ma solo antidiabetici orali, e di dieta. È però ora consensuale che la dieta diabetica non comporti la preparazione di cibi speciali o una composizione particolare, ma che è utile un'alimentazione variata, bilanciata qualitativamente e quantitativamente. Principio alimentare valido per tutti e non solo per i diabetici. Dal lato medico non costituisce questo motivo di differenza particolare nella preparazione dei pasti." (Doc. VIII/bis) 9. Da quanto precede, questo TCA non può che concludere che dalla documentazione medica trasmessa dal Dr. \_\_\_\_\_ non si possano dedurre ulteriori limitazioni rispetto a quelle già apprezzate in sede di decisione che possano giustificare il riconoscimento di un grado di grande invalidità. L'assicurata, che presenta uno stato dopo intervento della colonna, sindrome dolorosa, depressione e polineuropatia, necessita, come rilevato dal Dr. \_\_\_\_\_, di un tempo maggiore per effettuare atti quali il vestirsi-svestirsi, l'alzarsi-coricarsi, il sedersi-alzarsi, atti che risultano quindi rallentati a causa della sindrome dolorosa dopo intervento neurochirurgico di cui è affetta. Secondo la giurisprudenza, se a ragione dell'infermità determinati atti sono rallentati, ciò non basta per ammettere una grande invalidità (RCC 1989 pag. 228 e 1986 pag. 507 STFA citata in re M.). Dalle attestazioni mediche all'inserimento non emerge nessuna patologia che giustifichi la necessità di aiuto per il taglio di alimenti (la patologia descritta colpisce la colonna e gli arti inferiori), né particolari problemi per quanto riguarda il fare la doccia, atto che tramite l'apposizione di uno sgabello nella struttura non necessita di una sorveglianza ed assistenza particolari. Parimenti l'atto del vestirsi e dell'igiene personale risultano autonomi, come rilevato dall'assistente sociale nell'inchiesta domiciliare (cfr. doc. 5a). Nonostante la diminuzione di forza prensile distale all'arto superiore destro constatato nel marzo 2005 (e quindi posteriormente all'emanazione della decisione su opposizione impugnata) il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che non vi sono agli atti documenti che possano attestare l'insorgenza di danni funzionali di lunga durata che limitino in maniera maggiore rispetto a quanto già valutato durante l'inchiesta domiciliare le possibilità dell'assicurata di compiere gli atti ordinari della vita. Inoltre, il Dr. \_\_\_\_\_ ha rammentato che il diabete mellito di cui soffre l'assicurata non necessita di insulina, ma solo di antidiabetici orali e di una dieta variata (cfr. doc. VIII bis). Infine, da nessun certificato medico agli atti emerge che l'assicurata necessiti una sorveglianza personale permanente, né di un aiuto regolare e notevole di terzi per compiere degli atti ordinari della vita. Anche quanto attestato dal Dr. \_\_\_\_\_ non permette di giungere ad una differente conclusione. Va infatti rilevato che il fatto che l'assicurata dipenda da terzi per i suoi spostamenti è già stato tenuto in considerazione nell'inchiesta domiciliare agli atti (cfr. doc. 5a) e nella decisione oggetto della presente vertenza. 10. In conclusione, sulla base dell'inchiesta 18 maggio 2004, cui va dato pieno valore probatorio (cfr. consid. 8.), ritenuto che perlomeno fino al momento della decisione contestata l'assicurata necessita di regolare aiuto di terzi per alzarsi/sedersi/coricarsi, mangiare e spostarsi, ma senza necessità di una sorveglianza personale permanente, l'amministrazione retta non ha erogato un assegno per grandi invalidi. Pertanto, visti i considerandi precedenti, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.