

## **TI\_GERICHTE 32.2019.172 vom 19. August 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-08-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.172](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.172)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.172 du 19 août 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.172 del 19 agosto 2019

### **Regeste**

Entità e decorrenza dell'AGI minorenni e del supplemento per cure intensive spettanti all'assicurato

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

p. 85 consid. 4.2.1 [9C\_431/2008]; STF 8C\_158/2008 del 15. ottobre 2008 consid. 5.2.2). 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. L'art. 28 LAI prevede quanto segue: " 1. L'assicurato ha diritto a una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40 per cento in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40 per cento. 2. La rendita è graduata come segue, secondo il grado di invalidità: Grado d'invalidità Diritto alla rendita in frazioni di rendita intera almeno 40 % un quarto almeno 50 % metà almeno 60 % tre quarti almeno 70 % rendita intera Riguardo all'importo dell'assegno per grandi invalidi, l'art. 42 ter cpv. 1 LAI stabilisce che: " Il grado personale di grande invalidità è determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi. L'assegno per grandi invalidi è versato individualmente e deve agevolare la libertà di scelta negli ambiti principali della vita. L'assegno mensile in caso di grande invalidità di grado elevato ammonta all'80 per cento, in caso di grande invalidità di grado medio al 50 per cento e in caso di grande invalidità di grado lieve al 20 per cento dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS 2 . L'assegno per gli assicurati minorenni è calcolato sotto forma di importo giornaliero." 2.3. I minorenni grandi invalidi che necessitano di un'assistenza intensiva hanno diritto ad un supplemento. L'art. 42 ter cpv. 3 LAI prevede, infatti, che: " L'assegno per minorenni grandi invalidi che necessitano inoltre di un'assistenza intensiva è aumentato di un supplemento per cure intensive; il supplemento non è accordato in caso di soggiorno in un istituto. Il supplemento ammonta, se il bisogno di assistenza dovuto all'invalidità è di almeno 8 ore al giorno, al 100 per cento, in caso di un bisogno di almeno 6 ore al giorno, al 70 per cento e, in caso di un bisogno di

almeno 4 ore al giorno, al 40 per cento dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS. 4 Il supplemento è calcolato sotto forma di importo giornaliero. Il Consiglio federale disciplina i dettagli." L'art. 39 OAI ("supplemento cure intensive") precisa che: " 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 minorenne 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." 2.4. Ai sensi dell'art. 69 cpv. 2 OAI l'ufficio AI esamina le condizioni assicurative, fra l'altro, mediante l'esecuzione di sopralluoghi. Secondo la giurisprudenza, un rapporto d'inchiesta circa la grande invalidità (art. 9 LPGa) o la necessità di cure deve adempiere i seguenti criteri. L'estensore dell'inchiesta (in casu si trattava di un'inchiesta sulla durata e l'intensità dell'assistenza per cure a domicilio) deve essere una persona qualificata, che conosca il contesto in cui la persona bisognosa di cura vive, nonché le affezioni (diagnosi) e limitazioni mediche e le necessità di cura. Nel rapporto devono essere contenute le indicazioni ricevute dall'assicurato e, se è il caso, le opinioni divergenti delle parti coinvolte nell'inchiesta. Il testo del relativo rapporto deve essere inoltre plausibile, dettagliato e motivato in merito ai singoli provvedimenti di cura ed assistenza da prendere in considerazione e inoltre deve corrispondere alle indicazioni acquisite in loco. Se ciò è il caso, allora il rapporto d'inchiesta acquisisce valore probatorio pieno. Il giudice delle assicurazioni sociali interviene solo in presenza di valutazioni chiaramente insostenibili, errate. Questo in considerazione del fatto che la persona competente che ha eseguito l'inchiesta possiede una conoscenza maggiore della fattispecie che il tribunale chiamato in causa a seguito di un ricorso (DTF 140 V 543 consid. 3.2.1. con riferimenti). 2.5. Va infine ricordato che, al pari di ogni altra ordinanza amministrativa, le direttive dell'UFAS (incluse le circolari) costituiscono delle istruzioni dell'autorità di vigilanza all'indirizzo degli organi esecutivi dell'assicurazione sul modo di svolgere le loro competenze. Volte ad assicurare un'applicazione uniforme delle prescrizioni legali da parte dell'amministrazione, tali istruzioni esplicano effetto solo nei confronti di quest'ultima. Esse non creano delle nuove regole giuridiche e rappresentano il punto di vista dell'amministrazione sull'applicazione di una norma di diritto e non un'interpretazione vincolante delle stesse. Il giudice ne controlla liberamente la costituzionalità e la legalità e se ne deve scostare nella misura in cui esse stabiliscono delle norme non conformi alle disposizioni legali applicabili (DTF 139 V 125 consid. 3.3.4., 133 V 257 consid. 3.2, 131 V 45 consid. 2.3, 130 V 172 consid. 4.3.1, 232 consid. 2.1, 129 V 204 consid. 3.2, 127 V 61 consid. 3a, 126 V 68 consid. 4b, 427 consid. 5a). 2.6. A seguito della domanda di prestazioni, l'Ufficio AI ha dato incarico all'assistente sociale di esperire un'inchiesta domiciliare eseguita il 27 marzo 2019, alla presenza del bambino e dei suoi genitori. In tale occasione, l'assistente sociale ha riconosciuto che RI 1, rispetto ad un coetaneo non invalido, necessita di un maggior bisogno di aiuto da parte di terzi nel compimento di 5 atti ordinari della vita e meglio: " vestirsi/svestirsi (da aprile 2018) mangiare (da settembre 2016) lavarsi (da aprile 2018) andare alla

