

TI_GERICHTE 32.2013.54 vom 8. Februar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-02-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.54

FR: TI_GERICHTE 32.2013.54 du 8 février 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.54 del 8 febbraio 2013

Erwägungen

E. 42

capoverso 2 LAI quando un assicurato maggiorenne non vive in un'istituzione e a causa di un danno alla salute: a) non può vivere autonomamente senza l'accompagnamento di una terza persona; b) non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di un terza persona; oppure c) rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno (cpv. 1). Chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica deve avere diritto almeno a un quarto di rendita per essere riconosciuto grande invalido (cpv. 2). È considerato unicamente l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana che è regolare e necessario in relazione con le situazioni menzionate nel capoverso 1. Fra queste non rientrano in particolare le attività di rappresentanza e di amministrazione nel quadro delle misure di tutela conformemente agli articoli 398-419 del Codice civile (cpv. 3)." Per i minorenni, secondo l'art. 37 cpv. 4 OAI, si considera unicamente il maggior bisogno d'aiuto e di sorveglianza personale che il minorene invalido necessita rispetto a un minorene non invalido della stessa età. Per calcolare la grande invalidità dei minorenni, si applicano le direttive dell'allegato III concernenti il calcolo della grande invalidità determinante dei minorenni (marg. 8086 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità [CIGI], nel tenore valido dal 1° gennaio 2011, applicabile nel caso concreto: SVR 2009 IV nr. 30 p. 85 consid. 4.2.1 [9C_431/2008]; STF 8C_158/2008 del 15. ottobre 2008 consid. 5.2.2). L'art. 39 OAI ("supplemento cure intensive") recita: " 1 Vi è assistenza intensiva a minorenni ai sensi dell'articolo 42 ter capoverso 3 LAI quando questi necessitano, a causa di un danno alla salute, di un'assistenza supplementare di almeno quattro ore in media al giorno. 2 Come assistenza si considera il maggior bisogno di cure e di cure di base rispetto a quelle richieste da minorenni non invalidi della stessa età. Non si considera il tempo dedicato a misure mediche ordinate dal medico e applicate dal personale sanitario ausiliario, nonché alle misure pedagogico-terapeutiche. 3 Se un minorene necessita, a causa di un danno alla salute, una sorveglianza supplementare permanente, quest'ultima può essere conteggiata come due ore di assistenza. Una sorveglianza particolarmente intensiva necessaria a causa dell'invalidità può essere conteggiata come quattro ore di assistenza". Secondo l'art. 42 cpv. 4 LAI l'assegno per grandi invalidi è accordato al più presto dalla nascita e al più tardi fino alla fine del mese in cui l'assicurato ha fatto uso del diritto al godimento anticipato della rendita secondo l'articolo 40 capoverso 1 LAVS o in cui raggiunge l'età di pensionamento. L'inizio del diritto è retto, a partire dal compimento del primo anno di età, dall'articolo 29 capoverso 1. Va qui rilevato che nella sentenza pubblicata in DTF 137 V 351 il TF ha precisato che contrariamente al rinvio dell'art. 42 cpv. 4 in fine LAI, l'inizio del diritto all'assegno per grandi invalidi non è disciplinato dall'art. 29 cpv. 1 LAI. Continua invece ad essere applicabile, per analogia, l'art. 28 cpv. 1 LAI sui presupposti del diritto alla rendita. Per quanto concerne l'ammontare dell'assegno per grandi invalidi, secondo l'art.

