

# TI\_GERICHTE 32.2021.124 vom 18. Oktober 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-10-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.124](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.124)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.124 du 18 octobre 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.124 del 18 ottobre 2021

## Regeste

Rifiuto di un assegno grandi invalidi. TCA accoglie ricorso e rinvia atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti, in particolare per eseguire un'inchiesta al domicilio dell'assicurata. Richiesta di AG priva di oggetto

## Erwägungen

### E. 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, 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 Tribunale federale 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. Sia ancora rammentato che secondo il N. 8025 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI; valida dal 1° gennaio 2015, stato 1° gennaio 2021), l'aiuto di terzi è considerato regolare se l'assicurato lo necessita o potrebbe necessitare quotidianamente (STF 9C\_562/2016 del 13 gennaio 2017). Ciò accade per esempio se egli è soggetto ad attacchi che possono manifestarsi soltanto ogni due o tre giorni, ma improvvisamente e spesso anche ogni giorno o più volte al giorno (RCC 1986 pag. 510). Per il N. 8026 della CIGI l'aiuto è considerato notevole quando almeno una funzione parziale di un atto ordinario della vita (p. es. «lavarsi» quale parte della «pulizia personale» [DTF 107 V 136]): – non può più essere compiuta dall'assicurato, oppure può

essere compiuta soltanto con uno sforzo non esigibile ragionevolmente o in modo difforme dall'usuale (DTF 106 V 153) oppure non sarebbe compiuta spontaneamente a causa dello stato psichico; – non può essere compiuta dall'assicurato nemmeno con l'aiuto di terzi perché per lui è priva di senso (p. es. intrattenere contatti sociali è impossibile a causa di gravi lesioni cerebrali che costringono a una vita totalmente vegetativa a letto) [DTF 117 V 146]). Per le cifre marginali 8011 e 8013 CIGI, se un atto ordinario comprende diverse funzioni parziali, per la grande invalidità non è richiesto che l'assicurato abbia bisogno dell'aiuto di altre persone per tutte oppure per la maggior parte di esse, è sufficiente che necessiti, in modo regolare e notevole, dell'aiuto di terzi per una sola delle funzioni parziali (DTF 117 V 146 consid. 2; per l'aiuto regolare e notevole, v. N. 8025 seg.). In ogni caso, il compimento difficoltoso o rallentato degli atti ordinari della vita non giustifica per principio la grande invalidità (STF 9C\_633/2012). Inoltre, per il N. 8085 CIGI, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto ad adottare misure adeguate e ragionevolmente esigibili per mantenere o ristabilire la propria autonomia (p. es. abiti adeguati all'invalidità, scarpe con chiusura velcro per le persone con un braccio solo, mezzi ausiliari, attrezzi, ecc.; cfr. DTF 139 V 9 consid. 7.3.1). In caso contrario l'aiuto cui deve far ricorso non è preso in considerazione nel calcolo della grande invalidità (RCC 1989 pag. 228, 1986 pag. 507). È quindi possibile che un mezzo ausiliario escluda la grande invalidità. Tuttavia un'automobile fornita dall'AI per scopi professionali non esclude anche una grande invalidità per spostamenti privati (DTF 117 V 146). Occorre considerare in particolare anche l'aiuto prestato dai familiari, che va ben oltre quello fornito solitamente e che si potrebbe aspettare se l'assicurato non avesse alcun danno alla salute (STF 9C\_410/2009 del 1° aprile 2010).

