

TI_GERICHTE 32.2018.70 vom 5. April 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-04-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.70

FR: TI_GERICHTE 32.2018.70 du 5 avril 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.70 del 5 aprile 2018

Erwägungen

E. 4

in fine: “ Allegati: [...] incarto AI ”). L’insorgente, se avesse voluto visionare l’incarto prodotto dall’UAI, avrebbe potuto farne richiesta in ogni momento a questo Tribunale. Malgrado il tempo trascorso, ella non si è tuttavia presentata presso questo Tribunale per visionare l’incarto, né ha domandato l’invio della documentazione. Il TCA può pertanto emanare la sentenza (cfr. anche sentenza 32.2016.22 del 31 gennaio 2017, consid. 2.7; sentenza 32.2015.175 del 28 aprile 2016 [ricorso al TF stralciato dai ruoli in seguito al suo ritiro: decreto 9C_386/2016 del 3 ottobre 2016]; cfr. anche René Wiederkehr, Ivy Angelli Rosales-Geyer, Informationspflichten nach Art. 29 Abs. 2 BV, in: AJP 2019, pag. 63). Del resto l’interessata con le osservazioni del 4 giugno 2018 ha ancora potuto prendere posizione sull’intera fattispecie e segnatamente sulla presa di posizione del medico SMR del 15 maggio 2018, dove sono state spiegate le ragioni alla base della reiezione della domanda. nel merito 2.2. Secondo l’art. 9 LPGA - 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’esplicito 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/coricarsi - mangiare - provvedere all’igiene personale (cura del corpo) - andare al gabinetto (fare i propri bisogni) - spostarsi (in casa e all’esterno) e stabilire contatti sociali. 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). 2.3. L’art. 42 cpv. 1 LAI prevede che l’assicurato grande invalido (art. 9 LPGA) con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGA) in Svizzera ha diritto a un assegno per grandi invalidi. La grande invalidità può essere di grado elevato, medio o lieve (art. 42 cpv. 2 LAI). Giusta l’art. 42 cpv. 3 LAI, è considerato grande invalido anche chi a causa di un danno alla salute vive a casa e necessita in modo permanente di essere accompagnato nell’organizzazione della realtà quotidiana. Chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica ha diritto almeno a un quarto di rendita. Chi ha bisogno unicamente di essere accompagnato in modo permanente nell’organizzazione della realtà quotidiana è considerato grande invalido di grado lieve. 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. Per il capoverso 2 dell'art. 37 OAI, 1 a 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.

Infine, l'art. 37 cpv. 3 OAI stabilisce che la grande invalidità è di grado lieve se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari:

- a. è costretto a ricorrere in modo regolare e considerevole, all'aiuto di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita;
- b. necessita di una sorveglianza personale permanente;
- c. necessita, in modo durevole, di cure particolarmente impegnative, richieste dalla sua infermità;
- d. a causa di un grave danno agli organi sensori o di una grave infermità fisica, può mantenere i contatti sociali con l'ambiente solamente grazie a servizi di terzi forniti in modo regolare e considerevole; oppure
- e. è costretto a ricorrere a un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'art. 38.

A norma dell'art. 38 cpv. 1 OAI, esiste un bisogno di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'art. 42 cpv. 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 una terza persona; oppure
- c. rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno.

Per l'art. 38 cpv. 3 OAI, nel testo in vigore dal 1° gennaio 2015, è considerato unicamente l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana che è regolare e necessario in relazione a una delle situazioni di cui al capoverso 1. Fra queste non rientrano in particolare le attività di rappresentanza e di amministrazione nel quadro delle misure di protezione degli adulti conformemente agli articoli 390-398 del Codice civile. 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. Giusta l'art. 42ter cpv. 1 LAI il grado personale di grande invalidità è determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi: 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. L'assegno per gli assicurati minorenni è calcolato sotto forma di importo giornaliero.

2.4. Nel caso di specie l'interessata è attualmente al beneficio di una rendita intera con grado d'invalidità del 70% a causa di una sindrome depressiva persistente (F 34.9), di una sindrome ansiosa generalizzata grave con attacchi di panico (F 41.01), di una sindrome lombovertebrale e spondilogenica cronica a sinistra, senza segni clinici radiologici di neurocompressione e di uno stato dopo spondilodesi posteriore L4/L5/S1 per insufficienza bisegmentaria di tipo degenerativo (rapporto finale del medico SMR, dr. med.

