

## **TI\_GERICHTE 32.2007.61 vom 27. Juni 2005**

TI Tribunale d'appello, 2005-06-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2007.61\\_d20050627](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.61_d20050627)

FR: TI\_GERICHTE 32.2007.61 du 27 juin 2005

IT: TI\_GERICHTE 32.2007.61 del 27 giugno 2005

### **Regeste**

Assegno per grandi invalidi negato. L'ass.non è grande inval.di grado elev.o medio:non impedita di compiere almeno 2 atti ordin.della vita(cfr.inch.a domic.). Nemmeno di grado lieve:non necessita di sorvegl.pers.perman.,né di accomp.costante nell'organ.della vita (cfr.valut.mediche con accertam.TCA)

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Cost.), nè il divieto di discriminazione (art. 8 cpv. 2 Cost.), nè il divieto dell'arbitrio (art. 9 Cost.) e neppure la LDis . Nell'ambito dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana a norma dell'art. 38 cpv. 1 lett. a OAI si deve tener conto dell'aiuto diretto o indiretto di terzi. Pertanto, la persona accompagnatrice può anche personalmente eseguire le attività necessarie se la persona assicurata per motivi di salute non è più in grado di farlo nonostante istruzione o sorveglianza / controllo. Riguardo alla modalità nella quale effettuare gli accertamenti, atti a stabilire se si è in presenza di una situazione che necessita l'accompagnamento nella vita quotidiana, la nostra Massima Istanza si è così espressa: " 11. 11.1 11.1.1Bei 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 bzw. geistige 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 der tatbestandsmässigen Erfordernisse der dauernden persönlichen Überwachung und der Pflege 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.; erwähntes Urteil I 296/05, E. 2.2.3). Im Falle einer Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit stellt der Abklärungsbericht im Haushalt ein geeignetes Beweismittel für die Bemessung der Invalidität der betroffenen Personen dar. Stimmen jedoch die Ergebnisse der Haushaltabklärung nicht mit den ärztlichen Feststellungen der Behinderungen im gewohnten Tätigkeitsbereich überein, so