toilette (da aprile 2018) spostarsi (da aprile 2018)". Sulla base di tali valutazioni, con progetto di decisione del 23 maggio 2019, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato un AGI minorenni di grado medio dal 1° aprile 2019. A seguito delle osservazioni presentate dai genitori dell'assicurato contro tale progetto di decisione (doc. 52), l'assistente sociale, chiamata dall'amministrazione ad esprimersi, con annotazione del 3 luglio 2019 ha rilevato quanto segue: " Rispondo alle osservazioni sollevate dai genitori in merito al progetto di decisione dell'Assegno per Grandi Invalidi del 23 maggio 2019 Alzarsi-sedersi-sdraiarsi In sede di contenzioso i genitori richiedono il riconoscimento dell'atto in questione conteggiando anche i 30 minuti di tempo supplementare per "comportamento oppositivo", in quanto: "RI 1 necessita invece della presenza costante del genitore: da solo non riuscirebbe a riaddormentarsi (bisogna sempre essere presenti per tranquillizzarlo) e si alzerebbe continuamente (bisogna impedirgli di alzarsi e girare per casa), ciò si ripete più volte per notte ad ogni momento in cui si sveglia, per cui non è possibile lasciarlo solo. Le sponde non riescono a limitarlo (riesce a scavalcarle, rischiando anche di mettersi in pericolo), mentre la contenzione fisica susciterebbe un tale stato di agitazione, frustrazione e nervosismo da peggiorare la situazione e rendere ancora più difficili (se non impossibili) e lunghi i tempi dell'addormentamento". Questo aspetto dovrà essere valutato dal medico SMR, poiché in base all'allegato IV delle CIGI l'impegno per "alzarsi/tranquillizzare (da 4 anni): 30 minuti" può essere conteggiato solo per ragioni mediche. Mangiare Premessa: in occasione dell'inchiesta a domicilio, l'atto in questione è stato accuratamente valutato insieme alla madre. Durante il colloquio, la signora \_\_\_\_\_ ha dichiarato riuscire anch'essa a mangiare mentre nutre RI 1; ora, tuttavia, in sede di contenzioso vengono fornite altre indicazioni, totalmente contrastanti. In tali circostanze vale il principio più volte citato in sede giurisprudenziale, che "in presenza di due versioni differenti, la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni della prima ora, quando si ignoravano le conseguenze giuridiche". Per quanto concerne invece il supplemento per "comportamento oppositivo", nonostante tale necessità sia già stata evidenziata nel rapporto d'inchiesta, il tempo supplementare può essere conteggiato solo a partire dai 6 anni, in base all'Allegato IV delle CIGI. Per l'atto in questione si confermano le risultanze dell'inchiesta del 27 marzo 2019. Espletare i bisogni corporali In base ai nuovi elementi riportati in sede di contenzioso, per l'atto in questione riconosco un ulteriore tempo supplementare di 40 minuti, considerato il supplemento di 20 minuti per comportamento oppositivo ed altrettanti 20 minuti per l'allenamento ad usare il wc. Sorveglianza personale In base all'Allegato III delle CIGI "Di regola prima dei 6 anni la sorveglianza personale non va presa in considerazione. Per i bambini affetti da autismo infantile o colpiti da frequenti attacchi di epilessia che nessuna medicazione riesce a tenere sotto controllo il bisogno di sorveglianza può essere riconosciuto già a partire da 4 anni, a seconda della situazione e della gravità del disturbo. Generalmente prima degli 8 anni non bisogna considerare una sorveglianza particolarmente intensiva. Per RI 1 ho già riconosciuto la necessità di una maggiore sorveglianza rispetto ad un coetaneo (pari a 2 ore di tempo supplementare) a partire dai 4 anni (aprile 2019). Ora in sede di contenzioso i genitori richiedono il riconoscimento di una sorveglianza "particolarmente intensiva" (pari a 4 ore di tempo supplementare); questo aspetto dovrà essere esaminato dal medico SMR, che dovrà valutare se vi siano patologie che giustificano tale necessità prima degli 8 anni (vedasi marginale 8079 delle CIGI). Conclusioni: mi riservo di procedere con le conclusioni, dopo la presa di posizione del medico SMR sull'atto di "alzarsi/sedersi/corricarsi" e sulla "sorveglianza particolarmente intensiva".

(Doc. 54) Conformemente a quanto richiesto dall'assistente sociale, con annotazione del 24 luglio 2019 la dr.ssa \_\_\_\_\_, pediatra del SMR, ha rilevato: " Bambino di 4 anni con un disturbo dello spettro autistico, con difficoltà nell'interazione sociale, nella capacità di attenzione e ritardo dello sviluppo psicomotorio. Ho letto le osservazioni datate 25.06.2019 presentate dai Sig.ri \_\_\_\_\_ e RA 1, genitori di RI 1. Nel formulario ufficiale del 15.5.2018 compilato dalla signora \_\_\_\_\_ risulta che: - per alzarsi e sedersi il bambino è autonomo, necessita invece di aiuto fisico diretto, anche per dare il ritmo dormi/veglia - il bambino necessita di sorveglianza totale anche in casa, scappa e si mette in pericolo. Il rapporto d'inchiesta della signora \_\_\_\_\_ del 27.03.2019 al punto 1.2 discute degli atti alzarsi/sedersi/sdraiarsi: a livello pratico il bambino esegue autonomamente tutte le funzioni; non viene menzionato comportamento oppositivo Al punto 1.4.3. indicazioni sulla sorveglianza personale viene segnalato che RI 1 non sta mai fermo e fatica ad obbedire. La madre non può mai perderlo di vista, neanche per pochi minuti. 1. Alzarsi, sedersi, sdraiarsi I bambini che come RI 1 soffrono di un disturbo dello spettro autistico non sempre riescono a rispettare e comprendere il ritmo sonno/veglia, spesso hanno difficoltà ad addormentarsi, durante la notte si svegliano frequentemente: necessitano sempre di addormentarsi con un genitore e di essere riaccompagnati a letto in caso di risveglio. Quanto descritto dai sig.ri \_\_\_\_\_ nelle loro osservazioni è coerente con le necessità di un bambino affetto da autismo: l'impegno supplementare di 30 minuti nella notte può essere conteggiato dai 4 anni. 2. Sorveglianza personale Le marginali 8078.1 e 2 CIGI descrivono che la necessità di una sorveglianza sussiste in particolare se: - Il minore potrebbe nuocere a sé stesso o a terzi Il pericolo e la necessità di sorveglianza che ne deriva devono permanere nonostante le misure relative all'obbligo di ridurre i danni adottati (box, babyphone, protezioni per prese, finestre, porte, fornelli, ecc.). - La sorveglianza personale presenta un certo grado di intensità, che supera la necessità di sorveglianza di un bambino sano della stessa età Inoltre in forza della c.m. 8079 CIGI la sorveglianza è considerata particolarmente intensiva se alla persona addetta all'assistenza sono richiesti un grado di attenzione superiore alla norma e una prontezza di intervento costante. Ciò significa che la persona addetta all'assistenza deve trovarsi costantemente nelle immediate vicinanze dell'assicurato, poiché qualsiasi distrazione può avere con ogni probabilità conseguenze che possono metterne a repentaglio la vita o può portare a gravi danni per le persone e/o cose. A causa della sorveglianza/assistenza uno a uno richiesta la persona addetta all'assistenza non può dedicarsi praticamente a nessun'altra attività. Inoltre, per la sicurezza dell'assicurato e del suo ambiente è necessario prevedere anticipatamente misure adeguate per ridurre il danno, senza tuttavia che queste provochino una situazione non esigibile per l'ambiente. Nel caso di RI 1 la sorveglianza è necessaria in quanto a causa della sua patologia non è in grado di percepire il pericolo, né di ascoltare, comprendere e ubbidire agli avvertimenti degli adulti che sono con lui. Pertanto nel caso di questo bambino autistico è giustificata la sorveglianza personale permanente a partire dai 4 anni." (Doc. 57) Alla luce di queste valutazioni, con la decisione impugnata l'Ufficio AI, rivedendo la propria posizione, ha riconosciuto ad RI 1 un bisogno di aiuto da parte di terzi rispetto ad un coetaneo sano per il compimento di tutti gli atti ordinari della vita e un SCI di 4 ore (così calcolato: 1 ora e 45 minuti per gli atti ordinari della vita; 21 minuti per le cure; 6 minuti per accompagnamento a visite mediche o a sedute di terapia; 2 ore di sorveglianza personale permanente, per un totale complessivo di 4 ore e 12 minuti). All'interessato è quindi stato assegnato un AGI minorenni di grado medio dal 1° aprile 2019, poi aumentato ad un grado elevato dal 1° luglio 2019, nonché un SCI di 4 ore dal 1° luglio 2019 (doc. A2). 2.7. Nel caso concreto, la prima contestazione