2.4. Riguardo ai singoli aspetti della grande invalidità, per quanto possibilmente di rilievo nella fattispecie, va ricordato che per la cifra marginale 8014 CIGI (atto ordinario di vestirsi e svestirsi), la grande invalidità è data se assicurato non è in grado di mettersi e togliersi da solo un capo d'abbigliamento indispensabile, un mezzo ausiliario o le calze sanitarie. La grande invalidità è data anche quando l'assicurato riesce a vestirsi da solo, ma a causa di problemi cognitivi non è in grado di vestirsi adeguatamente rispetto alle condizioni climatiche o di indossare gli abiti per il verso giusto. Secondo la cifra marginale 8018 CIGI (atto ordinario di mangiare), si è in presenza di una grande invalidità quando un assicurato è in grado di mangiare da solo, ma può farlo solo in modo difforme dall'usuale (DTF 106 V 158; p. es. quando non è in grado di sminuzzare i cibi o li può mangiare solo sotto forma di purè o portarli alla bocca solo con le dita, DTF 121 V 88). Se l'assicurato ha bisogno dell'aiuto di terzi solo per cibi duri, non sussiste una grande invalidità, poiché questo genere di alimenti non viene consumato ogni giorno e dunque l'assicurato non necessita regolarmente e in misura indispensabile dell'aiuto di terzi (STF 8C 30/2010). Si è invece in presenza di una grande invalidità se l'assicurato non può utilizzare in alcun modo il coltello (e non può dunque neanche imburrare fette di pane, STF 9C 346/2011). In caso di mancanza di un braccio si è in presenza di una grande invalidità e ciò vale anche in caso di incapacità funzionale del medesimo (paralisi del braccio), a condizione che il braccio paralizzato non possa essere impiegato nemmeno come sostegno (p. es. per tenere fermo un piatto con la mano; marg. 8018.1 CIGI). Quanto all'atto "pulizia personale", giusta la cifra marginale 8020 CIGI, l'assicurato è considerato grande invalido se non è in grado di compiere da solo un atto ordinario della vita indispensabile quotidianamente per la pulizia personale (lavarsi, pettinarsi, radersi, fare il bagno e la doccia). Non è data grande invalidità, se l'assicurato ha bisogno d'aiuto per acconciare i capelli o pitturarsi le unghie (STF 9C 562/2016 del 13 gennaio 2017). L'assicurato è invece considerato grande invalido

per l'atto di "espletare i bisogni corporali" se necessita dell'aiuto di terzi per pulirsi, per verificare la pulizia, per risistemare i vestiti o per sedersi sul gabinetto e rialzarsi e per esservi accompagnato (DTF 121 V 88 consid. 6) o anche quando i bisogni vengono espletati in maniera inusuale (p. es. portare il vaso fino al letto e andare a svuotarlo, tendere il pappagallo, aiuto regolare nell'urinare ecc.; Pratique VSI 1996 pag. 182). Non vi è per contro grande invalidità se l'assicurato non ha bisogno di un aiuto regolare e, nel suo insieme, può ancora svolgere l'atto di espletare i bisogni corporali in modo conforme alla dignità umana (STF 9C 604/2013; CIGI 8021 e 8021.1). Per quanto concerne l'atto di "Spostarsi (in casa o al di fuori di essa), intrattenere contatti sociali", secondo la menzionata Circolare l'assicurato è considerato grande invalido se, pur munito di mezzi ausiliari, non è più in grado di spostarsi da solo in casa o al di fuori di essa e di intrattenere contatti sociali, ove per contatti sociali si intendono le relazioni interpersonali caratteristiche della vita quotidiana (p. es. leggere, scrivere, frequentare concerti, manifestazioni politiche o religiose ecc., RCC 1982 pagg. 119 e 126), mentre che la necessità dell'aiuto nei contatti sociali allo scopo di prevenire l'isolamento permanente (in particolare per le persone psichicamente disabili) va considerata unicamente sotto la voce «accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana» (N. 8040 segg.), ma non nell'ambito della funzione parziale «intrattenere contatti sociali» (N. 8048; marginali 8022-8024 CIGI). Quanto infine alla "necessità di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana" ai sensi degli art. 37 cpv. 3 lett. e e 38 OAI, tale accompagnamento non comprende né l'aiuto (diretto o indiretto) di terzi per compiere i sei atti ordinari della vita né le cure né la sorveglianza, ma costituisce piuttosto un elemento di aiuto supplementare e autonomo (DTF 133 V 450). Esso ha lo scopo di impedire che una persona cada in uno stato di grave abbandono e/o debba essere ricoverata in un istituto o in una clinica (per le nozioni, v. N. 8005 segg. e 8109). Le prestazioni di aiuto da prendere in considerazione devono perseguire quest'obiettivo (cifra 8040 CIGI). L'aiuto fornito deve essere l'elemento che permette all'assicurato di vivere autonomamente a casa. Il fatto che svolga alcuni compiti più lentamente o con difficoltà oppure solo in determinati momenti non significa che in mancanza di aiuto per questi compiti dovrebbe essere ricoverato in un istituto o in una clinica; questo aiuto non va quindi considerato. Una persona che per diversi anni è stata aiutata in misura considerevole dal partner o da un familiare (madre, fratelli ecc.) per i lavori domestici (per es. per pulire, lavare e preparare i pasti) non soddisfa necessariamente le condizioni di diritto per beneficiare di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana nel momento in cui tale sostegno viene a mancare (STF 9C 346/2013 del 22 gennaio 2014; CIGI 8040). Le cifre 8049 CIGI segg. dispongono in merito: "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. Questo elenco è esaustivo. (8049 CIGI) 3.5.2.1 Accompagnamento finalizzato a rendere possibile una vita autonoma L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario affinché le attività quotidiane possano essere svolte in maniera autonoma. Tale accompagnamento è dato se la situazione della persona in questione è caratterizzata da almeno uno dei seguenti bisogni: - aiuto nella strutturazione della giornata; - sostegno nell'affrontare situazioni della realtà quotidiana (p. es. questioni legate alla salute, all'alimentazione e all'igiene, semplici attività amministrative ecc.); - conduzione della propria economia domestica.