haben Letztere in der Regel mehr Gewicht als die im Haushalt durchgeführte Abklärung (vgl. SVR 2005 IV Nr. 21 S. 81 E. 5.1.1, I 249/04; AHI 2004 S. 137, I 311/03). Diese Rechtsprechung gilt entsprechend auch für die Abklärung der Hilflosigkeit unter dem Gesichtspunkt der lebenspraktischen Begleitung. 11.1.2 Gemäss Rz. 8144 KSIH (vgl. auch AHI 2003 S. 329) hat zusätzlich der regionale ärztliche Dienst (RAD) die Angaben des Berichts über die Abklärung an Ort und Stelle zu visieren. Falls sich bereits ein spezialisierter Dienst (z.B. sozialpsychiatrischer Dienst oder Beratungsstelle) mit der versicherten Person befasst hat, hat die IV-Stelle einen Bericht dieses Dienstes einzuholen. 11.1.3 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 351 E. 3a S. 352; SVR 2006 IV Nr. 27 S. 92 E. 3.2.4, I 3/05, je mit Hinweisen). 11.2 11.2.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Prüfung des Anspruchs auf den Bericht über die Abklärung an Ort und Stelle vom 24. März 2004, dessen Ergebnis umstritten ist. 11.2.2 In medizinischer Hinsicht liegen als aktuellste Unterlagen die EEG-Berichte des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2004 und 21. Oktober 2003 sowie der Bericht des Dr. med. A. \_\_\_\_\_, Kinder- und Jugendmedizin FMH, vom 29. September 2002 bei den Akten. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ diagnostizierte eine komplex-partielle Epilepsie sowie eine geistige Behinderung mit autistischen Zügen. Im Bericht vom 21. Oktober 2003 wurde unter dem Titel "Klinische Angaben" ausgeführt, der Versicherte leide an komplex-partieller Epilepsie, behandelt zwischen 1989 und 1992 sowie ab 1999, anfallsfrei seit Juni 1999. Es bestehe eine geistige Behinderung mit Beschäftigung in beschützender Werkstätte. Der Versicherte sei anfallsfrei auch unter zwischenzeitlicher vorsichtiger Reduktion der Medikation. Am 27. Januar 2004 wurde unter der Rubrik "Klinische Angaben" zusätzlich dargelegt, nach zwischenzeitlicher Einstellung der Medikation seien am 10. Oktober 2003 und im Dezember 2003 Anfallsrezidive aufgetreten. Die Medikation sei in angepasster Dosierung wieder aufgenommen worden. Diese drei ärztlichen Berichte enthalten keinerlei Angaben zur Frage, inwiefern der Versicherte durch das Leiden im Hinblick auf die Frage der lebenspraktischen Begleitung in seinen psychischen oder geistigen Funktionen eingeschränkt ist (n.d.r. sottolineatura del redattore). Beispielsweise fehlen aktuelle ärztliche Angaben zu der vom Versicherten geltend gemachten Antriebsarmut (E. 4.4 hievor). Bezüglich des erforderlichen RAD-Visums (vgl. Rz. 8144 KSIH) ist Folgendes festzuhalten: Die Akten enthalten ein Feststellungsblatt vom 13. April 2004, worin unter Verweis auf den Abklärungsbericht vor Ort vom 24. März 2004 die Abweisung der lebenspraktischen Beratung beantragt wird. Weiter befindet sich bei den Akten ein Blatt mit der Überschrift "Stellungnahme zum Feststellungsblatt/IV-Word durch RAD", worin unter Verweis auf das Feststellungsblatt vom 13. April 2004 unter der Rubrik "Beschluss/IV-Word i.O." die Abkürzung "i.O." vermerkt ist. Auf diesem Blatt steht zuunterst computerschriftlich der Passus "Datum/Name oder Kurzzeichen: 20.4.04/Z.". Eine Unterschrift oder ein handschriftliches Visum figuriert auf diesem Blatt jedoch nicht, was nicht rechtskonform ist. Arztberichte sind handschriftlich zu unterzeichnen oder zu visieren, damit darauf abgestellt werden kann. Im medizinischen Punkt ist das Vorgehen der IV-Stelle mithin nicht rechtsgenügend. 11.2.3 Weiter ist zu beachten, dass der Versicherte in der Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung vom 11. Februar 2004 die Frage bejahte, ob sich ein spezialisierter Dienst mit ihm befasst habe, und diesbezüglich die Institution L.