riguarda il momento a partire dal quale l'assicurato ha diritto ad un AGI minorenni di grado elevato. Secondo l'amministrazione, l'interessato, al termine dell'anno di carenza (cioè nel mese di aprile 2019) ha diritto ad un AGI minorenni di grado medio, poi aumentato ad un AGI minorenni di grado elevato dal 1° luglio 2019 (dopo tre mesi dall'inizio del pagamento dell'AGI, nel rispetto del termine di attesa di cui all'art. 88a cpv. 2 OAI). A parere dei suoi rappresentanti legali, invece, il diritto ad un AGI di grado elevato dovrebbe partire dal 1° aprile 2019, momento del compimento dei 4 anni di RI 1, e non dopo un periodo di tre mesi da tale data ex art. 88a cpv. 2 OAI. Secondo loro, infatti, allo scadere dell'anno di attesa non vi è stato un peggioramento dello stato di salute - circostanza che avrebbe sì imposto l'attesa di un termine di tre mesi - ma vi è stato il compimento dei quattro anni del bambino, circostanza che permette di considerare la necessità di aiuto nell'atto di "alzarsi, sedersi, coricarsi" e la sorveglianza. Nella risposta di causa, l'amministrazione ha ribadito la correttezza del proprio agire, rilevando che "affinché sia possibile riconoscere da subito il diritto ad un AGI di grado elevato, è necessario che la grande invalidità sia stata di grado elevato durante tutto il periodo di attesa (cfr. marg. 8093 CIGI), ciò che non è manifestamente il caso nella fattispecie" (doc. IV). Tali considerazioni sono state contestate dai rappresentanti legali di RI 1, i quali, in data 11 novembre 2019, hanno rilevato che quanto sostenuto dall'amministrazione "non tiene minimamente conto della rinuncia al periodo di attesa di tre mesi così come imposto dal marginale 8113 della CIGI: "in caso di modifica del grado di grande invalidità per motivi di età (secondo la tabella dell'Allegato III), in analogia al N. 4008.1 si deve rinunciare al periodo di attesa di tre mesi di cui all'art. 88a cpv. 2 OAI". Essi hanno sottolineato che "l'assicurato, allo scadere dell'anno di attesa, aprile 2019, ha un grado elevato di grande invalidità, poiché con il compimento dei 4 anni gli è riconosciuto anche l'atto di "alzarsi/sedersi/coricarsi" e la sorveglianza (che corrisponde ad una modifica per motivi di età secondo l'Allegato III della CIGI), mentre nel periodo di attesa aveva solamente un grado medio di grande invalidità. Giusta l'art. 35 cpv. 1 OAI e il marginale 8093 della CIGI l'assicurato non avrebbe immediatamente diritto ad un AGI di grado elevato, ma solamente dopo i tre mesi di attesa. Poiché però proprio al contempo dello scadere dell'anno è subentrata la modifica del grado di grande invalidità per motivi di età (in altri termini non è avvenuto il miglioramento previsto dall'Allegato III della CIGI rispetto ad un coetaneo) eccone giustificati i motivi per rinunciare al periodo di attesa di tre mesi precisati nell'art. 88a cpv. 2 OAI, come prevede il marginale 8113 della CIGI" (doc. VIII). L'Ufficio AI, nelle osservazioni del 21 novembre 2019, non ha preso posizione riguardo a queste ultime considerazioni espresse dai rappresentanti dell'assicurato (cfr. doc. X). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene che le obiezioni sollevate in sede di ricorso e in corso di causa siano pertinenti e condivisibili. Riguardo alla nascita del diritto all'AGI, la cifra marginale 8092 prevede che: " In linea di principio, il diritto all'assegno per grandi invalidi, in applicazione analogica dell'articolo 28 capoverso 1 lettera b LAI, nasce dopo la scadenza di un anno d'attesa. In questo caso, le regole concernenti la nascita del diritto alla rendita di cui all'articolo 29 capoverso 1 LAI non sono applicabili (BGE 137 V 351)." La cifra marginale 8093 CIGI precisa: " La percentuale dell'assegno da accordare è stabilita in base al grado della grande invalidità prima e dopo il periodo di attesa. La grande invalidità è quindi considerata di grado elevato se è stata di grado elevato durante tutto il periodo di attesa e se presumibilmente rimarrà tale (cfr. N. 4001 seg.). In caso di modifiche della grande invalidità durante l'anno di attesa, come per il calcolo dell'incapacità lavorativa media per il diritto alla rendita (N. 2017 segg.), occorre determinarne il grado medio, determinante per il calcolo dell'assegno per

grandi invalidi all'inizio del diritto, tenendo conto delle percentuali di cui all'articolo 42 ter LAI, vale a dire 20 per cento per la grande invalidità di grado lieve, 50 per cento per quella di grado medio e 80 per cento per quella di grado elevato (Pratique VSI 1999 pag. 252). Esempio: Un'assicurata è grande invalida di grado lieve dall'1.5.2016 al 31.7.2016. Nell'agosto del 2016, il suo stato di salute peggiora causando una grande invalidità di grado elevato. Dopo la scadenza del termine di attesa nel maggio del 2017, il grado medio della grande invalidità durante il periodo di attesa è del 65 per cento ( $3 \times 20\% \text{ più } 9 \times 80\% = 780\%$ ,  $780\% : 12 = 65\%$ ). Visto che dopo il periodo di attesa l'assicurata continua a essere grande invalida almeno di grado medio, dall'1.5.2017 ha diritto a un assegno per grandi invalidi di grado medio. Dall'1.8.2017 può esserle versato un assegno per grandi invalidi di grado elevato applicando l'articolo 88a capoverso 2 primo periodo OAI (l'art. 88a cpv. 2 secondo periodo OAI non entra in linea di conto, poiché il grado di grande invalidità di almeno l'80% necessario per il diritto ad un assegno più elevato non esisteva al momento della nascita del diritto, l'1.5.2017; cfr. Pratique VSI 2001 pag. 274). Nell'ambito della "Revisione – modifica del diritto" la cifra marginale 8113 CIGI stabilisce che: " Per la modifica della grande invalidità e dell'onere d'assistenza in relazione al supplemento per cure intensive per i minorenni (N. 8074 segg.), si applicano per analogia le vigenti disposizioni concernenti la modifica del diritto alla rendita (N. 4008 segg. e 5001 segg.; art. 17 cpv. 2 LPGa). In caso di modifica del grado di grande invalidità per motivi di età (secondo la tabella dell'Allegato III), in analogia al N. 4008.1 si deve rinunciare al periodo di attesa di tre mesi di cui all'articolo 88 a capoverso 2 OAI. Inoltre queste disposizioni si applicano anche al momento del passaggio da un assegno per grandi invalidi per minorenni a quello per adulti (9C\_395/2011)." La cifra marginale 4008.1 CIGI, a sua volta, prevede che: " È possibile rinunciare al periodo di attesa di tre mesi (art. 88 a cpv. 2 OAI) se l'aumento della rendita non è dovuto a un cambiamento dello stato di salute dell'assicurato, bensì a una situazione globale stabilizzata (p. es. in caso di cambiamento di statuto dell'assicurato) (I 599/05 consid. 5.2.3; I 930/05)." Nella sentenza I 930/05 del 15 dicembre 2006, concernente un'assicurata alla quale l'amministrazione aveva rifiutato il diritto ad una rendita di invalidità in applicazione del metodo misto – decisione poi avallata dai giudici cantonali - il Tribunale federale ha ritenuto che il diritto a prestazioni fosse da valutare secondo il metodo misto in un primo momento, poi secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi - avendo l'assicurata dimostrato che, senza il danno alla salute, a partire dal mese di marzo 2005 avrebbe lavorato a tempo pieno. Così facendo, l'amministrazione le ha riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita dal 1° gennaio 2005 (scadenza dell'anno d'attesa), poi aumentato ad una mezza rendita a partire dal 1° marzo 2005. Il TF, riprendendo quanto già deciso nella STF I 599/05 del 6 febbraio 2006 consid. 5.2.3, ha precisato che nello stabilire il momento a partire dal quale riconoscere il diritto ad una mezza rendita di invalidità si dovesse fare astrazione dal termine di attesa di tre mesi di cui all'art. 88a cpv. 2 OAI, trattandosi di un cambiamento non dovuto all'evoluzione dello stato di salute, da considerare stabile (cfr. sentenza citata, consid. 5 in fine: "Comme la révision de la rente n'est pas justifiée par une évolution de l'état de santé de la recourante, à savoir par un phénomène pathologique labile, mais qu'elle s'inscrit dans un contexte où celui-ci apparaît comme stabilisé, il peut être fait abstraction du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI pour fixer la naissance du droit à la demi-rente (arrêt H. du 6 février 2006, I 599/05, consid. 5.2.3 et les références). Il s'ensuit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er mars 2005."). Ora, nel caso di specie, come correttamente rilevato dai rappresentanti legali del bambino, allo scadere dell'anno di