L'aiuto nella strutturazione della giornata comprende per esempio l'esortazione ad alzarsi, l'aiuto nel stabilire e rispettare orari fissi per i pasti, nel rispettare un ritmo giorno/notte, nel dedicarsi a un'attività ecc. Anche il sostegno nell'affrontare situazioni della realtà quotidiana comprende aspetti quali l'esortare o l'impartire istruzioni ecc. Nell'ambito dell'igiene si deve per esempio ricordare all'assicurato di fare la doccia. Se però egli necessita di aiuto diretto per lavarsi, allora questa prestazione va considerata come atto ordinario della vita sotto la categoria «pulizia personale» e non come accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Nella conduzione dell'economia domestica rientrano compiti quali pulire e riordinare, fare il bucato e preparare i pasti. Le prestazioni di aiuto necessarie vanno però considerate nell'ottica di impedire che l'assicurato cada in uno stato di abbandono. Occorre quindi sempre valutare se, in mancanza dell'aiuto per questi compiti, l'assicurato dovrebbe essere ricoverato in un istituto o in una clinica (v. N. 8040). Se ad esempio non può stirare, questo non significa che debba andare in un istituto o in una clinica. In tal caso, dunque, le prestazioni di aiuto non possono essere riconosciute come accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. (8050 CIGI) Per accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana giusta l'articolo 38 capoverso 1 lettera a OAI si possono intendere sia l'aiuto indiretto che quello diretto da parte di terzi. Di conseguenza, l'accompagnatore può svolgere anche da solo le attività necessarie, se l'assicurato non ne è in grado per motivi di salute nonostante le istruzioni impartite, la sorveglianza o il controllo (DTF 133 V 450, I 661/05). L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana spetta solo agli assicurati che, per motivi di salute, possono abitare per conto proprio solo con l'assistenza di una terza persona (sentenza del TF 9C 28/2008 del 21 luglio 2008). La somma di tutte le prestazioni di aiuto necessarie, tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno, deve far sì che, in mancanza dell'aiuto di terzi, l'assicurato sarebbe costretto andare a vivere in un istituto (v. N. 8040). (8050.2 CIGI) Per quanto concerne l'obbligo di ridurre il danno, occorre per esempio vagliare la possibilità di ricorrere a corsi o a terapie per imparare ad utilizzare mezzi ausiliari adeguati per svolgere le faccende domestiche (STF 9C\_ 410/2009 del 1. aprile 2010). Va prestata particolare attenzione all'aiuto dei familiari (v. anche N. 8085), soprattutto per quanto riguarda i lavori domestici. Al riguardo, ci si deve chiedere come si organizzerebbe una comunità familiare se non potesse contare su alcuna prestazione assicurativa (DTF 1 33 V 504, I 228/06). Questo aiuto va oltre il sostegno che ci si può aspettare nel caso in cui l'assicurato non presenti alcun danno alla salute. Se l'assicurato vive nella stessa economia domestica con i suoi familiari, si può esigere che questi ultimi forniscano il proprio aiuto per i lavori domestici. Si può esigere un aiuto nell'economia domestica anche da parte dei figli, in funzione della loro età. (8050.3 CIGI) 3.5.2.2 Accompagnamento per compiere attività della vita quotidiana fuori casa L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario affinché l'assicurato sia in grado di uscire di casa per compiere determinate attività della vita quotidiana e intrattenere contatti (fare gli acquisti, attività del tempo libero, contatti con uffici amministrativi o personale medico, recarsi dal parrucchiere ecc.; sentenza del TF 9C\_28/2008 del 21 luglio 2008). In caso di limitazioni prettamente o prevalentemente funzionali, l'aiuto va attribuito all'atto di spostarsi." (8051 CIGI) 2.5. Ai sensi dell'art. 69 cpv. 2 OAI l'Ufficio AI esamina le condizioni assicurative mediante l'esecuzione di sopralluoghi. In effetti, giusta la cifra marginale 1058 CIGI, l'ufficio AI effettua accertamenti sul posto (a domicilio, nella casa di cura, sul posto di lavoro), fra l'altro, in particolare quando deve verificare il diritto agli assegni per grandi invalidi. È possibile rinunciare a questo accertamento se le condizioni personali dell'assicurato gli sono