angab. Ein Bericht dieser Institution liegt jedoch entgegen Rz. 8144 KSIH nicht bei den Akten. 11.3 Nach dem Gesagten genügen die von der IV-Stelle durchgeführten Abklärungen nicht, um die Hilflosigkeit und die Notwendigkeit einer lebenspraktischen Begleitung rechtsgenügend zu beurteilen. Auf den Bericht über die Abklärung an Ort und Stelle vom 24. März 2004 kann für sich allein nicht abgestellt werden, zumal er in den vom Versicherten angeführten Punkten (vgl. E. 4.4 hievore am Ende) ungenau ist. Die Sache ist demnach an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie zusätzliche Berichte des behandelnden Arztes sowie der Institution L. einhole und erforderlichenfalls eine weitere medizinische Abklärung, insbesondere psychiatrischer Richtung, vornehme. Sie wird weiter zu entscheiden haben, ob eine neue Abklärung an Ort und Stelle durchgeführt werden soll oder aber der Bericht vom 24. März 2004 unter Beizug eines Arztes daraufhin zu überprüfen ist, inwieweit er den medizinisch festgestellten Beeinträchtigungen hinreichend Rechnung trägt (vgl. auch erwähnte Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts I 296/05, E. 5.2, und I 728/03 vom 3. Februar 2004, E. 2.2). Zudem ist der Bericht an Ort und Stelle vom RAD nachvollziehbar und folglich handschriftlich visieren zu lassen. Danach wird die IV-Stelle über das Leistungsbegehren neu befinden. Gestützt auf die ergänzende medizinische Abklärung wird sie zum Beginn eines allfälligen Leistungsanspruchs im Lichte von Art. 42 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 IVG Stellung zu nehmen haben (vgl. hiezu auch Rz. 8096 ff. KSIH). Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten, welche die Eltern in ihrer Vormundfunktion nach Art. 398-419 ZGB zu erledigen haben, nicht zu berücksichtigen sind (Art. 38 Abs. 3 Satz 2 IVV; vgl. auch Rz. 8054 KSIH). 12. Die Vorinstanz hat im Ergebnis zu Recht erkannt, dass ein allfälliger Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades wegen Angewiesenheit auf dauernde lebenspraktische Begleitung in übergangsrechtlicher Hinsicht frühestens ab 1. Januar 2004 entstehen kann und kein vor dieses Datum zurück reichender Nachzahlungsanspruch besteht. Dies ist denn auch unbestritten und entspricht dem Grundsatz der Nichtrückwirkung gesetzlicher Bestimmungen; Streitfragen sollen nicht nach einem Recht beurteilt werden, das zur Zeit ihrer Entstehung noch nicht in Geltung stand ( BGE 132 V 93 E. 2.3 S. 97; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 807/04 vom 10. Juli 2006, E. 1.2)." (cfr. DTF 133 V 462-472) In un'altra sentenza I 735/05 del 23 luglio 2007 pubblicata in DTF 133 V 472 seg. il Tribunale federale ha stabilito che la cifra marg. 8053 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI; nel suo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004) non viola nè il principio della parità di trattamento (art. 8 cpv. 1 Cost.), nè il divieto di discriminazione (art. 8 cpv. 2 cost.), nè il divieto dell'arbitrio (art. 9 Cost.) e neppure la LDis. Inoltre la legge non fa dipendere il diritto ad un assegno per grandi invalidi dalla gratuità o meno dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, bensì soltanto dall'intensità del danno alla salute.

2.4. Nella presente fattispecie il dottor \_\_\_\_\_ del SMR ha escluso che i requisiti dell'art. 38 OAI in relazione con l'art. 37 cpv. 1 lett. e OAI siano soddisfatti ed ha rilevato: " La presenza continua non è motivata da elementi oggettivi, i disturbi dell'A presentano dei vertigini che rendono insicura l'A. Si tratta di ansia e paure. Infatti l'A dichiara che dei giorni sta relativamente bene e può svolgere certe attività. In situazione di necessità si permette di condurre un auto-veicolo. Ne risulta che tale disfunzione non presenta la caratteristica di una sorveglianza permanente. Per tale motivo ritengo che un IGI non risulta giustificato. L'accompagnamento costante per l'organizzazione della realtà quotidiana non è presente, l'A si occupa normalmente dei suoi cani senza problemi come evidenziato dall'assistente. Anche il MC non descrive una situazione che necessita una sorveglianza

continua motivata. Ritengo che possiamo rifiutare tale prestazione." (Doc. AI 195-1) Alla stessa conclusione è giunto il dottor \_\_\_\_\_ nel corso della procedura di opposizione: " (...) Dall'inchiesta AGI casalinga non emerge una limitazione dell'autonomia tale da giustificare un provvedimento AGI. Ora vengono riferiti due episodi di caduta con contusione cranica, di per sè non è la contusione cranica che interessa se a questa non vengono collegati dei sintomi o delle sequele cliniche, è da considerare il fatto che l'assicurata sia soggetta al rischio di cadute. Questo aspetto rientrava già nella precedente valutazione, è una delle conseguenze dei capogiri e si verifica in modo occasionale e non è un motivo di incapacità o di limitazione dell'autonomia. In sostanza non vi sono nuovi elementi che possano mutare la precedente decisione." (Doc. AI 205-1) Dalla sua perizia del il 27 aprile 2007 il dottor \_\_\_\_\_, Capo del Servizio di neurologia dell'\_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di: "1. Trauma cranio-cerebrale e cervicale (22.08.1997) con a) Comotio cerebri b) Sindrome post-concussiva i. Cefalea post-traumatica cronica, associata componente di uso eccessivo di analgesici ii. Vertigini iii. Disturbi cognitivi di entità media-moderata iv. Disturbo ansioso-fobico v. Insonnia vi. Insicurezza alla marcia, in parte su diagnosi 2. c) Sindrome cervicale lieve-moderata in presenza di alterazioni degenerative d) Frattura del processo spinoso di Th1.