attesa, nell'aprile 2019, durante tutto l'anno d'attesa RI 1 ha adempiuto le condizioni per avere diritto ad un AGI minorenni di grado medio (necessitando di aiuto per il compimento di cinque atti ordinari della vita). Allo scadere dell'anno di carenza, nell'aprile 2019, a seguito del compimento dei quattro anni di età, egli ha diritto ad un AGI minorenni di grado elevato, necessitando a quel momento di aiuto nel compimento di tutti gli atti ordinari della vita e di una sorveglianza personale. L'aumento del grado di grande invalidità non è determinato da un peggioramento delle condizioni di salute - nel qual caso andrebbe applicato il periodo di attesa di tre mesi ex art. 88a cpv. 2 OAI al fine di assicurarsi che il peggioramento abbia carattere duraturo e non passeggero - ma è dovuto alla circostanza che con il compimento dei quattro anni di età - esattamente nel mese di aprile 2019, che coincide pure con il termine dell'anno di attesa secondo quanto indicato dall'Ufficio AI - RI 1 abbisogna di maggiore aiuto da parte di terzi rispetto ad un coetaneo sano anche nell'atto di "alzarsi, sedersi, coricarsi", oltre alla sorveglianza, computabili a partire da suddetta età. Trattandosi quindi di un cambiamento di grado di grande invalidità a seguito del raggiungimento di un determinato limite di età (in casu: 4 anni), non vi è ragione di verificarne la persistenza nel tempo, avendo automaticamente carattere duraturo (analogamente a quanto previsto alla cifra marginale 4008.1 CIGI nel caso di cambiamento causato non da motivi di salute, ma a seguito di una situazione globale stabilizzata). Il diritto ad un AGI minorenni di grado elevato va riconosciuto, quindi, da aprile 2019. Su questo punto il ricorso va accolto. 2.8. La seconda contestazione riguarda il mancato riconoscimento da parte dell'Ufficio AI del carattere particolarmente intensivo della sorveglianza di cui abbisogna RI 1 a causa della sua infermità. I rappresentanti legali ritengono che l'amministrazione ha riconosciuto che nel caso di specie vi è la necessità di una sorveglianza personale permanente, anziché di una sorveglianza particolarmente intensiva, a seguito di un fraintendimento, ritenuto che la stessa pediatra del SMR ha ammesso che RI 1 non è in grado di percepire il pericolo, né di ascoltare, comprendere e ubbidire agli avvertimenti degli adulti. Tale valutazione configura, a mente dei suoi rappresentanti legali, quanto previsto dalla marginale 8079 CIGI per spiegare in cosa consista una sorveglianza particolarmente intensiva (doc. I). Di parere opposto l'Ufficio AI, il quale ha confermato anche in sede di risposta di causa la correttezza della decisione impugnata, producendo a sostegno della stessa due prese di posizione, una da parte dell'assistente sociale autrice dell'inchiesta a domicilio e, l'altra, della pediatra del SMR (cfr. doc. IV/1-2). Nell'annotazione per l'incarto del 2 ottobre 2019 l'assistente sociale competente ha rilevato: " Nel corso della mia pluriennale esperienza professionale incaricata delle valutazioni del diritto all'AGI degli assicurati minorenni ho riscontrato le condizioni per riconoscere la sorveglianza di 4 ore solo in due casi con patologie gravissime e necessità di sorveglianza e di cure 24 ore su 24 poiché l'assicurato era in costante pericolo di vita. Nel caso di RI 1 non ho avuto alcuna titubanza nel convenire sulla necessità di sorveglianza superiore rispetto ad un coetaneo, limitatamente a due ore. Pur trattandosi di un bambino che non sta mai fermo, che fatica ad obbedire e che la mamma non può perdere di vista neanche per pochi minuti -come ho onestamente riportato nel rapporto di valutazione -egli non è da considerarsi costantemente in pericolo di vita. Ricordo che qualsiasi bambino coetaneo necessita di attenta sorveglianza in ragione della tenera età. La patologia di cui soffre RI 1 - disturbo dello spettro autistico, con difficoltà nell'interazione sociale, nel linguaggio, nella capacità di attenzione e con un ritardo dello sviluppo psicomotorio - non rientra necessariamente fra le patologie che richiedono una sorveglianza permanente particolarmente intensiva. Una sorveglianza personale, di regola, non va

accordata prima dei 6 anni ma le disposizioni CIGI offrono la possibilità di riconoscere la sorveglianza personale già a partire dai 4 anni, esclusivamente per i bambini autistici o epilettici a seconda della situazione e della gravità del disturbo. Con il consenso del medico pediatra SMR mi sono avvalsa della possibilità di riconoscere la sorveglianza personale che RI 1 necessita in misura maggiore rispetto ad un coetaneo già a partire dai 4 anni. Si tratta di un tangibile riconoscimento del maggior impegno dei genitori. Per considerare una sorveglianza particolarmente intensiva, si esige che la persona addetta all'assistenza (genitori, maestre, educatori; ecc) abbia con il bambino un rapporto uno a uno, un grado di attenzione ed una disponibilità costante che non le consente di occuparsi di altre persone o attività. Va altresì considerata l'esigibilità da parte dei genitori nell'adottare misure necessarie a ridurre il danno, mettendo in sicurezza l'ambiente del bambino (box, protezioni per finestre, porte, prese, fornelli ecc.). Non ravviso altri elementi che possano minimamente giustificare una sorveglianza permanente particolarmente intensiva anche in considerazione dei costanti progressi attestati dagli specialisti che lo hanno in cura. Confermo pertanto che la sorveglianza personale di cui necessita RI 1 corrisponde a 2 ore giornaliere.” (Doc. IV/1) La pediatra del SMR, dal canto suo, nell’annotazione del 30 settembre 2019, ha indicato quanto segue: " RI 1 è un bambino di 4 anni 5/12 affetto da un disturbo dello spettro autistico, con difficoltà nell'interazione sociale, nel linguaggio, nella capacità di attenzione e con un ritardo dello sviluppo psicomotorio. A causa della sua patologia RI 1 necessita di essere sorvegliato in modo maggiore rispetto ad un coetaneo normodotato. Basandosi sulle informazioni agli atti risulta che RI 1 frequenta un pre-asilo ed il \_\_\_\_\_ a tempo parziale. In base all'ultimo rapporto datato 05.06.2019 del signor \_\_\_\_\_, psicologo e psicoterapeuta Capo équipe presso il Centro \_\_\_\_\_, risulta che RI 1 frequenta il \_\_\_\_\_ tre volte alla settimana dal 26.01.2018. Da ottobre 2018 si è passati da una seduta individuale di un'ora ad una seduta individuale di un'ora e mezza perché il bambino ha aumentato le sue possibilità di partecipazione alla terapia. Nel corso dei prossimi mesi abbiamo l'obiettivo di raggiungere le 2h di terapia (3 volte alla settimana). Inoltre questa valutazione riporta nei risultati raggiunti che dal gennaio 2018 ad oggi il bambino ha fatto moltissimi progressi. Inizialmente il lavoro si è focalizzato sul permettere al bambino di portare la sua attenzione sull'interazione con le altre persone (terapisti, membri della famiglia ecc.). Per quanto riguarda il linguaggio, notiamo che il bambino è passato da 3 parole a circa 100 e ultimamente inizia a comporre frasi di due parole. Il contatto visivo è più modulato e maggiormente frequente durante le interazioni sociali. Il bambino ora riesce a fare delle scelte e indicare ciò che desidera. Il suo livello di attenzione è aumentato, all'inizio era di 10-15 secondi, ora riusciamo a fare dei giochi o della attività anche di 10 minuti. Osserviamo inoltre dei progressi nell'ambito delle competenze cognitive. · RI 1 mostra rapidi progressi e il lavoro eseguito al \_\_\_\_\_ con l'obiettivo di lavorare sull'interesse e la motivazione sociale del bambino per aumentare le occasioni di apprendimento, sta portando a buoni risultati. In base a quanto scritto dal Sig. \_\_\_\_\_ questo lavoro permetterà di mettere le basi necessarie al futuro inserimento di RI 1 alla Scuola dell’Infanzia. Riassumendo in base a queste informazioni, risulta che RI 1 necessita sì di essere sorvegliato, ma non risulta la necessità di una sorveglianza particolarmente intensiva. Confermo pertanto, come già scritto nella risposta del 24.07.2019, la necessità di una sorveglianza personale permanente (pari a due ore) a partire dai 4 anni.” (Doc. IV/2) I rappresentanti legali dell’assicurato hanno contestato tali considerazioni, trasmettendo, a comprova della necessità di una sorveglianza particolarmente intensiva, un ulteriore rapporto stilato dal Centro \_\_\_\_\_ . In tale