42ter cpv. 1 LAI l'assegno mensile in caso di grande invalidità di grado elevato ammonta all'80%, in caso di grande invalidità di grado medio al 50% e in caso di grande invalidità di grado lieve al 20% dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS. . 2.5. Nel caso in esame, con annotazioni 7 novembre 2011 il dr. _____, attivo presso il SMR, aveva evidenziato delle discrepanze tra gli atti ordinari della vita necessitanti un aiuto regolare da parte del marito (vestirsi, alzarsi, aiuto per la doccia, in parte per l'igiene, spostamenti) indicati dall'assicurata nella domanda del 21 ottobre 2011 (doc. AI 85) ed i dati anamnestici raccolti durante la perizia SAM 10 gennaio 2011, posti a fondamento della decisione di rendita del 6 gennaio 2012 (cfr. consid. 1.1) ossia: " (...) L'A. si veste da sola, ma è aiutata dal marito ad infilare le calze. Porta scarpe senza lacci ed ha abbandonato le scarpe con il tacco. Preferisce i vestiti pratici. Esegue la doccia da sola, sedendosi anche sullo sgabello. È aiutata dal marito nel lavarsi la schiena. Esegue qualche lavoretto in casa, ma "a puntate" (allorché lavorava come parrucchiera, il marito era attivo anche come casalingo). Passa l'aspirapolvere, ma ad un solo locale. Riempie la lavatrice da seduta; è poi svuotata dal marito. Abbisogna dell'aiuto del marito per stendere i panni all'esterno; eventualmente stende su uno stendino basso restando seduta. Prova a cucinare, ma spesso è aiutata nella parte finale dal marito. Fa fatica a rimestare e preferisce avere pentole e padelle poste né in alto, né in basso. Stira un pochino stando seduta sul letto. Fa la spesa con il marito. Conduce l'automobile per brevi tratti nel _____ (una Smart automatica, che le permette di entrare ed uscire dall'abitacolo facendo meno fatica rispetto ad altre automobili; non conduce più la motocicletta). Nella Smart può trasportare una sedia a rotelle pieghevole. In casa deve cambiare spesso la posizione ed al SAM abbiamo notato che riesce a mantenere una posizione per ca. 10-15 min. (seduta su vari tipi di sedie, su vari tipi di cuscini, in piedi; il tutto è interrotto da breve deambulazioni). Deve sempre portare con sé i vari cuscini. Non può camminare su terreni sconnessi; vi è stato un certo miglioramento con la soletta in una scarpa. A volte utilizza un pallone medicinale per sollevare a 90° gli arti inferiori. Non può raccogliere gli oggetti da terra e se necessario usa una speciale pinza. Ha difficoltà nel prendere oggetti posati in basso od in alto. Con il marito l'A. riesce a rigovernare il letto (ne possiede uno speciale della ditta _____). Esegue la spesa in compagnia del marito, che porta i pesi. L'A. non si occupa più né dell'orto, né del giardino. Non pratica più attività sportive (da ragazza: calcio, pallacanestro, sci e corsa). Ha abbandonato anche le passeggiate in montagna e in motocicletta." (doc. AI 66/11-12) 2.6. In data 28 agosto 2012 l'assistente sociale, come detto al consid.1.2, ha proceduto alla consueta inchiesta domiciliare sfociata nel rapporto 11 ottobre 2012, dal quale risulta che l'assicurata abbisogna di un regolare e rilevante aiuto per lo svestirsi/vestirsi e per lavarsi, senza la necessità di una continua sorveglianza personale. Con il presente ricorso l'assicurata contesta l'assenza di aiuto per gli atti ordinari dell'alzarsi, sedersi, coricarsi, andare al gabinetto, spostarsi in casa e fuori casa, mantenere i contatti sociali e la non riconosciuta necessità di sorveglianza personale. Non contesta invece l'accertata non necessità di aiuto regolare di terzi per l'atto del mangiare e per mantenere i contatti sociali. 2.6.1. Per quel che concerne l'alzarsi, sedersi e coricarsi, nel citato rapporto l'assistente sociale ha evidenziato: " (...) 3.1.2 Alzarsi, sedersi e coricarsi La signora RI 1 è autonoma nel sedersi, ma sul letto che sul divano tuttavia riferisce di necessitare l'aiuto costante del marito per rialzarsi poiché da sola non è in grado di provvedervi a causa dei dolori al bacino che ne limitano i movimenti. Nell'arco della notte, dalle tre alle quattro volte, il consorte aiuta costantemente la moglie ad alzarsi. Viene spiegato che il piumone è posto al lato del letto e in questo modo l'assicurata può