## **E. 2**

Disturbo della personalità istrionico a) Probabilmente fissato in seguito al trauma del 22.08.1997 b) Sovrapposto disturbo ansioso-fobico

## **E. 3**

Stato dopo frattura tri-malleolare della caviglia destra 9.4.1982 a. Trattata chirurgicamente b. Conseguente artrosi post-traumatica

## **E. 4**

Lesione cuffia rotatori spalla dx traumatica su caduta 10.10.1992

## **E. 5**

Instabilità alla marcia di origine mista: ortopedica su sensazione di instabilità caviglia destra e dolori della sacro-iliaca destra, vertigini cervicogene e/o nell'ambito della sindrome post-concussiva cronica e componente ansiosa. (...)" (Doc. C2) Dal referto peritale emergono in particolare i seguenti elementi: " (...) P Certificato 25.04.2006 Dr. \_\_\_\_\_ documento portato dalla paziente al momento dell'esame): 20.10.2005 caduta dalle scale di casa con contusione parieto-occipitale destra con piccola ferita lacero-contusa, nuova traumatizzazione della colonna cervicale e della spalla destra e contusione dorso-lombare destra con ematoma lombare. In data del 18.11.2005 lamentava un aumento della sintomatologia vertiginosa, delle cefalee e delle cervicalgie. P Certificato 23.10.2006 Dr. \_\_\_\_\_ (documento portato dalla paziente al momento dell'esame): Stato dopo infortunio con contusione cranica (02.10.2006). (...) Vertigini e cadute ripetute La signora RI 1, oltre ad una instabilità costante alla marcia, riferisce degli attacchi di vertigini, della durata di diversi minuti (fino ad una ora), descritti come molto intense e rotatorie, che non sono scatenate dai cambiamenti di posizione, ma possono comparire anche in posizione sdraiata ed immobile, e avrebbero, quando sopraggiunge in posizione eretta, condotto anche a diverse cadute. Durante queste cadute, quasi sempre in avanti (non sensazione di essere spinta da un lato) la paziente a diverse riprese ha picchiato il volto o il capo, e si è anche procurata una contusione al ginocchio destro. Queste cadute non si sono mai accompagnate da perdita di conoscenza. Durante gli attacchi vertiginosi non vi è perdita o alterazione del

