

## **TI\_GERICHTE 30.2012.38 vom 21. Mai 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-05-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_30.2012.38\\_d20120521](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_30.2012.38_d20120521)

FR: TI\_GERICHTE 30.2012.38 du 21 mai 2012

IT: TI\_GERICHTE 30.2012.38 del 21 maggio 2012

### **Regeste**

Richiesta di aumento dell'assegno per grandi invalidi dell'AVS da grado medio a grado elevato. Ricorso accolto e atti rinviati all'amministrazione per determinare la data esatta dell'avvenuto peggioramento dello stato di salute

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

dell' art. 43bis LAVS, le disposizioni della 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. Secondo l'art. 9 LPG – che ha ripreso la definizione contenuta nell'art. 42 vLAI (DTF 133 V 450) – è considerato grande invalido 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. La giurisprudenza ha precisato che l'aiuto di cui abbisogna l'assicurato può essere inteso sia come aiuto diretto di terzi che come sorveglianza dell'assicurato durante il compimento degli atti ordinari rilevanti della vita, per esempio quando la persona che lo sorveglia lo esorta a compiere un atto che rimarrebbe incompiuto senza l'espresso incitamento di un terzo a causa dello stato psichico dell'assicurato (cosiddetto aiuto indiretto; DTF 133 V 463; STF 8C\_479/2007 del 4 gennaio 2008; DTF 121 V 91; 107 V 149). Gli atti ordinari della vita sono i seguenti (DTF 127 V 97; DTF 125 V 303; DTF 117 V 146 consid. 2.): - vestirsi/svestirsi - alzarsi/sedersi/corcarsi - mangiare - provvedere all'igiene personale - andare al gabinetto - spostarsi (in casa e all'esterno) e stabilire contatti. Per atti che permettono di stabilire dei contatti sociali con l'ambiente la giurisprudenza ha precisato che bisogna intendere il comportamento normale all'interno della società così come richiesto dall'esistenza quotidiana (DTF 117 V 27 e 146, 105 V 52, 104 V 127). L'art. 37 cpv. 1 OAI stabilisce che la grande invalidità è reputata di grado elevato se l'assicurato è totalmente grande invalido. Ciò è il caso quando necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi per compiere tutti gli atti ordinari della vita e il suo stato richiede inoltre cure permanenti o una sorveglianza personale (cpv. 1). Per il capoverso 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 OAI. 4. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPG, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa,

d'ufficio o su richiesta. A norma dell'art. 17 cpv. 2 LPGA ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Per l'art. 66bis cpv. 2 OAVS gli articoli 87-88bis OAI sono applicabili per analogia alla revisione dell'assegno per grandi invalidi. Per l'art. 87 cpv. 3 OAI se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il volume dell'assistenza dovuta all'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alla prestazione (tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011). Nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012 l'art. 87 cpv. 2 OAI prevede che se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. A norma dell'art. 88a cpv. 2 OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011, se la capacità al guadagno o la capacità a svolgere le mansioni consuete peggiora oppure se la grande invalidità si aggrava o l'assistenza dovuta all'invalidità aumenta, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29bis è applicabile per analogia. L'art. 88a cpv. 2 OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29bis è applicabile per analogia. 5. Dalle tavole processuali emerge che l'interessato è affetto, da diversi anni, da numerose e gravi patologie (astenia ingravescente probabilmente multifattoriale, adenoma paratiroidico intra-mediastinico anteriore pre-aortico a destra (scintigrafia giugno 2006, \_\_\_\_\_), cardiopatia ischemico-ipertensiva, sospetta BPCO su pregresso abuso di nicotina, sindrome depressiva reattiva, lievi sintomi extrapiramidali con rigor asimmetrico e tremor, glaucoma ipertensivo bilaterale, stato dopo attacchi di gotta recidivanti, stato dopo polmonite, sindrome lombo vertebrale cronica su alterazioni degenerative delle faccette articolari, insufficienza renale cronica di origine multifattoriale, stato dopo TUR-P e TUR-V su carcinoma papillare uroteliale, 5.2005, stato dopo gastrite antrale trattata con inibitori della pompa a protoni; cfr. doc. 11-2/3). Accertata la necessità di dipendenza da terzi per compiere quattro atti ordinari della vita (vestirsi/svestirsi, lavarsi, andare alla toilette, spostarsi) e di una sorveglianza personale continua, l'amministrazione gli ha riconosciuto, nel 2008, un assegno per grandi invalidi di grado medio con effetto dal mese di aprile 2007 (doc. AI 13). Il 15 settembre 2011 l'insorgente ha inoltrato una domanda per ottenere un assegno di grado elevato (doc. 19-1), rispondendo alle domande figuranti nel formulario. Alla domanda: a causa della grande invalidità e malgrado l'uso di mezzi ausiliari, necessita dell'aiuto diretto ("fisico") o indiretto (stimolazione) regolare e notevole da parte di terzi per compiere gli atti ordinari della vita?, al punto 4.1.3 ha così risposto: - per motivi di salute i pasti devono essere serviti a letto? No, solo se in clinica. - gli alimenti devono essere tagliati: (05.2010); sì, dipende dagli alimenti - il cibo deve essere portato alla bocca? No - può nutrirsi solo di alimenti speciali (frullati, via