rapporto, datato 29 ottobre 2019, sottoscritto dalla psicoeducatrice \_\_\_\_\_, dal Capo équipe \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_, viene indicato quanto segue: " (...) La terapia di RI 1 è iniziata il 26.01.2018 ed è ancora in corso. Il piano di trattamento \_\_\_\_\_ prevede una frequenza di due sedute alla settimana (il lunedì per un'ora e mezza di terapia, il venerdì per un'ora). La terapia si svolge in un setting individuale, in una stanza appositamente predisposta per poter lavorare in modo stimolante e in tutta sicurezza. RI 1 viene seguito da due psicologhe che si alternano tra il lunedì e il venerdì e che rivolgono un'attenzione costante al bambino. Il modello proposto per il piano terapeutico è l'Early Start Denver Model (ESDM), il quale si basa sulla teoria della motivazione sociale (Chevallier, Kohls, Troiani, Brodtkin, & Schultz, 2012) e sui modelli comportamentali (ABA, Pivotal). L'ESDM si prefigge quindi di lavorare sull'interesse e la motivazione sociale del bambino per aumentare le occasioni di apprendimento. Le attività proposte al bambino vanno a stimolarlo e, attraverso la ripetizione, a rinforzare le sue competenze di lettura e gestione dell'incontro relazionale con l'altro. Nel corso dell'intervento \_\_\_\_\_ sono state svolte diverse valutazioni dettagliate delle competenze di RI 1 nei diversi campi di sviluppo (comunicazione, competenze sociali, imitazione, motricità, abilità cognitive, autonomie personali) al fine di stabilire gli obiettivi terapeutici e di monitorare l'evoluzione del bambino. In questi anni di terapia RI 1 ha fatto prova di molti progressi nelle diverse aree di sviluppo, se li paragoniamo alla sua situazione all'inizio del trattamento. Lo sguardo è quantitativamente e qualitativamente più presente nell'interazione sociale, il linguaggio si sta ampliando e sempre più strutturando in piccole frasi di 2-3 parole, si osserva inoltre la capacità di indicare per effettuare delle scelte, così come pure la capacità di attenzione sta aumentando. Nonostante l'evoluzione positiva osservata finora, RI 1 continua a richiedere l'intervento di professionisti che possano sostenerlo nel raggiungere le prossime tappe della crescita. Seppur la sua comunicazione e la sua comprensione delle situazioni che lo circondano siano migliorate nel corso dell'intervento, queste risultano tuttora inferiori alla norma per un bambino della sua età. Per questo motivo RI 1 richiede la sorveglianza continua ed elevata da parte degli adulti, senza i quali egli rischierebbe situazioni di pericolo per se stesso e/o per gli altri (per es., egli non sa leggere il pericolo di arrampicarsi su basi instabili o di porre la mano sulle placche della cucina). RI 1 riesce ad anticipare solo parzialmente le conseguenze delle sue azioni e, solamente se accompagnato da un adulto, riesce a organizzare il suo gioco e le esplorazioni degli spazi in modo conseguente (per es. se faccio cadere un oggetto, poi lo raccolgo). Il suo comportamento rimane ancora molto imprevedibile e non può quindi essere lasciato da solo. Il bambino è molto affrancato ai suoi schemi d'azione che, se vengono interrotti o modificati, possono provocargli intense crisi di rabbia e pianto, difficili da gestire. Inoltre; i suoi schemi d'azione spesso necessitano di un tempo di esecuzione maggiore per svolgere attività quotidiane (per es. vestirsi/svestirsi, lavare le mani, ...). Anche a casa i genitori ci riportano come queste situazioni richiedono da parte loro un investimento massiccio di tempo ed energie (per es. fare il bagno, gestione dei pasti, passeggiate): RI 1, attraverso i suoi schemi, tenta di determinare la situazione per tutti i membri della famiglia, creando grossi disagi e difficoltà di gestione. L'approccio ESDM richiede pure un grande investimento da parte dei genitori, i quali frequentano regolarmente i momenti di terapia al fine di poter continuare a lavorare quotidianamente sugli obiettivi terapeutici definiti per il bambino anche a casa (attraverso delle attività di stimolazione e esercitazione di alcuni apprendimenti)." (Doc. A3) Con annotazioni del 20 novembre 2019, la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR ha rilevato: " Ho letto le osservazioni presentate dalla RA 2 in data 11.11.2019 e l'allegato rapporto del Centro