_____ , del 23 luglio 2013, pag. 502 incarto AI). Quali diagnosi senza influo sulla capacità lavorativa sono stati posti lo stato dopo frattura traumatica del corpo vertebrale T10 senza sequele, lo stato dopo infarto miocardico da occlusione dell'arteria circonflessa per dissezione spontanea, l'epilessia tipo grand-mal in trattamento e lo stato dopo ustioni all'emicorpo destro nell'infanzia (rapporto finale del medico SMR, dr. med. _____, del 23 luglio 2013, pag. 502 incarto AI). Il 22 settembre 2017 la ricorrente ha inoltre subito un intervento di protesi al ginocchio sinistro (cfr. pag. 581 incarto AI). Nella domanda volta all'ottenimento di un assegno per grandi invalidi del 6 marzo 2017, l'interessata ha rilevato che dal 2010, all'aperto, si sposta sempre accompagnata per timore delle crisi epilettiche o cardiache e, per questo motivo, evita di stare da sola (pag. 532-533 incarto AI). Ella ha precisato che è sempre necessario che ci sia qualcuno in casa con lei nel caso in cui abbia delle crisi epilettiche o cardiache, sia di giorno che di notte (pag. 534 incarto AI). Il 14 marzo 2017 il dr. med. _____, primario di neurologia presso l'_____ di _____, ha indicato di aver in cura l'interessata dal 2011, di averla vista l'ultima volta nell'aprile 2016 e che “ non vedo motivazioni alla grande invalidità ”, “ sul piano neurologico non vi è grande invalidità di alcun grado ” (pag. 537 incarto AI). In un referto datato 2 maggio 2016 lo specialista aveva posto le diagnosi principali di epilessia con crisi generalizzata di probabile origine criptogenetica e sindrome mista ansioso-depressiva in trattamento (pag. 538 incarto AI). Da parte loro il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, in data 17 marzo 2017 e il medico curante dr. med. _____, FMH medicina interna e oncologia, in data 19 aprile 2017, hanno confermato quanto indicato nel formulario di richiesta per l'assegno per grande invalido dall'assicurata (pag. 542 e 547 incarto AI). L'11 giugno 2017 il medico SMR, dr. med. _____, ha rilevato: " Si evidenzia come il dr. med. _____, che segue l'assicurata da anni, non ravvisi la necessità dell'aiuto di terzi regolare e notevole. Il dr. med. _____ ha visitato l'assicurata a partire dal 30.03.2017 per cui ha avuto una finestra di osservazione limitata nel tempo e conseguentemente le sue indicazioni potrebbero riferirsi ad una breve riacutizzazione delle patologie non necessariamente indicante limitazioni a lungo termine (non indica nemmeno tutte le diagnosi somatiche a noi note dell'assicurata, ad.es. la cardiopatia). Resta il rapporto medico del dr. med. _____ che giustifica, a mio parere, soltanto la necessità di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, esclusivamente a causa della patologia psichiatrica, a partire non prima dell'ottobre 2013 (nel settembre 2013 non venivano sollevate obiezioni dai medici, dall'assicurata e dalla sua rappresentante legale al progetto di decisione, si può dedurre che le condizioni di salute dell'assicurata non giustificassero le limitazioni attuali e la domanda AGI)" (pag. 555) Il 2 novembre 2017 l'assistente sociale ha eseguito una visita a domicilio presso la ricorrente (pag. 579 e seguenti incarto AI). Dal rapporto del 29 novembre 2017 emerge che l'interessata vive al proprio domicilio insieme al compagno ed al figlio _____. Ella svolge autonomamente i seguenti atti ordinari della vita: vestirsi, svestirsi, preparare i vestiti, alzarsi, sedersi e coricarsi, mangiare, igiene personale, andare al gabinetto. Circa gli spostamenti “ in casa e nelle strette vicinanze dell'abitazione ”, la ricorrente “ si sposta in totale autonomia ma richiede l'accompagnamento dei famigliari per lunghi spostamenti per la forte paura a rimanere da sola; il timore di un improvviso malessere le causa forte ansia con attacchi di panico e per tale motivo non riesce neanche a servirsi dei mezzi pubblici ed evita i luoghi affollati ”. L'interessata “ esegue le attività domestiche leggere ed affida ai famigliari quelle pesanti; si occupa degli acquisti personali in totale autonomia; gestisce personalmente i contatti con gli uffici amministrativi; fa i pagamenti; si occupa

personalmente delle questioni inerenti il suo stato di salute ed afferma di non trascurare mai gli appuntamenti con i medici .” L’assistente ha affermato che “ sulla base delle dichiarazioni dell’assicurata non ritengo ci siano i presupposti per un accompagnamento nell’organizzazione della realtà quotidiana; tuttavia ritengo che sia lo psichiatra SMR a doversi esprimere al riguardo ”. Circa la sorveglianza personale l’assistente ha evidenziato che “ da moltissimi anni ” l’assicurata “ ha paura a restare sola, sia di notte che di giorno, per il timore di un improvviso malessere. Il costante pensiero dell’eventualità di una crisi epilettica o un infarto le causa una forte ansia con attacchi di panico e si sente rassicurata dalla presenza dei familiari, ai quali condiziona la quotidianità in base alle sue esigenze. L’assicurata segnala inoltre circa 3 crisi epilettiche l’anno”. Per l’assistente “ sulla base delle dichiarazioni dell’assicurata, confermate anche dallo psichiatra curante, dottore _____, nel rapporto del 26 settembre 2017, ritengo ci siano i presupposti per una sorveglianza personale; tuttavia chiedo allo psichiatra SMR la conferma di tale necessità ”. L’assistente ha concluso affermando che la persona assicurata dipende da terzi per compiere un atto ordinario della vita: spostarsi, mentre ha chiesto una presa di posizione del medico psichiatra SMR per stabilire se vi sia o meno la necessità di sorveglianza personale e di accompagnamento nell’organizzazione della realtà quotidiana (pag. 583 incarto AI). Il 7 dicembre 2017 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " La necessità di un accompagnamento nell’organizzazione della realtà quotidiana ai sensi della legge è data se l’assicurato: non può vivere autonomamente senza l’accompagnamento di una terza persona oppure non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l’accompagnamento di una terza persona oppure rischia seriamente l’isolamento permanente dal mondo esterno. La necessità di sorveglianza personale va invece intesa come una prestazione medica e assistenziale necessaria a causa dello stato di salute fisico e/o psichico dell’assicurata. Ad esempio, è necessaria una sorveglianza personale permanente se, per assenze mentali, un assicurato non può essere lasciato solo durante tutta la giornata. L’assicurata risulta autonoma negli acquisti personali, nei contatti con gli uffici amministrativi, nella gestione degli appuntamenti medici. La necessità di sorveglianza personale e di accompagnamento dell’organizzazione della realtà quotidiana non sono giustificate dal punto di vista medico.” (pag. 584 incarto AI) Il 29 dicembre 2017 la dr.ssa med. _____, capoclinica presso il _____, ha rilevato che “ nonostante la terapia antiepilettica, la paziente ha presentato negli ultimi anni diverse recidive di crisi. Queste si presentano in genere con improvvise perdite di coscienza e cadute al suolo, le cui conseguenze possono essere molto gravi. La paziente è inoltre antiaggregata e ciò la espone ad un incrementato rischio di emorragie post-traumatiche. In considerazione della imprevedibilità delle crisi riteniamo quindi auspicabile che la paziente non rimanga da sola al domicilio ” (pag. 595 incarto AI). Il 13 marzo 2018 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " Secondo il rapporto medico SMR del 23.03.2009, firmato dal collega Dr. med. _____, l’assicurata non andava incontro a crisi da almeno 5 anni e tale condizione non implicava ulteriori limitazioni se non attività esposte al rischio di cadute. All’epoca del citato rapporto l’epilessia era ritenuta come senza influsso sulla capacità lavorativa. In realtà secondo la ricostruzione anamnestica fruibile nella perizia _____ del 09.03.2009, l’assicurata ha manifestato crisi di grand mal tra i sei e i dodici anni, ed in seguito tra il 2000 ed il 2003. Nel rapporto specialistico del Dr. med. _____, FMH Neurologia, del 03.03.2007, il collega afferma che l’assicurata non aveva manifestato alcuna crisi epilettica negli ultimi tre anni. Nel rapporto del Dr. med. _____ del 25.07.2003 il collega, rivedendo l’assicurata a distanza di sei mesi, riporta