provvedere da sola a coprirsi una volta coricata. Nell'arco della notte l'assicurata deve cambiare più volte postura e da sola provvede a posizionare i differenti cuscini sotto le gambe. Sulla base dell'annotazione del SMR, in data 7 novembre 2011 presente nell'incarto, prendo atto che la necessità di aiuto nel compimento di questo atto non è giustificata e pertanto non può essere considerata. " (Doc. AI 111/3). In sede ricorsuale, l'assicurata ha invece evidenziato: (...) Alzarsi, sedersi e coricarsi Si contesta recisamente che l'assicurata sia autonoma nell'alzarsi, nel sedersi e nel coricarsi e si osserva che pure per alzarsi da un divano, o da una sedia o da un letto la ricorrente necessita dell'aiuto del marito. In particolare, la ricorrente ha indicato all'assistente sociale "di necessitare l'aiuto costante del marito per rialzarsi poiché da sola non è in grado di provvedervi a causa dei dolori al bacino che ne limitano i movimenti. Nell'arco della notte, dalle tre alle quattro volte, il consorte aiuta costantemente la moglie ad alzarsi". Non c'è chi non veda come si tratti di un'importante impedimento della funzione dell'atto ordinario della vita di "alzarsi, sedersi e coricarsi", che può essere compiuto unicamente in modo difforme dall'usuale (DTF 106 V 159). L'affermazione, contenuta nel rapporto d'inchiesta, "che il piumone è posto a lato del letto e in questo modo l'assicurata può provvedere da sola a coprirsi una volta coricata" deve essere disattesa poiché non corrisponde alla realtà né è stata mai proferita dalla mia mandante. Si contesta di nuovo la valutazione, espressa nell'annotazione del 7.11.2011 dal consulente SMR, in quanto il predetto sanitario si era pronunciato dal profilo medico, senza avere mai visitato la mia cliente. (...)" (doc. I, pag. 5). 2.6.2. In merito al capitolo "andare al gabinetto", l'assistente sociale ha osservato: " (...) 3.1.5 Andare al gabinetto (riordinare i vestiti, igiene personale/controllare la pulizia, andare al gabinetto in modo inusuale) L'assicurata indossa delle protezioni sia di giorno sia di notte (perdite d'urina) che da sola provvede a cambiare. Nel colloquio viene evidenziato che nei giorni nei quali i dolori sono più intensi, l'assicurata necessita di essere aiutata dal consorte nel controllo della pulizia, nell'igiene intima e nel riordinare i vestiti, poiché da sola non riesce a provvedervi. Quando si presentano questi episodi, la signora RI 1 racconta di non essere in grado di pulirsi da sola poiché il semplice movimento di portare il braccio all'indietro le procura ulteriore dolore a livello del bacino. Sulla base dell'annotazione del SMR, in data 7 novembre 2011 presente nell'incarto, prendo atto che la necessità di aiuto nel compimento di questo atto non è giustificata e pertanto non può essere considerata." (Doc. AI 111/4) Nel ricorso è stato invece evidenziato: " (...) Andare al gabinetto Si ribadiscono anche per questo atto ordinario della vita, i motivi già adottati in sede amministrativa, ossia che la mia patrocinata non era stata visitata dal consulente del SMR, e che quest'ultimo aveva espresso delle valutazioni del tutto teoriche e non corrispondenti alla realtà. Si muove nuovamente all'UAI la censura di non avere considerato nello stabilire il grado della grande invalidità che, a mente della giurisprudenza, la messa in ordine degli abiti in relazione con la necessità di andare al gabinetto costituisce funzione parziale di quest'ultimo atto della vita (DTF 121 V 88). Si rende necessario riproporre l'argomento, già adottato con le osservazioni al progetto di decisione, ossia che quando l'assicurata va al gabinetto necessita di essere aiutata dal consorte nel controllo della pulizia, nell'igiene intima e nel riordinare i vestiti. Non c'è chi non veda come siano dati gli estremi per ammettere che la mia assistita necessiti d'aiuto anche per l'atto ordinario d'andare al gabinetto. (...)" (doc. III, pag. 5) 2.6.3. Relativamente allo spostarsi in casa, fuori casa, mantenere i contatti sociali, l'assistente sociale ha accertato: " (...) 3.1.6. Spostarsi in casa, fuori casa, mantenere i contatti sociali All'interno dell'abitazione l'assicurata si sposta solo con l'ausilio del bastone sia con la sedia a rotelle. Gli spostamenti all'esterno sono circoscritti a pochi passi a piedi (massimo 150 metri)