\_\_\_\_\_ datato 29.10.2019. Durante la crescita e lo sviluppo infantile si può osservare una variabilità individuale, ogni bambino ha i suoi tempi, ma ci sono limiti temporali entro i quali vengono raggiunte le tappe che portano ad apprendere e padroneggiare abilità fondamentali di tipo fisico, sociale e comunicativo. Generalizzando si può affermare che all'età di 4 anni di solito i bambini hanno sviluppato capacità motorie che permettono loro un buon controllo dei movimenti, possono mangiare e andare in bagno da soli; sono spontanei, non provano orgoglio o vergogna; iniziano a sviluppare la moralità (comprensione della trasgressione delle regole) e cominciano ad essere consapevoli dei pericoli e del rischio di ferirsi; sono in grado di usare frasi che dovrebbero essere comprensibili anche da estranei. Un bambino affetto da un disturbo dello spettro autistico presenta un disturbo nello sviluppo che ne causa un ritardo, e che coinvolge soprattutto le capacità di interazione sociale, di comunicare e di stabilire relazioni con gli altri. Tutto questo si manifesta in difficoltà di comunicazione e di linguaggio, assenza di espressioni del volto per esprimere stati d'animo, assenza di gestualità. I bambini appaiono chiusi nel loro mondo, non sono in grado di dialogare o non parlano proprio, possono esprimersi con linguaggio bizzarro e ripetitivo, espressioni facciali e gesti inappropriati, mostrano difficoltà nella comprensione. Spesso utilizzano comportamenti stereotipati e ripetitivi ed hanno interessi limitati e ristretti, con difficoltà di adattamento ai cambiamenti, attaccamento ossessivo ad oggetti insoliti, schemi di comportamento rigidi. Questa disabilità può variare molto in gravità (livello di gravità secondo DSM-5 Disturbi dello spettro dell'autismo: Livello 1-3, v. Tabella allegata), che viene misurata in base al livello di compromissione nella comunicazione sociale sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi, che limitano l'autonomia nella vita quotidiana. Il trattamento dei bambini autistici consiste nell'utilizzo di "rinforzi positivi" che permettono di insegnare a questi pazienti i comportamenti desiderabili e di ridurre quelli problematici e disadattativi. Con i metodi come ESDM (Early Start Denver Model) e ABA (Applied Behavior Analysis) i bambini imparano come interagire con gli altri, apprendono a giocare e migliorano e sviluppano le capacità di comunicazione verbale e non verbale. Grazie a questo vengono progressivamente eliminati i comportamenti auto lesivi, auto-stimolatori (ecolalie, gesti stereotipati, ripetitivi). I genitori vengono coinvolti ed apprendono le tecniche di base in modo da poter aiutare i propri figli anche a casa. Il Centro \_\_\_\_\_ è una struttura semi-residenziale diurna che nel campo della psichiatria infantile è qualificato anche per il trattamento di bambini con disturbi dello spettro autistico, per i quali si avvale di personale specializzato che lavora in un ambiente terapeutico preparato ed indirizzato a questi casi. Le informazioni agli atti riguardanti il piccolo RI 1, ed il quadro fornito dal Centro \_\_\_\_\_, descrivono un bambino con caratteristiche comportamentali per un disturbo dello spettro autistico. In base al rapporto medico dell'08.01.2018 del Prof. \_\_\_\_\_, pediatra e specialista in neurologia pediatrica, risulta che RI 1 fa fatica ad obbedire, gioca da solo, non cerca il contatto con gli altri. Nel rapporto medico non viene indicata la necessità di una sorveglianza personale o di un maggiore aiuto rispetto ad un coetaneo (punto 1.8). I rapporti di decorso riguardanti il trattamento in atto presso il Centro \_\_\_\_\_ che sono agli atti (17.04.2019 e 05.06.2019 Sig. \_\_\_\_\_; 29.10.2019 Dr. \_\_\_\_\_ e Sig. \_\_\_\_\_) descrivono che il piano di trattamento con sedute individuali impostato inizialmente su 3 volte la settimana, ha portato a molti progressi nelle diverse aree di sviluppo, se li paragoniamo alla sua situazione all'inizio del trattamento (26.01.2018). Lo sguardo è quantitativamente e qualitativamente più presente nell'interazione sociale, il linguaggio si sta ampliando e sempre più strutturando in piccole

frasi di 2-3 parole, si osserva inoltre la capacità di effettuare delle scelte, così come la capacità di attenzione sta aumentando. (...) RI 1 continua a richiedere l'intervento di professionisti che possano sostenerlo nel raggiungere le prossime tappe della crescita. Seppur la sua comunicazione e la sua comprensione delle situazioni che lo circondano siano migliorate nel corso dell'intervento, queste risultano tuttora inferiori alla norma per un bambino della sua età. Per questo motivo RI 1 richiede la sorveglianza continua ed elevata da parte degli adulti, senza i quali egli rischierebbe situazioni di pericolo per sé stesso e/o per gli altri (per es. egli non sa leggere il pericolo di arrampicarsi su basi instabili o di porre la mano sulle placche della cucina). RI 1 riesce ad anticipare solo parzialmente le conseguenze delle sue azioni e, solamente se accompagnato da un adulto, riesce a organizzare il suo gioco e le esplorazioni degli spazi in modo conseguente (...). Il suo comportamento rimane ancora molto imprevedibile e non può quindi essere lasciato da solo. (...). Inoltre nello stesso rapporto viene indicato che la terapia si svolge in un setting individuale, in una stanza appositamente predisposta per poter lavorare in modo stimolante e in tutta sicurezza. RI 1 viene seguito da due psicologhe che si alternano tra il lunedì e il venerdì e che rivolgono un'attenzione costante al bambino. Come già scritto sopra, nel caso di RI 1, affetto da un disturbo dello spettro autistico, siamo in presenza di una patologia che porta ad un ritardo nell'acquisizione delle capacità di interazione sociale, dell'abilità di comunicare e della capacità di stabilire relazioni con gli altri. Il trattamento intensivo svolto al Centro psico-educativo (terapia comportamentale) sta portando benefici che anche i genitori riconoscono (i genitori vedono i progressi e sono rassicurati dall'evoluzione che sta facendo il bambino, 17.04.2019 sig. Dornbierer), ed il fatto che la frequenza e quindi l'intensità del trattamento sia stata diminuita da 3 sedute (rapporti \_\_\_\_\_ 18.04 e 05.06.2019) a 2 sedute settimanali (rapporto dr. \_\_\_\_\_, Sig. \_\_\_\_\_ del 29.10.2019) lo conferma. Non si può negare che RI 1 è affetto da una patologia caratterizzata da un ritardo dello sviluppo in alcuni ambiti, che necessita dei suoi tempi per evolvere, e che lo porta ad avere una comprensione dei pericoli inferiore alla norma per l'età – 4 anni – in cui i bambini normodotati cominciano ad essere consapevoli dei pericoli e del rischio di ferirsi (mani sulle placche della cucina), ma non possono essere lasciati senza sorveglianza. Per quanto riguarda l'affermazione riguardante l'attenzione costante al bambino da parte delle psicologhe, bisogna contestualizzarla al fatto che si tratta di un momento di terapia intensiva, che richiede che impegno e concentrazione siano completamente rivolti al bambino durante il trattamento, e che prevede tempi precisi e limitati (secondo le indicazioni del dr. \_\_\_\_\_ 29.10.2019: un'ora e mezza il lunedì e un'ora il venerdì), che, come si può facilmente comprendere, non è facile sfruttare e rispettare con un bambino affetto da un disturbo dello spettro autistico e dell'età di 4 anni. Pertanto, dal punto di vista medico, le informazioni agli atti fornite con il rapporto del 29.10.2019 dal Centro \_\_\_\_\_: - non portano informazioni agli atti tali da imporre una diversa valutazione della fattispecie; - non sembrano descrivere un profilo di paziente autistico particolarmente grave, che comporterebbe la necessità di un investimento particolare rispetto a quello prevedibile per un altro bambino di quattro anni affetto da autismo.” (Doc. X2) Dall'allegata Tabella dei livelli di gravità del disturbo dello spettro dell'autismo (DSM-5) risulta che il livello 3 richiede un “supporto molto significativo”, il livello 2 un “supporto significativo” e il livello 1 necessita “di un supporto”. Per quanto riguarda il livello 3, vi sono “Gravi deficit delle abilità di comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano gravi compromissioni del funzionamento, avvio molto limitato delle interazioni sociali e reazioni minime alle aperture sociali da parte di altri”, con in più