che l'assicurata aveva presentato ancora una recidiva due mesi prima. Nel rapporto medico del _____ del 14.06.2011, firmata dal Dr. _____, viene indicata la diagnosi di “probabile epilessia con sporadiche crisi generalizzate”, ma viene specificato che si tratta di una diagnosi anamnesticca con nessuna recidiva negli ultimi otto (8) mesi. In effetti, la polisonnografia con monitoraggio EEG risultava nella norma tranne che per una roncopatia di entità lieve. Anche la RMN cerebrale non aveva mostrato reperti patologici alla base del quadro epilettico. L'entrata in materia da parte del nostro ufficio il 04.03.2013 fu dovuta a motivi psichiatrici e non all'epilessia. Nel rapporto (formulario AI) del 24.03.2013, la collega _____ annovera uno stato di male epilettico dai 6 ai 12 anni scomparso ma recidivato a seguito dei maltrattamenti del proprio coniuge nel 2000. All'epoca l'assicurata riferiva tre episodi epilettici all'anno. Dopo la prescrizione di Topiramato da parte del neurologo _____ nel 2003, l'assicurata riferisce solo due episodi all'anno. Nella richiesta di perizia psichiatrica del 07.05.2013 così come nel RAF SMR del 23.07.2013, l'epilessia era annoverata fra le patologie senza influsso sulla capacità lavorativa. Nel formulario sulla grande invalidità del 14.03.2017, il Dr. med. _____, _____ dell'Ospedale _____ di _____, afferma che non vede motivazioni alla grande invalidità ed insiste confermando “sul piano neurologico non vi è invalidità di alcun grado”. Nel rapporto del _____ del 02.05.2016 l'epilessia riportata in diagnosi principale parla di una autosospensione della terapia con Topamax ad inizio 2016, ma anche di una probabile, ultima crisi notturna, avvenuta in Novembre 2014. Più avanti, i colleghi affermano che gli episodi di malessere con sensazione di vedere buio, già descritti in precedenza, si manifestano tuttora, associati a tachicardia e sensazione di paura, ma sono stati interpretati come di origine presincopale non epilettica. Alla luce delle suesposte considerazioni, stante la storia clinica dell'assicurata con solo sporadiche crisi anamnesticche nel corso di molti anni e la documentazione medica disponibile agli atti, non vi è alcuna giustificazione medica alla necessità di una sorveglianza personale continua per la patologia epilettica.” (pag. 600-601 incarto AI) L'8 gennaio 2018 il curante, dr. med. _____, FMH medicina interna, FMH oncologia medica, ha sostenuto che “la patologia epilettica da cui è affetta, obbliga l'entourage ad una sorveglianza continua, poiché la possibilità di eventi caratterizzati da perdita di coscienza sono sempre possibili” (pag. 590 incarto AI). La dr.ssa med. _____ ha nuovamente visitato l'insorgente in data 17 aprile 2018 ed ha affermato: “(...) Anamnesi intermedia Rivedo la signora RI 1 su sua segnalazione dopoché ha presentato in data 02.04 un episodio compatibile con una recidiva di crisi epilettica focale con alterazione della coscienza con secondaria generalizzazione. In particolare la paziente riferisce che il giorno dopo Pasqua si trovava da sola al proprio domicilio, ricorda un improvviso stato di confusione, non sapeva chi fosse, non riconosceva la sua casa, di essersi quindi risvegliata in terra e di essersi spostata sul divano e di essersi addormentata. Al risveglio dal sonno si è accorta di sangue a terra e sul collo proveniente da morsus linguale laterale sinistro e dolori diffusi in particolare alla protesi del ginocchio sinistro recentemente operato. Nei giorni successivi mialgie diffuse (...) Valutazione Recidiva di crisi epilettica focale con alterazione qualitativa di coscienza e successiva generalizzazione con morsus linguale. La paziente è trattata con Rivotril 4 mg/die che già assume da tempo e non vuole ridurre, che prende regolarmente. Il Topamax è sottodosato come antiepilettico. Ho proposto terapia con Lamotrigina da incrementare fino a 200 mg/die nell'arco di 8 settimane sperando in una buona tolleranza. (...)” (doc. B) Il 15 maggio 2018 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: “(...) Desidero innanzitutto ricordare che nella mia precedente annotazione SMR del 04.04.2018 (recte:

13.3.2018), citavo il rapporto medico del 14.06.2011 redatto dal Dr. med. _____, primario _____ al _____ di _____, che poneva diagnosi di: “Probabile epilessia con sporadiche crisi generalizzate”. Il Dr. med. _____ specificava che si trattava di una diagnosi anamnestica con nessuna recidiva negli ultimi otto mesi. La polisonnografia eseguita in quell’occasione risultava nella norma ed anche la RMN cerebrale non aveva mostrato reperti patologici alla base del quadro epilettico. Desidero ancora ricordare che nel rapporto del _____ del 02.05.2016, i colleghi neurologi affermavano che gli episodi di malessere associati a “ sensazione di vedere buio ”, già descritti in precedenza, si manifestavano tuttora accompagnandosi a tachicardia e “ sensazione di paura ” ma venivano interpretati come di origine pre-sincopale e non epilettica. Intendo ora porre l’accento sul fatto che nel formulario sulla grande invalidità del 14.03.2017 compilato sempre dal Dr. med. _____, il Primario affermava di non vedere motivazioni alla grande invalidità scrivendo che “sul piano neurologico non vi è invalidità di alcun grado”. Infine, concludevo la mia annotazione ribadendo che tutta la storia clinica dell’assicurata era stata caratterizzata solo da sporadiche crisi anamnestiche, perlopiù non testimoniate, che si erano presentate nel corso di molti anni. Ritenevo poi esaustiva la documentazione medica disponibile all’incarto, con ovvio riferimento alle affermazioni del Dr. med. _____ che abbiamo già considerato. Ritengo ora opportuno ricostruire attraverso i dati più salienti la storia clinica dell’assicurata secondo la documentazione medica disponibile agli atti. - Nel Febbraio 1990 l’assicurata veniva ricoverata per tre volte alla Clinica _____ di _____ per sindrome lombovertebrale, ma l’epilessia veniva descritta come “anamnestica” (non testimoniata e non documentata). - In Agosto 1991 l’assicurata è stata vittima di un infortunio automobilistico con ricovero urgente all’_____, con ferita lacero-contusa al cuoio capelluto, ma senza alcuna manifestazione epilettica peri o post-traumatica. - La TAC del Settembre 1991 e la RMN del maggio 1992 non parlavano per ripercussioni a livello del canale spinale. Pertanto, la topografia dei disturbi sensitivi asseriti dall’assicurata veniva giudicata neurologicamente inaccettabile. Gli specialisti ritenevano che fattori psicogeni giocassero un ruolo in simile evoluzione. L’EEG eseguito dal neurologo _____ mostrava un tracciato nella norma, (si fa notare che l’EEG dell’assicurata è sempre stato normale). - L’assicurata è stata sottoposta a perizia pluridisciplinare _____ il 10.05.1993. Nell’anamnesi patologica di quella perizia si legge che l’assicurata, dall’età di 5 anni ai 12 anni, soffriva di epilessia, senza alcuna specificazione. L’assicurata sarebbe caduta nel fuoco durante una crisi e sarebbe stata curata nel corso successivi tre anni in ospedale. Proseguendo nell’intervista, l’assicurata affermava di non avere terapia anti-epilettica da sei-sette mesi. Ancora, l’assicurata affermava di non avere più avuto problemi neurologici dopo lo “sviluppo” a dodici anni. A questo proposito non posso non osservare che l’assicurata ha poi avuto due gravidanze dal decorso scevro da complicanze, coronate da parto spontaneo senza alcuna crisi epilettica intercorrente e senza aver alcuna terapia antiepilettica. A pagina 5 della medesima perizia _____ si legge: “ consulto neurologico del Dr. _____, neurologo: EEG nella norma. Le contraddizioni anamnestiche indicano che la paziente non dice la verità a proposito della comizialità .” Sempre a pag. 5 della perizia, il dr. med. _____, in data 02.09.1992, scrive: “ l’assicurata non deve essere considerata grave invalida. Le affezioni preesistenti extratraumatiche non hanno ripercussioni sulla capacità lavorativa ”. Si fa anche notare che il perito ortopedico di allora, Dr. _____, si esprimeva nel seguente modo: “i disturbi lamentati dalla paziente, in pratica non hanno alcun substrato organico. Si tratta di disturbi