oppure a uscite in vettura (come passeggera). Nell'incontro viene descritto che l'assicurata, anche percorrendo pochi metri a piedi necessita di più pause per riprendersi. Quest'ultima racconta che dall'incidente (luglio 2007) si è messa alla guida della propria vettura esclusivamente in tre occasioni e tutte legate ad una malore del marito che l'ha reso instabile alla guida per alcuni giorni. In seguito a questo episodio l'assicurata spiega di essersi dovuta recare, guidando la vettura, sia in farmacia (medicamenti per il marito) sia la negozio vicino a casa per dei piccoli acquisti, poiché il marito non era nella condizione di provvedervi da solo. La Signora RI 1 sottolinea che guidare l'automobile le risulta problematico poiché necessita di cambiare postura costantemente. Quest'ultima si limita a fare da passeggero, condizione che le permette di potersi muovere al meglio in caso di bisogno. Sulla base dell'annotazione del SMR, in data 7 novembre 2011 presente nell'incarto, prendo atto che la necessità di aiuto nel compimento di questo atto non è giustificata e pertanto non può essere considerata." (Doc. AI 111/4) Nelle osservazioni 2 settembre 2013 il legale, con riferimento all'e-mail datato 25 luglio 2013 del marito della propria patrocinata, ha rilevato che: " contrariamente a quanto sostenuto dai medici e dal legale dell'AI, (la moglie n.d.r.) non può spostarsi liberamente da sola, nemmeno fuori dalle mura domestica con la vettura. In effetti, non potendo sollevare pesi, non è in grado d'estrarre la sedia a rotelle – del peso di 14 kg – dal baule dell'automobile, aprirla, e al momento opportuno piegarla, sollevarla e riportarla nella vettura; ella deve necessariamente ricorrere all'aiuto del marito per queste operazioni. Inoltre egli ha indicato che sua moglie non riesce a spostarsi con la sedia a rotelle in modo indipendente con la forza delle braccia per più di 80-100 m, accusando forti dolori a detta parte del corpo. Se è vero che grazie all'acquisto di una carrozzella elettrica, ella riesce a gestire meglio gli spostamenti che intende effettuare e si sente più libera, ella necessita tuttora sempre dell'aiuto del marito, in quanto la carrozzella elettrica pesa circa 40-50kg. È quindi impensabile che la mia cliente riesca ad estrarre la carrozzella elettrica dall'auto, montare la batteria, e successivamente, al momento di rientrare al domicilio, smontare la batteria e caricare la carrozzella sull'auto. “

2.6.4. Infine, l'assistente sociale non ha ritenuto giustificata la necessità di una sorveglianza personale: " (...) 3.4 La persona assicurata necessita di una sorveglianza personale? L'assicurata non dispone del dispositivo TeleAlarm ma beneficia della presenza costante del marito sia di giorno sia di notte. L'assicurata resta sola a casa solamente quando i dolori sono talmente intensi da non consentirle nemmeno di salire in auto altrimenti accompagna costantemente il marito alle uscite (piccoli acquisti, farmacia ...). Nelle occasioni in cui resta sola a casa (massimo 45 minuti) riferisce di aver timore di cadere, seppur fino ad oggi tale situazione non si sia mai verificata. Quest'ultima racconta di essere molto attenta nell'evitare cadute, tuttavia riferisce che nell'eventualità di questo tipo non sarebbe in grado di rialzarsi da sola. Le patologie presenti all'incarto, come indicato nell'annotazione dell'SMR del 9 ottobre 2012, non giustificano la necessità di sorveglianza come intesa nelle CIGI (marginale 8035) e pertanto non può essere considerata. (...)" (doc. AI 111/5) L'assicurata sostiene invece: " (...) Per quanto concerne la necessità di una sorveglianza personale, giova constatare che ad eccezione delle occasioni in cui si sottopone alle varie visite mediche, l'assicurata resta sempre a casa e mai da sola. Si osserva che quando il marito deve assentarsi, la mia assistita ricorre a persone fidate che rimangono con lei, in maniera che non resti mai da sola; si è così organizzata al fine di prevenire i rischi che potrebbero verificarsi nel caso in cui dovesse cadere in casa e non vi fosse nessuno ad aiutarla ad alzarsi. (...)" (doc. I, pag. 6) La ricorrente ha interpellato il suo medico curante, dr. _____, per conoscere l'eventuale presenza di impedimenti nello svolgere gli atti