contatto, nè sono visibili movimenti anomali come tremore, clonie o movimenti automatici. Gli attacchi vertiginosi sono comparsi nelle prime settimane dopo il trauma (quando la paziente portava ancora il collare), erano inizialmente quotidiani, potendo sopraggiungere anche diverse volte al giorno, per poi diventare meno frequenti (4-5x/settimana attualmente), benché la frequenza delle cadute legate a questi episodi sia aumentata negli ultimi mesi. La signora RI 1 riferisce che mentre prima dell'incidente vi erano alcune cadute, legate all'instabilità del piede destro, esse erano prima dell'incidente rare e in parte "prevedibili" mentre ora sopraggiungerebbero "senza preavviso" facendole temere di cadere nuovamente nelle scale (come è accaduto 18 mesi fa, quando avrebbe fatto un "tuffo" di 15 gradini) o in un altro luogo pericoloso. (...) Ansia e cambiamento di carattere: La signora RI 1 riferisce che mentre prima dell'incidente non soffriva particolarmente di ansia (all'infuori di una claustrofobia, manifestatasi per la prima volta dopo la nascita del primo figlio e che la paziente attribuisce in primo luogo al fatto di essere stata rinchiusa in una "scatola" da compagni di giochi quando era bambina; e di una paura di volare, per cui avrebbe preso l'aereo una sola volta in vita sua) attualmente non è in grado di restare sola neanche per qualche minuto costringendo i familiari a starle accanto a turno. Quando sola sentirebbe subito una "grande paura" di quello che "potrebbe succedere" in particolare se le "venisse un nuovo attacco di vertigine". Anche il compagno della paziente riferisce questa incapacità a restare sola, dicendo che la signora F. "lo controlla in continuazione", lo chiamerebbe "anche di notte quando finalmente riesce a fare le proprie cose, per esempio scrivere al computer", mentre "l'ufficio non dista neanche di 10 metri dalla camera dove dorme la signora RI 1". (...) In sintesi, la signora RI 1 lamenta una sindrome dolorosa cervicale con riduzione della mobilità cervicale, soprattutto limitata da dolori, senza irradiazione brachialgica; cefalee croniche, quotidiane, con frequenti esacerbazioni in parte legate ai movimenti, per le quali assume quotidianamente degli antinfiammatori a dose piena da più di 9 anni; delle "crisi vertiginose" con conseguenti ripetute cadute; una riduzione del rendimento lavorativo legato a difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno con risvegli infrasonno e difficoltà a trovare lo slancio alla mattina, ma senza franca sonnolenza diurna, nonché una ansia importante, secondaria, soggettivamente, soprattutto alle vertigini e al timore di ulteriori cadute. Quando interrogata sul disturbo al primo piano, la paziente dice essere soprattutto disturbata dai limiti posti alla sua indipendenza da questa ansia e dal rischio di cadute. (...) IV.5 Esame neuropsicologico del 23.03.2007 (Clinica \_\_\_\_\_, Lic. psic. \_\_\_\_\_) Sintomatologia cognitiva di entità media-moderata caratterizzata da deficit mnestici a lungo termine, disturbi esecutivo-attentivi e difficoltà di accesso lessicale. Quanto emerso può essere in parte ascritto al trauma distorsivo cervicale subito dalla paziente il 22.08.2007: disturbi di memoria, difficoltà attentive e rallentamento sono infatti frequentemente descritti quali conseguenza di tale tipo di traumi. Il riscontro di deficit di accesso lessicale e di fluency verbale e la gravità dei disturbi mnestici a lungo termine - in particolare osservati in modalità verbale - vanno tuttavia oltre a quanto ci si sarebbe potuti attendere. Per quanto concerne le possibili ricadute funzionali, riteniamo che i disturbi attentivi, mnestici ed il rallentamento presentato dalla paziente potrebbero moderatamente limitare il suo rendimento nello svolgimento dell'attività di gestione del proprio patrimonio immobiliare. (...) Per quel che riguarda la situazione venutasi a creare dopo l'incidente la paziente afferma di essere molto cambiata di carattere e di avere grosse difficoltà a concentrarsi e a tenere le cose a mente. In precedenza si descrive come una donna attiva che gestiva tutto. Attualmente si lagna dal fatto di non sentirsi più autosufficiente e soprattutto di dipendere per la maggior parte delle cose dal suo secondo marito. (...) ● Diagnosi:

disturbo istrionico di personalità (ICD10-F60.4) associato ad elementi ansioso-fobici indicanti una dipendenza e un attaccamento preoccupato al suo entourage. (...) b) "Traumatischer schwindel (Zervikaler Schwindel, zusätzlich phobischer Schwindel)"