“Inflessibilità di comportamento, estrema difficoltà nell'affrontare il cambiamento o altri comportamenti ristretti/ripetitivi interferiscono in modo marcato con tutte le aree del funzionamento. Grande disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione”. Nel livello 2, si rilevano “Deficit marcati delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale; compromissioni sociali visibili anche in presenza di supporto; avvio limitato delle interazioni sociali; reazioni ridotte o anomale alle aperture sociali da parte di altri”, con “Inflessibilità di comportamento, difficoltà nell'affrontare i cambiamenti o altri comportamenti ristretti/ripetitivi sono sufficientemente frequenti da essere evidenti ad un osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione”. Infine, nel livello 1, “In assenza di supporto, i deficit della comunicazione sociale causano notevoli compromissioni. Difficoltà ad avviare le interazioni sociali e chiari esempi di risposte atipiche o infruttuose alle aperture sociali da parte di altri. L'individuo può mostrare un interesse ridotto per le interazioni sociali”, mentre “L'inflessibilità di comportamento causa interferenze significative con il funzionamento in uno o più contesti. Difficoltà nel passare da un'attività all'altra. I problemi nell'organizzazione e nella pianificazione ostacolano l'indipendenza.” In corso di causa, i rappresentanti legali hanno trasmesso al TCA ulteriore documentazione atta a comprovare il bisogno per RI 1 di una sorveglianza particolarmente intensiva e meglio: - messaggio di posta elettronica del 23 dicembre 2019, con il quale il Prof. Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in pediatria e psicoterapia, ha attestato che: " Come puoi vedere dalla valutazione allegata, posso concludere che RI 1 presenta un disturbo dello spettro autistico con associato un ritardo globale di sviluppo e rende necessario per il bambino un supporto significativo come descritto nel livello 3, secondo i criteri diagnostici del disturbo dello spettro autistico DSM5. RI 1 infatti, per quanto riguarda il livello di comunicazione sociale, necessita della presenza dell'adulto per avviare o rispondere alle aperture sociali poiché non è in grado di automatizzare i processi legati all'interazione comunicativa. Inoltre persiste un'importante rigidità del funzionamento cognitivo e per quel momento possono emergere comportamenti stereotipati, ripetitivi di fronte ai cambiamenti, che interferiscono con le abilità quotidiane e possono portare il bambino ad avere crisi di pianto e di rabbia.” (Doc. A4) - valutazione del 19 dicembre 2019 della psicologa-psicoterapeuta dell'Unità \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ istituita per l'intervento diretto a bambini e ragazzi con disturbi dello spettro dell'autismo (DSA) e alle loro famiglie), a complemento del rapporto descrittivo \_\_\_\_\_ del 29.10.2019. In tale rapporto, dopo aver riportato i risultati dei test effettuati al bambino, la psicologa-psicoterapeuta ha concluso che: " (...) Per completezza di informazione e alla luce dei risultati sopra riportati, il bambino presenta una diagnosi di: Disturbo dello spettro dell'autismo associato a ritardo globale di sviluppo (DSM5: 299.0 e 315.8; ICD10-F84.0 e F80.9). La diagnosi di Autismo, unitamente al ritardo di sviluppo, rende necessario per il bambino un supporto significativo come descritto nel Livello 3 (secondo i criteri diagnostici del Disturbo dello Spettro Autistico DSM-V). RI 1, infatti, per quanto riguarda il livello di comunicazione sociale necessita della presenza dell'adulto per avviare e/o rispondere alle aperture sociali, poiché non è ancora in grado di automatizzare i processi legati all'intenzione comunicativa. Inoltre persistono importanti rigidità del funzionamento cognitivo per cui al momento possono emergere comportamenti stereotipati e ripetitivi di fronte ai cambiamenti che interferiscono con le abilità quotidiane e possono portare il bambino ad avere crisi di pianto e rabbia. Come già evidenziato nel precedente rapporto CPE, “Nonostante l'evoluzione positiva osservata finora, RI 1 continua a richiedere

l'intervento di professionisti che possano sostenerlo nel raggiungere le prossime tappe della crescita. Seppur la sua comunicazione e la sua comprensione delle situazioni che lo circondano siano migliorate nel corso dell'intervento, queste risultano tuttora inferiori alla norma per un bambino della sua età. Per questo motivo RI 1 richiede la sorveglianza continua ed elevata da parte degli adulti” si conferma la necessità di un supporto significativo per sostenere il bambino durante tutte le attività quotidiane.” (Doc. A4) - rapporto del 4 dicembre 2019 relativo all'intervento di parent training domiciliare, nel quale il pedagogo della Fondazione \_\_\_\_\_ ha rilevato che: " A partire da gennaio 2019, la Fondazione \_\_\_\_\_ (pedagogo di riferimento: \_\_\_\_\_) interviene a domicilio presso la famiglia \_\_\_\_\_ con una frequenza settimanale. L'intervento a casa (parent training) ha lo scopo di dare un supporto pedagogico ai genitori nella gestione quotidiana di RI 1 e di fornire una consulenza relativa alle modalità più appropriate per stimolare lo sviluppo del bambino (a livello comunicativo, linguistico, cognitivo, ludico e di autonomie personali). RI 1 ha una diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico e presenta delle gravi compromissioni a livello di interazione sociale e di comunicazione, di capacità ludiche e di autointrattenimento, di organizzazione e di autonomia. Ha delle difficoltà marcate nel capire i contesti che lo circondano e necessita di un supporto importante nell'affrontare le diverse attività e routine quotidiane. Gli interventi della Fondazione \_\_\_\_\_ si svolgono all'interno della casa oppure nei contesti frequentati abitualmente dalla famiglia (es. parco giochi e-supermercati), a seconda di quanto concordato con i genitori. Nel periodo intercorso tra gennaio e dicembre 2019, RI 1 ha mostrato un'evoluzione generale positiva, effettuando apprendimenti a livello linguistico, comunicativo e, in parte, ludico. Malgrado questi miglioramenti, al momento, si osserva come RI 1 necessiti della presenza costante da parte di un adulto per diversi motivi e in tutti i contesti da lui frequentati. A livello comunicativo, il bambino ha bisogno di stimoli da parte dell'adulto per comunicare i suoi bisogni, in quanto da solo non è ancora in grado di attivarsi in maniera costante. La stimolazione della comunicazione e l'attenzione alle sue richieste (che sovente vanno interpretate) richiede la presenza diretta dell'adulto e una vicinanza fisica importante. A livello di comprensione verbale, RI 1 non risponde in maniera costante e vi sono diverse situazioni nelle quali è molto difficile attirare la sua attenzione con la voce (ad esempio se è attratto da qualcosa che lo interessa). A causa di questo, è necessario restare nelle immediate vicinanze. A livello di occupazione del tempo, necessita della presenza sistematica di un adulto in quanto non è ancora capace ad occuparsi in maniera autonoma senza il rischio di mettersi in pericolo. Se lasciato da solo, anche per brevi momenti, corre il rischio di ferirsi, di rompere degli oggetti oppure di utilizzare in modo improprio alcuni oggetti. Ad esempio, RI 1 si occupa correndo per la casa e non riesce a prestare attenzione costante visivamente a quello che lo circonda, con il rischio di urtare dei mobili o far cadere degli oggetti. I genitori hanno dovuto strutturare l'ambiente in modo tale da diminuire le probabilità di incidente, con un'attenzione molto maggiore rispetto a quella necessaria per un bambino della stessa età. Nel caso in cui vi fossero degli oggetti pericolosi per terra (ad esempio un bicchiere rotto) RI 1 non sarebbe in grado di percepire il rischio e potrebbe camminarci sopra. A livello di autonomie personali, RI 1 ha bisogno di un aiuto molto maggiore rispetto ai coetanei (ad esempio, per vestirsi, svestirsi, utilizzare la toilette, spostarsi all'interno della casa). Durante le attività all'esterno (ad esempio, spostamenti a piedi, attività al parco, compere nei negozi) necessita di una supervisione costante. Non è in grado di cogliere i pericoli e, ad esempio, nei tragitti sulla strada, non ha nessuna consapevolezza dei potenziali rischi. Deve essere tenuto a mano e controllato perché