ordinari della vita. Con scritto 3 aprile 2013, allegato al ricorso, il citato sanitario ha evidenziato: " (...) La paziente presenta, per motivi di dolore, una mobilità ridotta del tronco nei movimenti di torsione e di flessione antero-posteriore e nella lateroflessione che dal punto di vista funzionale non le permettono di abbassare le mani oltre il livello delle ginocchia. Non è stato possibile accovacciarsi o genuflettersi. Ella si siede e si rialza autonomamente come pure riesce a coricarsi e rialzarsi da un letto in modo tuttavia laborioso per la ricerca di posizioni ed appoggi antalgici, in particolare se non può disporre di maniglie, braccioli o altri punti d'appoggio. La deambulazione appare lenta e prudente e la Signora si avvale dell'aiuto di un bastone a sinistra. Alla luce di quanto sopra, le limitazioni fisiche condizionano negativamente le seguenti azioni. 1. Deambulazione per tratti prolungati (50-100 m). Necessita di fermarsi ogni dieci metri. Necessita riposo prolungato dopo cinquanta a cento metri al massimo. 2. Impossibilità di accovacciarsi, inginocchiarsi e limitazione per flettere il tronco e portare le mani al di sotto delle ginocchia. Questo si ripercuote sull'abbigliamento della parte inferiore del corpo (pantaloni, calze, scarpe). Difficoltà o impossibilità di raccogliere oggetti caduti al suolo (viene usata una pinza con manico). Lo stesso pone problema per la pulizia della parte distale (bassa) del corpo. 3. L'atto di sedersi e di coricarsi/rialzarsi è attuabile autonomamente ma risulta laborioso a causa di dolori mentre è più agevole se aiutato da terzi; quest'ultima è la soluzione abitualmente adottata. 4. L'igiene al gabinetto può porre difficoltà riconducibili alla laboriosità dei movimenti di torsione del tronco; l'attuabilità di questa operazione non è sempre garantita e per questa ragione non di rado deve farsi aiutare. Questo problema pone ostacoli per l'autonomia fuori casa. Secondo l'anamnesi il bisogno d'aiuto è variabile da giorno a giorno in funzione dell'intensità dei dolori. Per l'alimentazione non si rilevano ostacoli significativi. Per stabilire contatti ed organizzare la vita sociale vi è una dipendenza importante dall'assistenza del marito a causa dell'ingravescente demoralizzazione con umore depressivo che si protrae ormai da molto tempo." (doc. B) Pendente causa, l'assicurata ha prodotto due rapporti, datati 16 maggio 2013 e 29 ottobre 2013, dello psichiatra curante dr. _____, di cui si parlerà, per quanto necessario, nel prossimo considerando (doc. E1 e XXIbis). 2.7. Esaminati attentamente gli atti, le risultanze dell'inchiesta domiciliare non possono essere confermate dal TCA per i seguenti motivi. 2.7.1. In merito all'atto "alzarsi, sedersi e coricarsi", l'assistente sociale ha fatto riferimento alle succitate annotazioni 7 novembre 2011 del SMR, a loro volta riferite ai dati anamnestici ripresi dalla perizia SAM 10 gennaio 2011 (cfr. consid. 2.5), per negare la necessità di un regolare aiuto di terzi per l'espletamento di tale atto ordinario. Orbene, nel succitato scritto il dr. _____ ha sostenuto che "l'atto di sedersi e di coricarsi/rialzarsi è attuabile autonomamente", contraddicendo in un certo senso l'assenza di una simile autonomia sostenuta dall'assicurata. Certo, egli ha precisato che l'espletamento di tale atto "risulta laborioso a causa dei dolori mentre è più agevole se aiutato da terzi", circostanza che non è però "sufficiente" per riconoscere un aiuto regolare e notevole di terzi. Rimane tuttavia la problematica del dormire che, secondo quanto sostenuto nel ricorso, a causa di dolori al bacino "nell'arco della notte, dalle tre alle quattro volte, il consorte aiuta costantemente la moglie ad alzarsi". Inoltre, l'assistente sociale ha evidenziato che "l'assicurata deve cambiare più volte postura e da sola provvede a posizionare i differenti cuscini sotto le gambe". A questo va poi aggiunto che, come si legge nella perizia del SAM, "di notte vi è una specie di crampo all'arto inferiore destro con tendenza a spostare l'arto verso internamente. Il crampo può durare un'ora. Il marito è costretto ad aiutare l'assicurata mobilizzando-massaggiando l'arto (pag. 11). Se confermate, con queste limitazioni