Possiamo confermare questa diagnosi, in quanto la signora RI 1 in effetti presenta degli attacchi vertiginosi rotatori, che, data la loro comparsa dopo il trauma, e in assenza di anomalie all'esame neurologico e otoneurologico evocatorie di una patologia vestibolare o neurologica centrale, possono essere attribuiti ad una origine "cervicogena" o eventualmente essere interpretata come parte della sindrome post-concussiva cronica in parte esacerbata da uno stato ansioso-fobico. - "Neurosthenisch-Hirnorganisches Psychosyndrom". Questa terminologia, oltre alla diagnosi di sindrome post-contusiva, sembra sottintendere anche una componente psichiatrica "nevrastenica": Poste queste premesse, la sintomatologia psichiatrica, pur preesistente (vedi diagnosi Dr. \_\_\_\_\_) è peggiorata negli ultimi anni, fissandosi in uno stato nevrotico del carattere a colorito isterico. Questo peggioramento è, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, in relazione con l'incidente del 22.08.1997. (Doc. C/2) Invitato a prendere posizione su questa perizia l'UAI ha trasmesso il seguente parere dal dottor D. \_\_\_\_\_ del SMR: " (...) Dalla recente perizia pluridisciplinare non risulta una patologia che giustifichi l'erogazione d'un AGI. La patologia psichiatrica dell'assicurata non è particolarmente pesante, da parte del perito psichiatrico viene valutato un impedimento del 30%. Si tratta d'un disturbo prevalentemente istrionico (il Disturbo Istrionico di Personalità è caratterizzato da un'emotività eccessiva e dalla continua ricerca di attenzione. Gli individui con disturbo istrionico, infatti, si sentono a disagio quando non sono al centro dell'attenzione. Percependo l'approvazione degli altri come unica ancora di salvezza, avvertono una pressione costante ad utilizzare l'aspetto fisico per ricercare questa attenzione) con componente ansiosa. L'instabilità alla marcia, problematica probabilmente pure da imputare alla problematica psichica, non è presente in continuazione ma solo episodicamente. Questo disturbo sicuramente non rende necessaria la presenza continua d'una terza persona la quale non potrebbe in ogni caso evitare una eventuale caduta. La reperibilità di terzi potrebbe essere garantita senza problemi tramite p.es. il Teleallarm qualora l'assicurata temesse di non potersi alzare da sola dopo una caduta." (Doc. XII/bis)

Al fine di chiarire la situazione dal profilo medico il TCA ha interpellato il perito dottor \_\_\_\_\_, ponendogli alcuni quesiti: " Sulla base di quanto ha potuto constatare nella sua perizia: 1) ritiene che l'assicurata, viste le sue condizioni di salute, debba essere aiutata da qualcuno per poter svolgere in modo autonomo le attività quotidiane (cioè aiuto nella strutturazione della giornata o sostegno nell'affrontare talune situazioni della vita quotidiana - per esempio problemi di vicinato, questioni legate alla salute, all'alimentazione e all'igiene, semplici attività amministrative - o istruzioni per sbrigare i lavori domestici nonché sorveglianza / controllo) oppure può svolgerle da sola? 2) ritiene che l'assicurata debba essere accompagnata da qualcuno per potere uscire di casa al fine di compiere talune attività della vita quotidiana e intrattenere contatti (ad esempio: fare gli acquisti, attività del tempo libero, contatto con uffici amministrativi o personale medico, recarsi dal parrucchiere, ecc.) oppure può farlo da sola? 3) ritiene che l'assicurata debba essere accompagnata da qualcuno nell'organizzazione della vita quotidiana per evitare che essa si isoli permanentemente dal mondo esterno (e che ciò implichi un considerevole peggioramento del suo stato di salute) oppure no? 4) (solo in caso di risposta positiva o una o più delle prime tre domande). L'accompagnamento di un'altra persona nell'organizzazione della vita quotidiana è necessario in media per almeno due ore la