sonda-addominale?): (07.2011); dieta senza sale e ipopotassica Alla domanda 8.6: “ quanto indicato alla cifra 4, anche nell’ambito della necessità di aiuto di terzi, coincide con i reperti da lei rilevati? ”, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna generale, medico curante del ricorrente, il 12 settembre 2011, ha risposto affermativamente (doc. 19-6). Il 30 marzo 2012 l’assistente sociale ha eseguito un accertamento presso il ricorrente (doc. 20). Dal rapporto del 13 aprile 2012, a proposito dell’atto del mangiare, figura: " Nell’incontro la moglie riferisce che il marito non riscontra difficoltà sia nel tagliare sia nel portare il cibo alla bocca in maniera autonoma. Tuttavia, essa evidenzia che l’assicurato, al sopraggiungere delle infezioni, risulta molto debole e per alcuni giorni necessita del suo aiuto per essere imboccato. L’aiuto prestato dalla moglie non è regolare e pertanto non giustifica il riconoscimento dell’atto." (doc. 20-3) Il 3 maggio 2012 il dr. med. \_\_\_\_\_, medico assistente presso l’\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, del servizio sociale dell’\_\_\_\_\_, hanno affermato: " Sembra che il signore sopraccitato non abbia diritto ad un aumento del grado dell’AGI (da medio a elevato) perché dall’inchiesta risulta che è autonomo nell’atto del mangiare. Ho discusso con la moglie, con i medici e il personale curante: dallo scorso mese di maggio 2011 (vedi date allegate) dopo l’ennesima degenza ospedaliera vi è stato un notevole peggioramento delle condizioni di salute. Dal mese di agosto 2011 ha iniziato ad essere sottoposto a emodialisi 3 volte per settimana e anche queste cure hanno “influenzato” ulteriormente la sua salute “psicofisica”. Sicuramente a partire da questa data è dipendente nei suoi atti quotidiano al 100%. Per l’atto del mangiare: credo che vi è stato, quando è stata fatta l’inchiesta, un malinteso. Effettivamente alcune volte, ma molto, molto raramente, il signor RI 1 riesce a mangiare senza essere imboccato. Non sempre usa le posate e quando le usa ci mette moltissimo tempo a portare il boccone di cibo dal piatto alla bocca. E’ molto debole e provato dalle sue precarie condizioni di salute. La moglie cerca di cucinare cibi poco solidi, deve tagliare la carne e tritare o frullare alcuni alimenti. Preciso che non può mangiare certi alimenti a causa dell’insufficienza renale molto grave (vedi certificati medici). Dall’inizio dell’emodialisi è depresso: deve essere stimolato e sorvegliato. Non ha appetito e la moglie deve quasi sempre “obbligarlo” ad alimentarsi." (doc. 22-1) Il

#### **E. 10**

dicembre 2012 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato:

#### **E. 13**

giugno 2012 l’assistente del servizio sociale \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ i, ha confermato quanto già attestato in precedenza, rammentando che l’insorgente deve “ essere sorvegliato permanentemente, deve alimentarsi con cibi non solidi, se dovessero essere solidi una terza persona deve tagliare questi alimenti ” ed ha domandato di accogliere la richiesta di aumento dell’assegno “ a partire dallo scorso mese di agosto 2011 ” (doc. 27-1).