l'assicurata, senza l'aiuto di terzi, può coricarsi in modo non conforme all'usuale. Secondo giurisprudenza, in generale non è ritenuto idoneo a compiere un atto ordinario della vita l'assicurato che lo adempie in modo difforme dall'usuale (DTF 106 V 159 consid. 2b citato, ad esempio, in STF 9C_604/13 consid. 5.3). In queste circostanze, occorre che su questo punto l'assistente sociale proceda ai dovuti accertamenti, ritenuto che il solo riferimento alle annotazioni SMR del 7 novembre 2011 non è sufficiente per escludere la necessità di un rilevante e duraturo aiuto. 2.7.2. Per quel che concerne "l'andare al gabinetto", atto che include anche il riordino dei vestiti, va detto quanto segue. Se per l'atto di vestirsi il consulente ha riconosciuto un aiuto da parte di terzi, dall'altra parte il dr. _____, partendo dalla medesima considerazione, ha fatto presente che tale difficoltà si ripercuote sulla pulizia bassa del corpo. Quindi anche per il compimento di questo atto ordinario l'assistente sociale dovrà procedere ai dovuti accertamenti. 2.7.3. Quanto agli spostamenti fuori casa, il marito dell'assicurata ha fatto presente come sua moglie non riesca da sola a togliere la pesante carrozzella elettrica, acquistata in sostituzione di quella vecchia (manuale). Ciò rappresenta una nuova circostanza rispetto al momento in cui è stata svolta l'inchiesta domiciliare. Nella perizia del SAM è stato osservato che l'assicurata "nella Smart può trasportare una sedia a rotelle" (cfr. consid. 2.5); non è tuttavia dato di sapere se l'assicurata sia in grado o meno di caricarla e toglierla da sola dall'auto. Tale aspetto va pertanto accertato dall'assistente sociale. 2.7.4. Infine, questo TCA concorda nel ritenere come l'assicurata non necessiti di una continua sorveglianza personale. Al riguardo l'assistente sociale ha pertinentemente fatto riferimento al marg. no. 8035 della Circolare sull'invalidità e grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) secondo cui: " Il concetto di sorveglianza personale permanente non si riferisce allo svolgimento degli atti ordinari della vita. Le prestazioni di cui si è già tenuto conto come aiuto diretto o indiretto in un ambito degli atti ordinari della vita non possono essere prese in considerazione ancora una volta per valutare la necessità della sorveglianza. Questo concetto va invece inteso come una prestazione medica e assistenziale necessaria a causa dello stato di salute fisico e/o psichico dell'assicurato. Ad esempio, è necessaria una sorveglianza personale permanente se, per assenze mentali, un assicurato non può essere lasciato solo durante tutta la giornata (RCC 1986 p. 512 consid. 1a con rinvii) o se l'assicurato deve avere vicino, con brevi interruzioni, un terzo perché non può essere lasciato solo (RCC 1989 p. 190 consid. 3b, 1980 p. 66 consid. 4b; cfr. N. 8020)." Al proposito, va osservato che il "solo" timore - espresso dall'assicurata - di eventuali cadute, pur comprensibile, non è sufficiente per ammettere la necessità di una continua sorveglianza da parte di terzi, in particolare del marito. Infatti, non vi sono indizi di natura medica che indichino un rischio di cadute dovuto, come visto al punto no. 2.6.3, all'utilizzo di un bastone (oltre alla sedia a rotelle) negli spostamenti in casa. In questo senso, correttamente nelle annotazioni 9 ottobre 2012 il dr. _____ del SMR ha rilevato che "... in assenza di una patologia grave ed in assenza di una problematica neurologica la necessità di una sorveglianza personale continua va negata dato che l'assicurata lasciata sola non mette in pericolo se stessa o terzi con il suo comportamento" (doc. AI 113). 2.7.5. L'assicurata fa anche riferimento al rapporto 16 maggio 2013 dello psichiatra curante, dr. _____, in cui, diagnostica una sindrome depressiva di media gravità, ha valutato un netto peggioramento rispetto alla valutazione multidisciplinare, compresa quella psichiatrica, eseguita dal dr. _____, che, secondo quanto sostenuto dallo psichiatra curante, non aveva rilevato uno stato psicopatologico condizionante un'incapacità lavorativa. Il dr. _____ ha pertanto concluso per una totale incapacità lavorativa (doc. E1). Nel successivo rapporto 29 ottobre 2013 egli ha