settimana sull'arco di tre mesi? (...)" (Doc. XIV) Questo specialista ha così risposto il 9 marzo 2008: " (...) 1) Per quanto concerne lo svolgimento delle attività quotidiane non ritengo che l'assicurata debba essere aiutata da terzi per svolgere queste in maniera autonoma; in particolare è da ritenersi totalmente indipendente per quanto concerne i problemi di vicinato, l'alimentazione, l'igiene, le piccole questioni legate alla salute o istruzioni per sbrigare i lavori domestici nonché sorveglianza/controllo. In riferimento all'esecuzione di semplici attività amministrative queste sono eseguibili come citato nella perizia (v. 1.17b) in misura ridotta del 60%. 2) Non ritengo che la Sig.ra RI 1 debba essere accompagnata quando esce di casa; le semplici attività quotidiane possono essere svolte autonomamente in particolare gli acquisti, le attività del tempo libero, i contatti con uffici amministrativi o personale medico, recarsi dal parrucchiere ... 3) Non ritengo che l'assicurata debba essere accompagnata nell'organizzazione della vita quotidiana. 4) Cade. La presa di posizione si riferisce in modo particolare all'affezione neurologica. Ho comunque preso contatto telefonico anche con il Dr. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria, che ha allestito la perizia citata, concernente l'aspetto psichiatrico. Le sue conclusioni non si discostano essenzialmente dalle mie neurologiche." (Doc. XV) Nella sua perizia del 27 aprile 2007 il dotto \_\_\_\_\_, aveva così risposto al quesito 1.17: " (...) 1.17. Valuti il perito il grado medico-teorico di invalidità, presentati da RI 1, in funzione di quanto stabilito all'art. 3 litt. B delle condizioni generali della convenuta, denominate "Zusatzbedingungen (ZB) Nr. 2.2 für die Versicherung der Invalidität zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ZürichLuk Lebens-, Unfall- und Krankenversicherung". Riteniamo che l'invalidità medico-teorica a seguito dell'incidente del 1997, dal punto di vista neurologico-psichiatrico, sia complessivamente stimabile ad un massimo di 40% , senza tener conto delle preesistenti (precedenti al 22.08.1997) assegnazioni di invalidità. Queste si basano sulla sindrome cervicale con diagnosi di frattura e pseudoartrosi del processo Th1, valutazione neurologica, neurologica e psichiatrica. a) Spieghi il perito, all'occorrenza, perchè le sue conclusioni si discostano da quelle del Dr. \_\_\_\_\_ (Cfr. doc. H1) Innanzitutto nel documento H1, il Dr. \_\_\_\_\_ prende posizione su una incapacità di guadagno (tenendo conto dell'attività lavorativa) mentre la nostra è una valutazione di una incapacità lavorativa medico-teorica. In secondo luogo la nostra valutazione tiene conto oltre che dei disturbi neurologici anche degli aspetti neuropsicologici e psichiatrici. b) Dica il perito se nel determinare il grado di invalidità ha tenuto conto sia della sua incapacità nello svolgere le usuali mansioni di casalinga sia dell'incapacità connessa con l'attività professionale, svolta prima dell'infortunio del 22.08.1997, d'amministratrice del proprio patrimonio immobiliare e di quello da terzi affidatole. Sì, il complessivo 40% di invalidità tiene conto sia delle mansioni quale casalinga che di quelle esercitate nell'attività professionale. (...)" (Doc. C/2, pag. 28-29) Il dottor \_\_\_\_\_ è stato interpellato e invitato dal TCA a rispondere a delle domande direttamente attinenti all'oggetto litigioso (per un diverso caso cfr. DTF 133 V 369-370). Egli ha risposto dopo avere interpellato lo psichiatra dottor \_\_\_\_\_. Inoltre in occasione dell'allestimento della perizia del 27 aprile 2007 il dottor \_\_\_\_\_ aveva pure sentito il signor \_\_\_\_\_ (cfr. Doc. C/2 pag. 1: "sull'eteroanamnesi dell'ex marito della peritanda, signor \_\_\_\_\_, testimone dell'incidente nonché attuale compagno, del 28.02.2007"), cioè la persona che aveva descritto le difficoltà della ricorrente all'assistente sociale, in occasione dell'inchiesta del 16 giugno 2005 (cfr. consid. 2.2). Ora, le conclusioni del dottor \_\_\_\_\_, che questo Tribunale non ha motivi di mettere in dubbio (cfr. DTF 133 V 469) sono chiare i disturbi di cui soffre l'assicurata non sono di intensità tale da

giustificare un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana (cfr. art. 38 cpv. 1 e cpv. 3 OAI). Tale conclusione coincide peraltro con quella dei medici del SMR (cfr. STFA I 938/04 del 24 agosto 2006). Di conseguenza, ritenuto che, per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_125/2007 del 9 aprile 2008; STF 9C-13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220; DTF 131 V 242 consid. 2.1 pag. 243; DTF 129 V 167 consid. 1 pag. 169) il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si fonda di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento dell'emanazione della decisione su opposizione in lite (nel caso concreto l'8 gennaio 2007), giustamente l'UAI ha respinto la richiesta di un assegno per grandi invalidi. 2.5. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- vanno poste a carico dell'assicurata.

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