\_\_\_\_\_ ha inoltre prodotto un e-mail del 7 giugno 2012 del dr. med. \_\_\_\_\_ che ha affermato: " (...) Trattasi in effetti di un paziente che seguo ormai da oltre 25 anni (!!!) per una patologia molto grave ed assolutamente molto invalidante, malgrado le cure e le attenzioni che sua moglie \_\_\_\_\_, le assicura quotidianamente con un’intensità assolutamente ammirevole. Il signor RI 1 presenta una grave patologia cardiaca ischemica, ipertensiva e secondaria a disturbi del ritmo che hanno necessitato di numerosi interventi terapeutici specialistici e numerosissimi ricoveri in ambito acuto (vedi ampia documentazione a disposizione). Ancora di recente il signor RI 1 è stato ricoverato con uno stato di scompenso acuto cardiaco. Presenta pure una problematica di insufficienza

respiratoria con broncopatia cronico-ostruttiva, che lo limita in tutte le azioni della vita quotidiana e che conseguentemente impone in modo assoluto il sostegno da parte di terzi (nel caso specifico della moglie). Il signor RI 1 soffre inoltre di un'insufficienza renale progressiva e ora terminale (funzionalità renale completamente compromessa) che necessita da qualche mese di emodialisi nella frequenza di 3 volte alla settimana.