potrebbe allontanarsi repentinamente. All'interno dei negozi e dei supermercati deve essere guidato fisicamente per evitare che corra in giro, urti la merce o che vada a toccare oggetti di altre persone (ad esempio, telefonini). A livello di gestione del comportamento, malgrado i miglioramenti effettuati, RI 1 richiede un'attenzione marcata. È possibile che abbia delle crisi di rabbia contraddistinte da urla, ad esempio in luoghi pubblici, e per questo motivo è necessario un impegno notevole per gestire le uscite (prima, durante e dopo).” (Doc. A5) Chiamata dall'amministrazione ad esprimersi riguardo agli ulteriori mezzi di prova prodotti dai rappresentanti legali, la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR, con annotazione del 21 gennaio 2020, ha indicato che “dal punto di vista medico lo scritto del 23 dicembre 2019 del Prof. \_\_\_\_\_ non apporta nuove informazioni agli atti e posso confermare la precedente valutazione del 20 novembre 2019” (doc. XVI/1). Dal canto suo, con annotazione per l'incarto del 27 gennaio 2020, l'assistente sociale ha ribadito le proprie precedenti valutazioni, rilevando, in particolare, che: " (...) La RA 2 chiede a gran voce di ottenere quattro ore di sorveglianza anziché le due riconosciute nel rispetto delle disposizioni, come pure del buon senso comune. Gli ultimi scritti non forniscono tuttavia informazioni diverse da quelle già note, né offrono argomentazioni tali da dimostrare che la decisione Al sia inappropriata. Il bambino RI 1 ha il privilegio di essere seguito da figure professionali specializzate, in strutture adatte ai suoi bisogni e i suoi genitori hanno messo in atto tutte le misure necessarie a favorire il suo sviluppo nel migliore dei modi. A questo scopo dispongono inoltre di fr. 2'844.- mensili da utilizzare come meglio credono per sentirsi sostenuti nell'impegnativo compito genitoriale del crescere un figlio. Ritengo pertanto che il grado massimo dell'AGI come pure le quattro ore di supplemento per cure intensive siano prestazioni corrispondenti all'attuale situazione di RI 1. In futuro, quando il confronto con un coetaneo sarà rivisto, se saranno assolate le tutte le condizioni necessarie si procederà al riconoscimento di una sorveglianza personale permanente di quattro ore. Al momento ribadisco la convinzione che le attuali prestazioni Al accordate sono corrette e incontestabili. (...).” (Doc. XVI/2) 2.9. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale condivide la disamina con la quale l'amministrazione nella decisione impugnata - in maniera approfondita e fondata sulle attente valutazioni dell'assistente sociale e della pediatra del SMR, dalle quali non vi è ragione per discostarsi - è giunta alla conclusione che RI 1, a causa della sua patologia, necessita, in maniera eccezionale già a partire dai 4 anni di età, di una sorveglianza personale permanente. Al riguardo, va rilevato che la Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), valida dal 1° gennaio 2015, Stato: 1° gennaio 2018, riferendosi alla sorveglianza permanente di cui all'art. 39 capoverso 3 OAI - il quale prevede che se un minore 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 - alle cifre marginali 8078-8078.3 prevede i casi nei quali sussiste la necessità di una sorveglianza permanente, mentre alla cifra marginale 8079 illustra le circostanze nelle quali la sorveglianza riveste carattere particolarmente intensivo. A proposito della sorveglianza permanente, la cifra marginale 8078 stabilisce che: " 8078: I N. 8035-8039 sono applicabili per analogia. In questo contesto occorre tenere conto in particolare del confronto con il comportamento dei coetanei (DTF 137 V 424). Normalmente la sorveglianza permanente non è riconosciuta prima dei sei anni dato che fino a quest'età anche un bambino sano ha bisogno di sorveglianza (eccezioni v. Allegato III). Nell'“Allegato III: Direttive sul calcolo della grande invalidità determinante per i minorenni”, con riferimento

all'età media per prendere in considerazione il notevole impegno supplementare dovuto all'invalidità a proposito della sorveglianza personale è stato precisato che: " Di regola prima dei 6 anni la sorveglianza personale non va presa in considerazione. Per i bambini affetti da autismo infantile o colpiti da frequenti attacchi di epilessia che nessuna medicazione riesce a tenere sotto controllo il bisogno di sorveglianza può essere riconosciuto già a partire da 4 anni , a seconda della situazione e della gravità del disturbo. Generalmente prima degli 8 anni non bisogna considerare una sorveglianza particolarmente intensiva." Le cifre marginali 8078.1-8078.3 prevedono che la necessità di una sorveglianza sussiste in particolare se: " 8078.1 il minore potrebbe nuocere a sé stesso o a terzi . Il pericolo e la necessità di sorveglianza che ne deriva devono permanere nonostante le misure relative all'obbligo di ridurre i danni adottate (box, babyphone, protezioni per prese, finestre, porte, fornelli ecc.). Esempio: Un bambino di 9 anni non è in grado di riconoscere i pericoli. Prova in continuazione ad esplorare le prese elettriche. È anche particolarmente attratto dall'acqua e cerca sempre di aprire i rubinetti. Nonostante le misure adottate (p. es. applicazione di protezioni sulle prese ecc.) non è possibile scongiurare tutti i rischi (p. es. allagamento). Sussiste dunque una necessità di sorveglianza. La stessa situazione si presenta nel caso di un bambino di cinque anni. In questo caso la necessità di sorveglianza è dovuta all'età e non può dunque essere riconosciuta. 8078.2 la sorveglianza personale presenta un certo grado d'intensità , che supera la necessità di sorveglianza di un bambino sano della stessa età (sentenza del TF 9C-431/2008 del 29.02.2009). 8078.3 Nel caso dei minori la sorveglianza personale permanente è conteggiata automaticamente come due ore di assistenza nell'ambito del SCI. Diversamente da quel che succede per gli adulti, anche nell'ambito della grande invalidità di grado elevato non si deve attribuirle un'importanza minima, ma essa deve essere attentamente verificata." Il carattere particolarmente intensivo della sorveglianza è invece trattato alla cifra marginale 8079 CIGI, la quale stabilisce che: " La sorveglianza è considerata particolarmente intensiva se alla persona addetta all'assistenza sono richiesti un grado di attenzione superiore alla norma e una prontezza d'intervento costante. Ciò significa che la persona addetta all'assistenza deve trovarsi costantemente nelle immediate vicinanze dell'assicurato, poiché qualsiasi distrazione può avere con ogni probabilità conseguenze che possono metterne a repentaglio la vita o può portare a gravi danni per persone e/o cose. A causa della sorveglianza/assistenza uno a uno richiesta, la persona addetta all'assistenza non può dedicarsi praticamente a nessun'altra attività. Inoltre, per la sicurezza dell'assicurato e del suo ambiente è necessario prevedere anticipatamente misure adeguate per ridurre il danno, senza tuttavia che queste provochino una situazione non esigibile per l'ambiente. Se è possibile utilizzare strumenti di sorveglianza (monitor, allarmi), la sorveglianza non è da considerare automaticamente come particolarmente intensiva. La necessità di una sorveglianza durante la notte non costituisce una condizione per qualificare la sorveglianza come particolarmente intensiva. Esempio 1: Un bambino autistico ha gravi difficoltà a percepire il mondo circostante e a comunicare con esso, il che si manifesta nel suo comportamento nei confronti di determinati oggetti (p. es. rovescia contenitori, lancia oggetti, danneggia mobili ecc.). Il bambino non è inoltre in grado di riconoscere i pericoli: egli può ad esempio uscire improvvisamente dalla finestra. Eventualmente non è nemmeno in grado di reagire adeguatamente a richiami o avvertimenti verbali. In determinate situazioni può ad esempio prodursi un comportamento autolesionista o aggressivo verso altre persone.

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