sufficientemente note e se il caso è debitamente documentato. Secondo la cifra marginale 8131 (Procedura in materia di accertamento dell'assegno grandi invalidi dell'AI), "in linea di principio, l'ufficio AI procede inoltre ad un accertamento sul posto. Vanno accertati la grande invalidità, un eventuale onere d'assistenza supplementare (per i minorenni) e il luogo di soggiorno (a domicilio o in un istituto, v. N. 8003 segg.). Le indicazioni fornite dall'assicurato, dai genitori o dal rappresentante legale vanno valutate criticamente. L'inizio della grande invalidità ed eventualmente dell'onere d'assistenza supplementare deve essere stabilito con la massima precisione possibile". Inoltre, "nei casi di cui al N. 8130 (nb: fra i quali nel caso della "prima domanda per l'ottenimento di un AGI") occorre sempre eseguire un accertamento sul posto. Negli altri casi l'ufficio AI decide se si possa rinunciare a un accertamento sul posto". Infine, secondo la cifra 8133 CIGI, "in caso di divergenze sostanziali tra il medico curante e il rapporto d'accertamento, l'ufficio AI deve chiarire la situazione svolgendo una verifica mediante domande mirate e coinvolgendo il SMR. Per il resto si applica la CPAI". Secondo la giurisprudenza, un rapporto d'inchiesta circa la grande invalidità (art. 9 LPGGA) o la necessità di cure deve adempiere i seguenti criteri. L'estensore dell'inchiesta deve essere una persona qualificata, che conosca il contesto in cui la persona bisognosa di cura vive, nonché le affezioni (diagnosi) e limitazioni mediche 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). 2.6. Va infine ricordato che, al pari di ogni altra Ordinanza amministrativa, le Direttive dell'UFAS (incluse le Circolari), pur non avendo ovviamente valore vincolante di legge, si prefiggono comunque di esplicitare l'interpretazione attribuita da un'autorità amministrativa a determinate disposizioni legali al fine di favorire un'applicazione uniforme del diritto e di garantire la parità di trattamento (DTF 137 V 82 consid. 5.5 = SVR 2012 EL Nr. 1). Esse 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 non hanno valore di legge e, di conseguenza, non vincolano né gli amministrati né i Tribunali, ma esplicano effetto solo nei confronti dell'amministrazione; esse non costituiscono delle norme di diritto federale ai sensi dell'art. 95 lett. a LTF e non devono quindi essere seguite dal giudice. Servono più che altro a creare una prassi amministrativa uniforme e presentano per tale scopo una certa utilità; non possono tuttavia uscire dal quadro stabilito dalla norma superiore che sono tenute a concretizzare. In altri termini, in assenza di lacune, le direttive non possono prevedere qualcosa di diverso da ciò che deriva dalla giurisprudenza o dalla legge (DTF 141 V 175 consid. 4.1; DTF 133 V 346 consid. 5.4.2). Non creano inoltre 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). 2.7. Risulta dagli atti che l'assicurata dal 1. agosto 2005 è al beneficio di una mezza rendita d'invalidità attribuitale mediante decisione del 19 febbraio 2008 dell'allora competente Ufficio AI del Canton \_\_\_\_\_, il quale l'aveva considerata inabile in misura completa nella sua professione, ma abile nella misura del 50% in attività adeguate, con un conseguente grado di invalidità del 52% (doc. AI 83). L'abilità era da ricondurre ad affezioni ad entrambi i polsi e le mani, segnatamente a " Status nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms rechts mit postoperativer Sudeck-Dystrophie, Status nach Exzision eines dorsalen Handgelenkganglions rechts, Neurom im Bereiche des Ramus palmaris des Nervus medianus, Nicht operiertem Karpaltunnelsyndrom links" oltre a " Chronifiziertes Schmerzsyndrom" ad entrambe le braccia (cfr. perizie del dr. Strickler del 