funzionali psicogeni”. Pongo ancora una volta in evidenza che in quella perizia, la diagnosi di epilessia veniva descritta come “ status di post-epilessia ” e veniva annoverata tra le diagnosi non invalidanti. Mi preme porre l’accento anche sulla diagnosi non invalidante di “ parestesia alla gamba sinistra di origine sconosciuta ”. A pagina 11 della stessa perizia si legge: “ Il Dr. med. _____ parla di risposte contraddittorie dell’assicurata per le dichiarate parestesie. Anche un EMG è negativo. Dal punto di vista EEG, e per la progressa epilessia, lo specialista non propone una terapia anticomiziale .” - Nel suo rapporto del 25.07.2003, il Dr. med. _____, FMH Neurologia, riporta di una recidiva di crisi (da lui comunque mai osservata) avente quali possibili fattori scatenanti il persistente conflitto coniugale che induceva un disturbo del sonno. - Il rapporto di Pronto Soccorso _____ del 11.01.2005, si riferisce ad una contusione della spalla destra e ad una distorsione della caviglia destra. Non vi è stato alcun riferimento a crisi epilettiche. - Nel suo rapporto del 03.03.2007, Il Dr. med. _____, FMH Neurologia, afferma che dal suo incarto “ non risultano iscritte negli ultimi tre anni crisi epilettiche ”. - Nel rapporto medico del _____ di _____ del 06.08.2007, l’epilessia veniva annoverata tra le diagnosi secondarie come “ epilessia dall’età di 6 anni (ricomparsa delle crisi di tipo complesso dopo 20 anni) ”. In quell’occasione, i colleghi neurochirurghi sottoponevano l’assicurata a diversi esami diagnostici strumentali, tra cui una RM del tratto cervico-dorsale, non riscontrando lesioni in grado di spiegare la sintomatologia riferita dall’assicurata (dolori dorsali, parestesie agli arti superiori). Alla luce di quanto emerge dallo studio approfondito dell’incarto, mi permetto di ricordare che al momento dell’osservazione medica di una crisi epilettica occorre verificarne la durata. Nel caso in cui la durata della crisi superi i 20 minuti, si prefigura la condizione di male epilettico. Alla fine della crisi, la raccolta anamnestica deve essere effettuata preferibilmente interrogando un testimone della crisi. In ogni caso, il medico deve poi procedere alla diagnosi differenziale per escludere altri episodi di origine neurologica, psichica o sistemica (endogena o esogena) come ad esempio le convulsioni psicogene non epilettiche (PNES). Nel caso dell’assicurata, le presunte crisi non sono mai state osservate da un medico, inoltre non sappiamo nulla sulla durata delle presunte crisi, nulla su eventuali testimoni, nulla su eventuali fenomeni motori o nessun fenomeno motorio di accompagnamento, nulla sulla ricerca di altre possibili condizioni cliniche simulanti epilessia. Dalla disamina degli atti medici disponibili emergono dubbi rilevanti sull’attendibilità di quanto riferisce l’assicurata a proposito della sua epilessia, ma non solo. Anche per quello che concerne le altre condizioni oggetto di valutazione peritale, e, in seguito, specialistica, viene più volte sottolineata la contraddittorietà delle affermazioni dell’assicurata, l’inaccettabilità neurologica, l’inspiegabilità dei sintomi da lei riferiti rispetto alle oggettivazioni strumentali nonché l’origine disfunzionale psicogena dei suoi disturbi. Ora, secondo la Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology (...) pubblicata l’otto marzo 2017, la maggior parte delle crisi epilettiche possono essere classificate come a “ esordio focale ” o “ a esordio generalizzato ”. Nelle crisi focali viene coinvolta una zona limitata del cervello, mentre nelle crisi generalizzate vengono coinvolte immediatamente aree più estese del cervello in entrambi gli emisferi cerebrali. La crisi focale può manifestarsi senza alterazioni della coscienza oppure con alterazioni della coscienza, può accompagnarsi a fenomeni motori (automatismi gestuali, modificazioni muscolari di segmenti corporei, fenomeni motori a carico di segmenti corporei) oppure accompagnarsi a fenomeni non motori (crisi focali vegetative, cognitive, sensoriali). Le crisi epilettiche focali in cui

l'abnorme attività elettrica neuronale si estende fino a coinvolgere aree cerebrali più estese e bilaterali prendono il nome di crisi epilettiche focali secondariamente bilaterali tonico-cloniche, denominate in precedenza crisi epilettiche parziali secondariamente generalizzate. Nel suo rapporto del 18.04.2018, la Dr.ssa med. _____ parla di recidiva di crisi epilettica focale con alterazione qualitativa di coscienza e successiva generalizzazione con morsus linguale. La collega giunge a questa conclusione esclusivamente sulla base del racconto dell'assicurata. Abbiamo già verificato l'inattendibilità delle affermazioni dell'assicurata sulla base di quanto è stato osservato ed affermato dagli specialisti reumatologi, neurologi, ortopedici e neurochirurghi che l'hanno valutata in diverse occasioni nel corso di ben 27 anni. A questo punto, non posso non osservare quanto segue: - La presunta crisi epilettica del 02.04.2018 non è testimoniata; - Non si dispone di alcuna informazione sulla durata della presunta crisi; - Non si dispone di alcuna informazione circa le condizioni dell'assicurata al momento della presunta crisi; - L'assicurata è anche nota per aver autosospeso la terapia con Topiramato (vedi rapporto _____ del 02.05.2016); - Dal rapporto della Dr.ssa med. _____, non si evince che l'assicurata si è presentata in PS per farsi suturare la lingua in seguito all'episodio di morsus, né per verificare altri eventuali danni dovuti alla caduta; - Ci si chiede perché l'assicurata riferisce la presunta crisi il 02.04.2018 mentre si rivolge alla Dr.ssa med. _____ soltanto il 17.04.2018, ossia quindici giorni dopo. - Nell'esame obiettivo descritto dalla Dr.ssa _____ non vi è traccia di un esame ispettivo della lingua dell'assicurata, perlomeno la collega non lo ha riportato nel suo rapporto del 17.04.2018. - L'EEG eseguito il 17.04.2018 anche questa volta non mostrava anomalie epilettiformi. Data la considerevole mole di informazioni dirimenti, scaturita dal più approfondito esame della documentazione medica disponibile agli atti, pur volendo ritenere veridica la presunta crisi epilettica del 02.04.2018, non si può certo sostenere, sulla base di questa, che sia necessaria una sorveglianza personale continua in una situazione clinica nella quale le presunte crisi si manifesterebbero mediamente ogni tre-quattro anni. Pertanto, confermo integralmente le conclusioni da me già espresse nella precedente risposta 04.04.2018 e confermo che l'assicurata necessita unicamente dell'aiuto regolare e notevole da parte di terzi per l'atto di spostarsi." (doc. V/1) La ricorrente si è espressa in merito, senza produrre ulteriori documenti (doc. IX). 2.5. Va qui ancora rammentato che per il marg. 8035 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2017, 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 pag. 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 pag. 190 consid. 3b, 1980 pag. 66 consid. 4b; v. N. 8020). Per essere rilevante per il diritto alla prestazione la sorveglianza personale deve presentare un certo grado d'intensità. Non è sufficiente che l'assicurato soggiorni in un'istituzione specializzata e sia soggetto alla sorveglianza generale di quest'ultima. Si deve valutare in modo obiettivo, secondo le condizioni di salute dell'assicurato, se sia necessario un aiuto permanente o una sorveglianza personale (9C_608/2007). È di regola irrilevante l'ambiente