L'accompagnamento del paziente all'ospedale con uno sforzo non indifferente, considerato che è mobilizzato unicamente in carrozzella, è a carico della moglie. Il paziente presenta pure una severa poliartrite invalidante prevalentemente del dorso e a livello delle anche e della ginocchia. Anche questo fattore limita evidentemente l'autosufficienza del paziente e soprattutto limita le possibilità di aiuto delle persone che se ne occupano regolarmente. Ricordo ancora che il paziente assume da molti anni psicofarmaci a seguito di problematiche ansioso-depressive di origine endogena e comprensibilmente reattiva al grave stato di salute che ha contraddistinto gli ultimi decenni della sua vita. Non mi soffermo volutamente sui dettagli che impediscono il signor RI 1 di assicurarsi una vita indipendente, perché probabilmente dovrei soffermarmi molto a lungo. Voglio solo ricordare che l'aiuto ed il sostegno prodigato dalla signora RI 1, è ammirevole ed assolutamente molto impegnativo per intensità psico-fisica e durata. Credo che il paziente sia comunque e ben volentieri a disposizione per una consultazione medico-specialistica, nel caso l'ente assicurativo AI lo ritenesse necessario. Anch'io resto a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione di dettaglio, certo che una rivalutazione oggettiva di questo caso molto particolare, porti ad una revisione della decisione attuale che è evidentemente da ritenersi indubbiamente scorretta e non rispettosa della realtà dei trascorsi del paziente e dei suoi familiari." (doc. 27-4) L'11 settembre 2012 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha affermato che il rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ non contiene nuovi elementi (doc. 29-1). Il 27 novembre 2012 il dr. med. \_\_\_\_\_ FMH medicina interna generale, medico curante del ricorrente, ha affermato: "(...) Con la presente attesto che il summenzionato paziente da più anni è assolutamente dipendente in tutte le attività della vita quotidiana. Da più mesi il paziente ha presentato un peggioramento notevole delle sue condizioni generali che l'hanno portato ad essere dipendente anche nel mangiare con dipendenza da una terza persona in modo regolare. Il paziente presenta una polipatologia molto complessa e severa associata ad una dipendenza dei trattamenti di dialisi due-tre volte alla settimana presso l'Ospedale \_\_\_\_\_. La sua richiesta assicurativa va quindi indubbiamente sostenuta in quanto è evidentemente dipendente da terze persone nello svolgimento di qualsiasi attività. Sottolineo ancora il fatto che il paziente è già stato dipendente anche in anni passati e non ha mai beneficiato di alcun riconoscimento adeguato in questo senso." (doc. L2) Il 10 dicembre 2012 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato: " Dall'attuale certificato del dr. \_\_\_\_\_ risulta possibile peggioramento "da più mesi", peggioramento che comporta anche la dipendenza nel mangiare. Valutazione: - possibile peggioramento stato di salute - la data esatta del peggioramento è da stabilire con la pure presenza di dipendenza nel mangiare" (doc. VII/Bis) 6. In DTF 128 V 93 (cfr. pure DTF 130 V 61 seg., consid. 6.1 e 6.2), l'Alta Corte ha stabilito che un rapporto d'inchiesta dell'ufficio AI acquista valore probatorio, in analogia alla giurisprudenza in merito alla fedeltà dei rapporti medici (DTF 125 V 352 consid. 3a), se sono adempiuti determinati fattori. Innanzitutto, secondo l'Alta Corte, l'estensore dell'inchiesta deve essere una persona qualificata, che conosca il contesto in cui la persona bisognosa di cura vive, nonché le affezioni (diagnosi) e limitazioni mediche. 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 l'Alta Corte, 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). 7. Va ancora evidenziato che in DTF 117 V 146 l'Alta Corte ha stabilito che il bisogno di aiuto deve essere ammesso anche se l'assicurato può ancora adempiere una funzione parziale che non gli è di alcuna utilità, affermando al consid. 3b: " b) Zu prüfen ist im weiteren die Hilfsbedürftigkeit in der Lebensverrichtung "Aufstehen, Absitzen, Abliegen". Dass ein Paraplegiker in der Regel absitzen und abliegen kann, steht fest und wird auch vom Beschwerdeführer nicht in Abrede gestellt. Mit Bezug auf die Teilfunktion Aufstehen ist vorab festzuhalten, dass darunter nicht nur das Sicherheben verstanden werden kann. Denn das Aufstehen ist in den seltensten Fällen Selbstzweck; vielmehr steht man in der Regel auf, um anschliessend etwas in stehender Position zu tun: mit jemandem sprechen, einen Gegenstand zu sich nehmen, eine Tür oder ein Fenster öffnen usw. Es ist nun nicht zu übersehen, dass die Bewältigung dieser Funktion für einen Paraplegiker, auch wenn er an sich noch aufstehen könnte, wesentlich ihren Sinn verloren hat, weil er damit nichts erreichen kann: Da die Muskeln im Bereich der gelähmten Körperpartie völlig fehlen, ist der Paraplegiker, einmal aufgestanden, nicht in der Lage, sich Dritten oder Gegenständen zuzuwenden, sondern er ist damit beschäftigt, sich mit den Händen im Gleichgewicht zu halten. Er kann zwar vielleicht noch aufstehen, aber sicher nicht mehr aufrecht stehen. Die Teilfunktion Aufstehen ist für ihn daher nutzlos. Nach der Rechtsprechung ist die Hilfsbedürftigkeit auch dann zu bejahen, wenn ein Versicherter eine Lebensverrichtung nur noch auf eine nicht übliche Art und Weise ausführen kann (BGE 106 V 158 Erw. 2b). Es besteht kein Anlass, in rechtlicher Hinsicht danach zu unterscheiden, ob ein Versicherter eine Teilfunktion als solche nicht mehr bzw. nur noch auf unübliche Weise wahrnehmen oder ob er sie zwar noch ausüben kann, von ihr jedoch keinen Nutzen mehr hat. Vielmehr ist die Hilfsbedürftigkeit auch dann zu bejahen, wenn eine Teilfunktion zwar noch möglich, für den Versicherten jedoch ihres Sinnes entleert ist. Im vorliegenden Fall ist daher eine erhebliche Hilfsbedürftigkeit in der Teilfunktion Aufstehen und damit bei der Lebensverrichtung Aufstehen, Absitzen, Abliegen gegeben. Daran ändert nichts, dass dem Beschwerdeführer als Hilfsmittel eine Levo-Aufricht- und Stehhilfe im Rollstuhl zugesprochen wurde. Dieses Hilfsmittel, das dem Versicherten das Aufrechtstehen bis zu einem gewissen Grad ermöglichen dürfte, ist nur an einem bestimmten Ort und nicht überall dort verfügbar, wo er sich hinbegibt und aufrecht stehen sollte. Auch wenn die Levo-Aufricht- und Stehhilfe auf einem Fahrstuhl montiert ist, verbleiben viele Situationen, in welchen der Versicherte von diesem Behelf keinen Gebrauch machen kann, weil er aufgrund der Schwierigkeiten beim Transport lediglich den leichteren gewöhnlichen Fahrstuhl mit sich führen kann.“ In DTF 121 V 88 l'Alta Corte ha ribadito che per gli atti quotidiani della vita che comprendono diversi atti parziali non è richiesto che l'assicurato nella maggior parte di essi necessiti di aiuto regolare di terzi; è richiesto che l'assicurato, per una di queste funzioni parziali, regolarmente ed in maniera importante, necessiti dell'aiuto diretto od indiretto di una terza persona. In tal senso, per l'atto del mangiare, l'aiuto è importante se l'assicurato può mangiare da solo, ma non può tagliare il cibo o può