sostenuto la necessità di una nuova rivalutazione visto che l'inchiesta domiciliare era stata eseguita un anno prima, stante il peggioramento psichiatrico da lui attestato nel precedente rapporto (XXI/bis). A prescindere dal fatto che il dr. _____ aveva riscontrato una suppur lieve (20%) inabilità lavorativa, va precisato che quanto rilevato sopra dallo psichiatra curante non è rilevante nel caso in esame, ove si tratta di accertare la necessità di aiuto regolare e permanente di terzi per il compimento di singoli atti ordinari della vita. Né del resto dagli atti risulta esservi un caso di aiuto indiretto secondo quanto definito dal marg. no. 8029 CIGI: "l' aiuto indiretto di terzi significa che la persona è in grado, sul piano funzionale, di compiere gli atti ordinari della vita ma non li eseguirebbe, o li eseguirebbe solo parzialmente o in orari inadeguati, se fosse lasciata sola (RCC 1984 p. 368, 1980 p. 62). Mentre, a titolo di esempio, il no. 8080 CIGI prevede : "Questa forma di aiuto che riguarda principalmente gli invalidi psichici e mentali presuppone la presenza regolare di una terza persona che sorvegli personalmente la persona assicurata nelle attività quotidiane in questione, la solleciti ad agire, le impedisca di compiere azioni dannose e all'occorrenza l'aiuti. Tale forma di aiuto deve tuttavia essere distinta dall'aiuto nell'affrontare le attività quotidiane (accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, N. 8040 segg.). La succitata documentazione potrà semmai essere allegata ad un'eventuale nuova domanda di prestazioni, che spetta all'assicurata inoltrare all'Ufficio AI. 2.8. In queste circostanze, gli atti sono da rinviare all'Ufficio AI affinché proceda ad una nuova valutazione degli atti ordinari di cui al consid. 2.7.1, 2.7.2 e 2.7.3. In esito agli accertamenti, l'amministrazione stabilirà, mediante l'emissione di una nuova decisione, l'eventuale esistenza di un diritto all'assegno per grandi invalidi di grado medio. Ne consegue che la decisione contestata dev'essere annullata, mentre il ricorso va accolto. Visto l'esito del ricorso non è necessario procedere ad ulteriori accertamenti né all'organizzazione di un pubblico dibattito (cfr. consid. 1.3). Giova infatti al proposito ricordare come l'accoglimento (nel merito) da parte del giudice delle richieste ricorsuali sulla base degli atti costituisca motivo di rinuncia – a titolo eccezionale – all'esperimento di un dibattito pubblico ex 6 CEDU chiesto dalla parte ricorrente (in argomento cfr. Villiger, Handbuch der Europäischen Menschenrechtskonvention, 1993, § 22 n. 438; STF 9C_684/2010 del 4 novembre 2010; DTF 136 I 281 consid. 1, 122 V 58). 2.9. 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 fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà alla ricorrente fr. 1'500.--di ripetibili. La domanda di assistenza giudiziaria diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5).

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