in cui soggiorna l'assicurato. Nella valutazione della grande invalidità non si deve fare alcuna differenza a seconda che l'assicurato viva nella sua famiglia, in un alloggio privato o in una casa di cura. Si può ritenere che vi sia necessità di sorveglianza quando l'assicurato, con ogni probabilità, nuocerebbe a sé stesso o a terzi se non fosse sorvegliato. Il marginale 8035 CIGI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, è simile al precedente, con la sola precisazione che il concetto di sorveglianza va inteso " come una prestazione necessaria a causa dello stato di salute fisico, psichico e/o mentale dell'assicurato ". Per il marginale 8036 CIGI, la sorveglianza deve essere di lunga durata e non " transitoria ", come ad esempio in caso di malattia intercorrente. Con sentenza 8C_741/2017 del 17 luglio 2018 il TF ha in sostanza ripreso quanto stabilito nella citata sentenza 9C_608/2007 del 31 gennaio 2008 e figurante nel marginale 8035 CIGI, affermando: " (...) 3.3.2 Eine dauernde persönliche Überwachungsbedürftigkeit darf angenommen werden, wenn die versicherte Person infolge ihres physischen und/oder psychischen Gesundheitszustands ohne Überwachung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sich selbst oder andere Personen gefährden würde (vgl. Ziff. 8035 i.V.m. Ziff. 8078 KSIH; auch zum Folgenden). Die Überwachung ist z.B. erforderlich, wenn eine versicherte Person wegen geistiger Absenzen nicht während des ganzen Tages allein gelassen werden kann oder wenn eine Drittperson mit kleineren Unterbrüchen bei der versicherten Person anwesend sein muss, da sie nicht allein gelassen werden kann (BGE 107 V 136 E. 1b S. 139; 106 V 153 E. 2a S. 158; Urteil 9C_831/2017 vom 3. April 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Um als anspruchrelevant zu gelten, muss die persönliche Überwachung ein gewisses Mass an Intensität aufweisen. "Dauernd" heisst nicht rund um die Uhr, sondern ist als Gegensatz zu "vorübergehend" zu verstehen. Dies kann nach der Rechtsprechung erfüllt sein, wenn bei einer versicherten Person z.B. Anfälle zuweilen nur alle zwei bis drei Tage auftreten, diese aber unvermittelt und oft auch täglich oder täglich mehrmals erfolgen, sodass tägliche Überwachung vonnöten ist (Urteil 9C_598/2014 vom 21. April 2015 E. 5.2.1, in: SVR 2015 IV Nr. 30 S. 92). Das Erfordernis der Dauer bedingt auch nicht, dass die betreuende Person ausschliesslich an die überwachte Person gebunden ist. Ob Hilfe und persönliche Überwachung notwendig sind, ist objektiv nach dem Zustand der versicherten Person zu beurteilen (Urteil 9C_608/2007 vom 31. Januar 2008 E. 2.2.1; vgl. zum Ganzen Urteil 9C_598/2014 vom 21. April 2015 E. 5.2.1, in: SVR 2015 IV Nr. 30 S. 92). Anche in una sentenza 9C_831/2017 del 3 aprile 2018 il TF ha ribadito il medesimo concetto: " (...) 3.1. Selon la jurisprudence, la notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI, qui est traduite en temps destiné à apporter de l'aide supplémentaire (cf. art. 39 al. 3 RAI), ne se confond pas avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré aux traitements et aux soins de base, si bien que des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant

une période prolongée; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ATF 107 V 136 consid. 1b p. 139; 106 V 153 c. 2a p. 158; arrêts 9C_598/2014 du 21 avril 2015 consid. 5.2.1; 8C_158/2008 du 15 octobre 2008 consid. 5.2.1; 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.2.1 et les références).” 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall’Ufficio AI prima dell’emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve confermare l’operato dell’amministrazione. Il medico SMR, dr. med. _____, ha infatti attentamente valutato l’intera documentazione medica acquisita dall’UAI e prodotta dalla ricorrente ed ha potuto stabilire che l’insorgente non necessita di una sorveglianza personale permanente ai sensi dell’art. 37 cpv. 3 lett. b OAI e della giurisprudenza (cfr. consid. 2.5.). A questo proposito va rammentato che i servizi interni del SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l’aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio dell’amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L’assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (sentenza 9C_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Nel caso di specie l’insorgente, a sostegno dell’asserita necessità di una sorveglianza permanente, che fa risalire al 2010 (cfr. pag. 534 incarto AI), afferma di essere affetta da una grave forma di epilessia che comporterebbe l’esigenza di una presenza continuativa di terzi. Come emerge dal sito dell’Ente Ospedaliero cantonale (<https://www.eoc.ch/Centri-specialistici/NSI/Neurologia/Cosa-trattiamo/Epilessia.html>), le crisi epilettiche e l’epilessia sono disturbi neurologici molto frequenti che si possono verificare a qualsiasi età. L’incidenza è più alta nel primo anno di vita, si riduce progressivamente fino all’adolescenza, rimanendo relativamente stabile durante l’età adulta per poi crescere di nuovo nell’età avanzata. Nei paesi industrializzati la prevalenza dell’epilessia attiva è compresa tra il 3.5 e il 10.7 per 1000 abitanti. La crisi epilettica è un evento conseguente a un’attività abnorme ed eccessiva di un gruppo di neuroni cerebrali. Le manifestazioni cliniche sono improvvise e transitorie e variano a seconda delle aree cerebrali coinvolte dalla scarica epilettica: potranno quindi esserci sintomi motori, sensoriali, autonomici o mentali, rilevati dal paziente o da un osservatore, durante i quali il paziente può avere una compromissione della coscienza. Le crisi di solito si autolimitano,