mangiarlo solo con le mani. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), ha affermato: " Bei Lebensverrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, ist nach der Rechtsprechung (BGE 117 V 148 Erw. 2 mit Hinweisen) nicht verlangt, dass der Versicherte bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr ist bloss erforderlich, dass der Versicherte bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist. In diesem Sinne ist die Hilfe beispielsweise bereits erheblich: - beim Essen, wenn der Versicherte zwar selber essen, die Speisen aber nicht zerkleinern kann, oder wenn er die Speisen nur mit den Fingern zum Mund führen kann (BGE 106 V 158 Erw. 2b); - bei der Körperpflege, wenn der Versicherte sich nicht selber waschen oder kämmen oder rasieren oder nicht selber baden bzw. duschen kann; - bei Fortbewegung und Kontaktaufnahme, wenn der Versicherte im oder ausser Hause sich nicht selber fortbewegen kann oder wenn er bei der Kontaktaufnahme Dritthilfe benötigt." A questo proposito in DTF 106 V 153 l'Alta Corte ha stabilito che la grande invalidità è ammessa nonostante il fatto che l'assicurata, per il resto grande invalida, possa mangiare da sola portando il cibo alla bocca con le mani. L'allora TFA, al consid. 2a, ha affermato: « b) La commission de l'assurance-invalidité a fondé son prononcé négatif sur les données ressortant de la "Demande et questionnaire d'allocation pour impotent de l'AVS" figurant au dossier. Selon ce document, X avait besoin depuis 1970 de l'aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes de la vie, sauf pour manger; elle nécessitait une surveillance constante de la part du personnel soignant. Dans les actes de recours, les médecins de la Maison de Y exposent: que l'assurée a toujours été totalement dépendante d'autrui pour se laver, s'habiller, se rendre aux toilettes et prendre ses repas; que, sur ce dernier point, l'aide que le personnel de l'établissement lui apportait consistait à l'amener en fauteuil roulant à la salle à manger; que toutefois elle pouvait porter les aliments à sa bouche, en général avec les doigts; qu'elle est décédée en état grabataire. Il faut dès lors décider si l'on se trouve dans l'espèce en présence d'une assurée qui avait besoin de soins et d'une surveillance personnelle permanents, ainsi que d'une aide importante d'autrui dans tous les actes ordinaires de la vie, quand bien même, une fois amenée à la salle à manger et servie, elle pouvait porter les aliments à sa bouche d'une manière sinon esthétique, du moins efficace, sauf peut-être durant les dernières semaines de sa vie. Si l'intéressée, incapable d'utiliser des services, avait été nourrie par un tiers, la réponse serait sans nul doute affirmative. Or il serait inéquitable, sinon choquant, de refuser de lui accorder l'allocation pour impotent réclamée simplement parce qu'on la laissait s'en sortir toute seule et manger comme elle le pouvait, avec les doigts. Un refus serait d'autant moins compréhensible que l'assurance-invalidité octroie des subsides pour permettre aux jeunes assurés d'apprendre à accomplir normalement les actes ordinaires de la vie (art. 19 al. 1 LAI). De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux moeurs usuelles. Au demeurant, suivant les Directives concernant l'invalidité et l'impotence (valables dès le 1er janvier 1979), l'aide est réputée importante, s'agissant de l'acte consistant à manger, lorsque, sans elle, il est impossible à l'assuré de prendre les aliments, de les couper ou de les porter à la bouche (ch. 298.3) ...» In DTF 133 V 450, consid. 7.2, l'Alta Corte ha rammentato che l'aiuto di terzi può consistere in un aiuto indiretto, ossia in una sorveglianza della persona assicurata nel compiere gli atti ordinari della vita consistente nell'incitare l'interessato a compiere questo atto che, a causa del suo stato di salute psichico, senza l'intervento indiretto di un terzo, non avrebbe compiuto: " Danach kann die benötigte Hilfe nicht nur in direkter Dritthilfe, sondern auch bloss in Form einer Überwachung der versicherten Person bei Vornahme der

relevanten Lebensverrichtungen bestehen, indem etwa die Drittperson sie auffordert, eine Lebensverrichtung vorzunehmen, die sie wegen ihres psychischen Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde (indirekte Dritthilfe; BGE 121 V 88 E. 3c S. 91; BGE 107 V 145 E. 1c S. 149 und 136 E. 1b S. 139; BGE 106 V 157 f.; BGE 105 V 52 E. 4a S. 56; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 296/05 vom 29. Dezember 2005, E. 2.2.2)." Va infine segnalata la sentenza I 296/05 del 29 dicembre 2005 dove l'Alta Corte ha evidenziato l'importanza della collaborazione tra l'amministrazione ed il medico per stabilire se sono date le condizioni della grande invalidità: " 2.2.3 Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Verwaltung erforderlich. Ersterer hat anzugeben, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist. Der Versicherungsträger kann an Ort und Stelle weitere Abklärungen vornehmen. Bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der dauernden persönlichen Überwachung und der Pflege gemäss sein. Schliesslich hat er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben zu stehen. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 130 V 61 ff. Erw. 6.1.1 und 6.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a; RKUV 2003 Nr. U 487 S. 345 Erw. 5.1 [Urteil B. vom 5. Juni 2003, U 38/01])."

8. Questo Tribunale chiamato a verificare se la fattispecie è stata accuratamente vagliata dall'amministrazione, dopo attenta analisi della documentazione agli atti, non può confermare la decisione impugnata, e questo già solo alla luce della valutazione del 10 dicembre 2012 del dr. med. \_\_\_\_\_, medico SMR, il quale, dopo aver preso atto del certificato del dr. med. \_\_\_\_\_, medico curante dell'insorgente, del 27 novembre 2012, ha rilevato un possibile peggioramento dello stato di salute del ricorrente che comporta la necessità di stabilire la data esatta dell'avvenuta modifica dello stato valetudinario (doc. VII/Bis). A questo proposito nel suo referto, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che " da più mesi il paziente ha presentato un peggioramento notevole delle sue condizioni generali che l'hanno portato ad essere dipendente anche nel mangiare con dipendenza da una terza persona in modo regolare " (doc. L2). Contrariamente all'opinione dell'amministrazione (doc. VII+Bis), l'accertamento della data esatta del peggioramento dello stato di salute che ha comportato la necessità dell'aiuto di terzi nell'atto del mangiare non deve avvenire nell'ambito di un'eventuale procedura di revisione, ossia di un'altra procedura, ma deve essere risolta nell'ambito della vertenza in esame. Infatti, se è vero che