quando invece sono prolungate o continue si parla di stato epilettico. In concreto, come sottolineato dal medico SMR, dr. med. _____, dagli atti emerge una certa sporadicità degli episodi di epilessia. Nel rapporto del 23 marzo 2009 il medico SMR, dr. med. _____, che ha posto l'epilessia tipo grand-mal in trattamento quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, ha indicato l'assenza di episodi epilettici almeno dal 2003 (pag. 305 incarto AI), aggiungendo che "anche l'epilessia, sotto trattamento, senza crisi da almeno 5 anni, non implica ulteriori limitazioni se non attività esposte a pericolo di cadute" (pag. 306 incarto AI). Il 14 giugno 2011, ossia in un periodo in cui l'interessata già ritiene di aver necessitato di una sorveglianza personale permanente (cfr. domanda, pag. 534 incarto AI), il dr. med. _____, allora viceprimario del _____, diagnosticata una "probabile epilessia con sporadiche crisi generalizzate", ha accertato l'assenza di recidive negli ultimi 8 mesi ed ha precisato che la frequenza degli episodi epilettici, come rilevato dalla medesima assicurata (cfr. referto dell'8 febbraio 2011, pag. 459 incarto AI) si attesta sui due all'anno circa (pag. 404 incarto AI). Gli esami effettuati (EEG e RMN) sono risultati nella norma, con la sola eccezione della presenza di una roncopenia lieve. Pochi mesi dopo, ossia il 27 giugno 2012, l'interessata ha inoltrato una domanda di revisione della rendita AI senza segnalare la presenza di nuovi episodi epilettici, ma affermando di essere affetta da dolori alla schiena e chiedendo un aiuto domestico per "difficoltà a svolgere le faccende domestiche" (pag. 386 e seguenti; cfr. anche il referto del 27 giugno 2012 del medico curante, dr. med. _____, pag. 393 e seguenti). In seguito alla decisione di non entrata in materia della richiesta di revisione della rendita AI, nella successiva domanda del 15 marzo 2013 l'interessata ha affermato di necessitare della presenza costante di una persona "a causa della situazione psichica" perché "ha paura a rimanere a casa da sola", senza alcun accenno all'epilessia (pag. 432 incarto AI) e nel rapporto finale del medico SMR del 23 luglio 2013, che ha portato all'aumento del grado d'invalidità, l'epilessia figura tra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa (pag. 135 incarto AI). In un successivo referto del 2 maggio 2016 il dr. med. _____, nel frattempo divenuto primario del _____ del _____, ha rilevato una "probabile ultima crisi epilettica notturna novembre 2014" (pag. 538/539 incarto AI), ossia circa un anno e mezzo prima. Anche in questo caso l'EEG effettuato ha presentato valori nei limiti della norma (pag. 540 incarto AI). Interpellato dall'UAI, il 14 marzo 2017 il dr. med. _____ ha precisato di aver in cura l'interessata dal 2011, di averla vista l'ultima volta nell'aprile 2016 e che "non vedo motivazioni alla grande invalidità", "sul piano neurologico non vi è grande invalidità di alcun grado" (pag. 537 incarto AI). Lo specialista ha inoltre negato che le indicazioni sulla grande invalidità contenute nel formulario per la richiesta dell'assegno corrispondessero alle sue costatazioni (pag. 537 incarto AI). In concreto l'epilessia di cui è affetta la ricorrente si presenta sporadicamente, 2 volte all'anno, e non comporta di conseguenza quella necessità di una sorveglianza personale permanente ai sensi dell'art. 37 cpv. 3 lett. b OAI e della giurisprudenza che le permetterebbe di essere posta al beneficio di un assegno per grandi invalidi (consid. 2.5 e sentenza 9C_831/2017 del 3 aprile 2018). La sorveglianza personale deve infatti presentare un determinato grado di intensità e deve essere necessaria durante un periodo prolungato; anche se non è indispensabile che la sorveglianza sia continua 24 ore su 24, non deve neppure trattarsi di una sorveglianza passeggera, occasionata da una malattia intercorrente. La condizione della regolarità è adempiuta se la persona assicurata necessita di una sorveglianza personale permanente o potrebbe necessitarne una ogni giorno; è il caso per esempio laddove delle crisi sono suscettibili di prodursi tutti i giorni o ogni due o tre giorni, o possono intervenire