il certificato del medico curante è stato emesso il 27 novembre 2012, ossia successivamente all'emissione della decisione impugnata del 12 settembre 2012, d'altra parte il referto contiene elementi che fan ritenere un peggioramento dello stato di salute anteriore a tale data. Infatti il curante evidenzia che " da più mesi il paziente ha presentato un peggioramento notevole " (doc. L2). Secondo costante giurisprudenza, 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 (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). In concreto il peggioramento attestato dal medico curante il 27 novembre 2012 è avvenuto " da più mesi ". Ciò impone la necessità di stabilire la data della modifica dello stato di salute dell'interessato che, verosimilmente, è avvenuta prima del 12 settembre 2012. Ma vi è di più. Infatti i medici che hanno in cura l'insorgente, e che pertanto hanno potuto esaminare concretamente la situazione di salute dell'interessato, ritengono che il ricorrente ha bisogno dell'aiuto costante di terzi nell'atto del mangiare già da diversi mesi. Il dr. med. \_\_\_\_\_, medico assistente dell' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e l'assistente sociale \_\_\_\_\_ hanno attestato, il 3 maggio 2012, che l'assicurato solo alcune volte, ma molto raramente, riesce a mangiare senza essere imboccato, che non sempre usa le posate e quando le usa ci mette moltissimo tempo a portare il boccone di cibo dal piatto alla bocca. Essi hanno inoltre evidenziato che la moglie deve cucinare cibi poco solidi, deve tagliare e tritare la carne o frullare alcuni alimenti, deve inoltre essere stimolato e sorvegliato, non ha appetito e la moglie deve quasi sempre obbligarlo ad alimentarsi (doc. 22-1). Come visto, il dr. med. \_\_\_\_\_, il 27 novembre 2012, ha tra l'altro affermato che da più mesi il paziente ha presentato un peggioramento notevole delle sue condizioni generali che l'hanno portato ad essere dipendente anche nel mangiare con dipendenza da una terza persona in modo regolare (doc. L2). Da quanto sopra emerge che l'interessato è ormai obbligato a far capo a terzi anche per l'atto del mangiare, o perlomeno per una funzione parziale di tale atto e che pertanto egli ha diritto ad un assegno per grandi invalidi di grado massimo. Tuttavia deve essere stabilito a partire da quando l'interessato ha diritto a tale prestazione. Per l'art. 88a cpv. 2 OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2011, se la capacità al guadagno o la capacità a svolgere le mansioni consuete peggiora oppure se la grande invalidità si aggrava o l'assistenza dovuta all'invalidità aumenta, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 88a cpv. 2 OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. Dal certificato del 3 maggio 2012 (doc. 22-1) sembra emergere che questo peggioramento potrebbe essere avvenuto dal mese di agosto 2011, ossia da quando l'interessato ha iniziato ad essere sottoposto ad emodialisi. Tuttavia la descrizione delle azioni della moglie (in particolare necessità di cucinare cibi poco solidi, tagliare la carne e tritare o frullare alcuni alimenti) non corrisponde con quanto affermato dal medesimo assicurato solo un mese dopo l'inizio dell'emodialisi nella richiesta di aumento del grado dell'assegno per grandi invalidi del mese di settembre 2011, dove alla domanda se può nutrirsi solo di alimenti speciali (frullati, via sonda-addominale), non ha risposto, indicando unicamente che ha iniziato una dieta senza sale ed ipopotassica e per quanto concerne il taglio degli alimenti ha affermato che dipende dagli alimenti, escludendo comunque di dover portare, con l'aiuto di terzi, il cibo alla bocca (doc. 19-3). Inoltre un peggioramento avvenuto già nel mese di agosto 2011 non sarebbe neppure