bruscamente ogni giorno o anche più volte al giorno. A questo proposito va segnalata, nell'ambito della richiesta di un assegno per grandi invalidi per minorenni, la sentenza 9C_802/2018 del 25 gennaio 2019 dove al consid. 5.2 il TF ha affermato che “ [...] Schliesslich kamen gemäss der behandelnden Neuropädiaterin Dr. med. C. _____ (vgl. deren Bericht vom 19. März 2018) - entgegen der beschwerdeführerischen Behauptung mehrerer epileptischer Anfälle über 24 Stunden, die sich insofern als aktenwidrig erweist - im Verfügungszeitpunkt nurmehr vereinzelt kurze, wenig belastende epileptische Anfälle maximal 1x pro Monat vor. Dass hierdurch ein wesentlicher zusätzlicher Betreuungsaufwand entstehen würde, wird in der Beschwerde weder (substanziert, vgl. Art. 42 Abs. 2 BGG) geltend gemacht, noch ergibt es sich aus den Akten. Dem Hauptbegehren der Beschwerdeführerin kann nach dem Gesagten nicht stattgegeben werden .” (sottolineatura del redattore; cfr. anche la sentenza 8C_994/2010 del 20 giugno 2011, dove alla persona assicurata, affetta tra l'altro da un'epilessia, curata con Topamax e che da alcuni anni non ha presentato crisi epilettiche, non è stato riconosciuto l'assegno per grandi invalidi). I casi dove la gravità dell'epilessia è stata accertata concernono fattispecie in cui la patologia si manifesta frequentemente, anche più volte al giorno: sentenza 8C_461/2015 del 2 novembre 2015 (relativa ad un minorenne: consid. 4.1: “[...] Sie leide an starker Epilepsie mit zahlreichen Anfällen pro Tag .”); sentenza 8C_72/2017 del 23 maggio 2017 (consid. 3.1: “ Die Abklärungsperson der IV-Stelle sei übereinstimmend mit dem Bericht des Kinderspitals B. _____ vom 12. Oktober 2015 von bis zu vier Epilepsie-Anfällen täglich von bis zu 90 Sekunden ausgegangen”). Le affermazioni contrarie del medico curante (da febbraio 2017; cfr. pag. 530 incarto AI), dr. med. _____, FMH medicina interna ed oncologia, per il quale “ la patologia epilettica da cui è affetta, obbliga l'entourage ad una sorveglianza continua, poiché la possibilità di eventi caratterizzati da perdita di coscienza sono sempre possibili ” (pag. 590 incarto AI), non sono atte a sovvertire le conclusioni del medico SMR ritenuta la sporadicità degli episodi e meglio l'assenza del grado d'intensità previsto dalla giurisprudenza essenziale per ritenere la necessità di una sorveglianza personale permanente. Né possono essere d'aiuto all'insorgente le certificazioni del 29 dicembre 2017 e del 18 aprile 2018 della dr.ssa med. _____, cui la ricorrente si è rivolta 15 giorni dopo una nuova crisi epilettica e che in sostanza riporta quanto descritto dalla medesima insorgente. A prescindere dal lungo tempo trascorso tra la crisi epilettica e la visita medica, la sola circostanza che l'interessata sia affetta da tale patologia e che, secondo quanto da lei stessa affermato, in tre occasioni all'anno (cfr. pag. 582 incarto AI), due secondo quanto riferito dal neurologo dr. med. _____ (459 incarto AI), si verificano delle crisi epilettiche, non è sufficiente, come visto in precedenza, per ritenere la necessità di una sorveglianza personale permanente. Dalla documentazione agli atti emerge inoltre che l'interessata non necessita di alcun aiuto permanente neppure per la sua problematica cardiologica, ossia l'infarto miocardico inferiore del 16 aprile 2008 su dissezione spontanea del ramo circonflesso, trattato conservativamente (cfr. pag. 544 incarto AI). Interpellato in merito, il dr. med. _____, FMH medicina interna e cardiologia, il 16 marzo 2017 ha infatti rilevato di aver effettuato ancora recentemente degli esami che “ non hanno documentato nulla di particolare. La cardio-TAC, effettuata il 25.11.15, non aveva evidenziato alterazioni coronariche significative ” (pag. 544 incarto AI). Infine, l'insorgente non ha prodotto alcun atto a sostegno della tesi secondo cui la protesi al ginocchio sinistro comporterebbe la necessità di una sorveglianza personale permanente. Né vi sono elementi per ritenerlo. Rammentato, per concludere, che il medico SMR, dr. med. _____, ha potuto constatare che, per quanto

concerne la patologia psichica, la necessità di sorveglianza personale e di accompagnamento dell'organizzazione della realtà quotidiana non sono giustificate dal punto di vista medico (pag. 584 incarto AI), occorre concludere, conformemente a quanto stabilito dai medici SMR, che l'insorgente necessita unicamente dell'aiuto regolare e notevole di terzi per l'atto di spostarsi. Va ancora rammentato, a proposito del medico SMR, che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Stabilito che l'insorgente necessita "unicamente" dell'aiuto regolare e notevole di terzi per l'atto di spostarsi, è a giusta ragione che l'UAI ha respinto la domanda tendente all'ottenimento di un assegno per grande invalida dell'AI. 2.7. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/ 2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- vanno poste a carico della ricorrente. Quest'ultima chiede tuttavia di essere messa al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (Lag), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se il processo non è palesemente privo di esito positivo e se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid 5b con riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in

considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, dalla documentazione agli atti (cfr. consid. 2.6), dalla giurisprudenza federale citata (segnatamente sentenza 9C_608/2007 del 31 gennaio 2008, sentenza 8C_994/2010 del 20 giugno 2011) e dalle direttive (CIGI) emerge chiaramente che la ricorrente non necessita di una sorveglianza personale permanente ai sensi della legge.

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