compatibile con quanto certificato dal medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, che, nel modulo di richiesta del settembre 2011, ha confermato quanto dichiarato dal ricorrente (cfr. doc. 19-6), ossia, in sostanza, l'aiuto di terzi per il solo taglio di alimenti, a dipendenza dei medesimi, e non combacerebbe con quanto evidenziato dal medesimo curante nel novembre 2012, ossia che il peggioramento è avvenuto solo " da più mesi " (doc. L2). Come visto negli atti che implicano anche funzioni parziali, come quello del mangiare, non è necessario che l'assicurato abbia necessità di far capo a terzi nella maggior parte delle funzioni parziali, ma è sufficiente che in una di queste funzioni parziali, regolarmente ed in misura importante, debba far capo all'aiuto diretto od indiretto di terzi (DTF 121 V 88; DTF 106 V 158). Nel caso di specie nel mese di settembre 2011 l'interessato aveva sì la necessità dell'aiuto di terzi per una funzione parziale dell'atto del mangiare (taglio degli alimenti), ma non in maniera regolare ed in misura importante, ritenuto che lo stesso assicurato, confermato in questo dal proprio medico curante (doc. 19-6, risposta 8.6), aveva risposto che l'aiuto dipendeva dagli alimenti. In altre parole non per tutti gli alimenti era necessario l'intervento di terzi. Ne segue che il peggioramento dello stato di salute che ha inciso sulla necessità dell'aiuto di terzi nell'atto del mangiare è in ogni caso avvenuto dopo l'inoltro della richiesta del 15 settembre 2011. Per quanto concerne il periodo successivo le tavole processuali non permettono tuttavia di stabilire, neppure applicando l'abituale principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, a partire da quando vi è stato il peggioramento che ha comportato la necessità di aiutare in maniera regolare ed importante l'assicurato nel tagliare il cibo o nel portarlo alla bocca. Dal rapporto dell'assistente sociale del 13 aprile 2012, che viene criticato con toni aspri dal ricorrente, emerge che l'interessato non riscontra difficoltà sia nel tagliare sia nel portare il cibo alla bocca in maniera autonoma. Egli deve invece essere imboccato per alcuni giorni quando sopraggiungono delle infezioni. Il ricorrente contesta quanto scritto dall'assistente sociale evidenziando che la moglie, in sua presenza, non avrebbe voluto avvilirlo ed umiliarlo e avrebbe voluto " esprimere avanti il marito il fatto che qualche volta (ma rarissimamente) arriva lui medesimo a compiere l'atto di mangiare " (doc. I). A prescindere dalle critiche del ricorrente, questo Tribunale evidenzia che l'assistente sociale dell'amministrazione, nel preciso caso di specie, non ha accertato se, vista la precaria situazione di salute del ricorrente, tra cui, secondo le affermazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ e dell'assistente sociale dell' \_\_\_\_\_, una depressione (cfr. doc. 22-1), doveva comunque essere stimolato e sorvegliato da qualcuno nell'atto del mangiare. Anche il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ha del resto evidenziato la presenza di problematiche ansioso depressive per le quali l'interessato deve assumere da molti anni psicofarmaci (cfr. doc. 27-4). In concreto, alla luce anche della DTF 133 V 450, consid. 7.2, dove il TF ha ribadito che l'aiuto di terzi non deve necessariamente essere diretto, ma può consistere anche solo in una sorveglianza dell'assicurato, nel senso di incitare la persona interessata a compiere un atto della vita che altrimenti, a causa del suo stato di salute psichico, non compirebbe e ritenuto che il 3 maggio 2012 il dr. med. \_\_\_\_\_ e l'assistente sociale \_\_\_\_\_ hanno rilevato che l'insorgente " deve essere stimolato e sorvegliato . Non ha appetito e la moglie deve quasi sempre "obbligarlo" ad alimentarsi " (doc. 22-1), l'assistente sociale dell'amministrazione avrebbe dovuto prendere posizione anche su questo aspetto, e meglio la necessità di un aiuto indiretto (stimolare l'interessato a mangiare). Con la presa di posizione dell'11 maggio 2012 l'assistente sociale ha risposto alle contestazioni circa l'intervento diretto della moglie nel tagliare il cibo o nel portarlo alla bocca del marito, ma non si è espressa circa un'eventuale necessità nell'obbligare l'interessato a compiere le

funzioni parziali dell'atto del mangiare (doc. 25-1). In queste circostanze, alla luce di tutto quanto sopra esposto, accertato che il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato un peggioramento dello stato di salute del ricorrente che ha comportato " da più mesi " una dipendenza da una terza persona in modo regolare " anche nel mangiare " (doc. L2), che il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ritiene possibile il peggioramento dello stato di salute, ma evidenzia che occorre valutare la data esatta della dipendenza nel mangiare (doc. VII + Bis), che il dr. med. \_\_\_\_\_ e l'assistente del servizio sociale dell' \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, hanno anch'essi attestato la necessità dell'aiuto di terzi nell'atto del mangiare sia in maniera diretta che indiretta (sorveglianza e stimolazione), che l'assistente sociale dell'amministrazione non ha accertato se l'insorgente necessitava comunque di un aiuto indiretto, ai sensi della giurisprudenza, per l'atto del mangiare, neppure dopo la trasmissione del referto del 3 maggio 2012 dove figurava questa circostanza e che dagli atti in esame è solo possibile stabilire che il peggioramento dello stato di salute con la necessità per il ricorrente dell'aiuto diretto o indiretto regolare e notevole di terzi anche perlomeno in una funzione parziale dell'atto del mangiare è subentrato dopo l'inoltro della richiesta di aumento del grado dell'assegno per grandi invalidi, senza tuttavia che sia possibile determinarne la data esatta, neppure in applicazione del principio della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali, l'incarto deve essere rinviato all'amministrazione per ulteriori accertamenti in questo senso e per stabilire a partire da quanto l'insorgente ha diritto ad un assegno per grande invalido di grado elevato. In queste condizioni le prove richieste dall'insorgente (perizia e audizione del medico curante) diventano superflue. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). All'insorgente, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili.

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