1. luglio 2004 e 18 luglio 2006, doc. AI 58) rispettivamente " Sospetta instabilità medio carpica con probabile sindrome da impatto ulna carpico polso sinistro (...), Borsite olecranica gomito bilaterale" (...), Morbo di De Quervain polso sinistro (...)" (rapporto 23 gennaio 2015 del dr. \_\_\_\_\_), " Sospetta reazione algodistrofica (sindrome del dolore regionale complesso, SDRG) mano dx, su st.d. intervento per tunnel carpale dx (04.2002), st.d. escissione di ganglio articolare dorsale (11.2002), st.d. algodistrofia dopo intervento al canale carpale dx con persistenti disestesie locali, possibile neuroma cicatriziale (valutazione Dr. \_\_\_\_\_ 02.2010 )" (rapporto dr. \_\_\_\_\_ del 22 febbraio 2016, doc. AI 116). La prestazione è in seguito stata confermata al termine di revisioni che hanno comprovato una situazione invariata (comunicazioni del 25 agosto 2010, doc. AI 108 e del 25 agosto 2016, doc. AI 124). La richiesta di revisione presentata nel settembre 2020 (con la quale l'assicurata faceva valere un peggioramento ad entrambe le mani e una sindrome lombovertebrale e cervicale, con insorgenza di problematiche psichiatriche) è stata evasa mediante una decisione del 16 gennaio 2021 di non entrata nel merito, confermata da questo TCA, considerato come dalla documentazione prodotta dall'interessata non emergessero nuovi elementi che permettevano l'entrata in materia, la situazione dell'assicurata apparendo come cronica e invariata (doc. AI 133). Il 17 agosto 2021 (cfr. il doc. 142 incarto AI) l'assicurata ha inoltrato anche una domanda volta al riconoscimento di un assegno per persone grandi invalide. Nel questionario relativo alla richiesta l'assicurata, assistita in quell'occasione da una dipendente di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, signora \_\_\_\_\_, ha dichiarato che dal mese di ottobre 2014 necessita dell'aiuto di terze persone o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita. In particolare ha addotto di abbisognare dell'aiuto per vestirsi e svestirsi (" a causa dell'invalidità di entrambe le mani e i polsi, la motricità fine è totalmente compromessa. Pertanto, non è più in grado di allacciare bottoni, aprire e chiudere camicie. Malgrado il reggiseno sia senza gancetti bensì intero non può infilarlo/sfilarlo da sola. Anche l'indossare giacche comporta un problema; (...) inoltre non riesce ad allacciare i bottoni e cerniera dei pantaloni jeans e felpe "), mangiare (" tutti gli alimenti duri devono essere tagliati. Non è più in grado di sollevare una brocca e versarsi da bere"), curare il proprio corpo (" non è in grado di lavare, pettinare, asciugare i capelli autonomamente e non riesce più a radersi le gambe correttamente "), fare i propri bisogni (" è in grado di fare la propria igiene intima solo se nelle vicinanze c'è un bidè o una doccia "), spostarsi/mantenimento dei contatti sociali ( in seguito ad evento scatenante - decesso madre - la Signora riesce ad uscire da sola solo se si reca in luoghi conosciuti - es. negozio spesa vicino a casa - altrimenti deve essere sempre accompagnata. Sono i famigliari a garantire i contatti sociali "). Ha inoltre fatto valere di necessitare dell'

accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, adducendo che “ considerata la sua enorme difficoltà ad uscire di casa da sola anche il disbrigo di attività inusuali al di fuori dell'abitazione, riesce a svolgerle solo se accompagnata ” precisando che dal mese di aprile 2018 “ la signora non vive uno stato di isolamento esclusivamente grazie alla presenza della figlia, senza la quale non avrebbe contatti sociali” e allegando pure che “ non riesce a recarsi autonomamente neanche dalla sua psichiatra, pertanto le sedute sono fatte telefonicamente ”. L'assicurata usufruiva inoltre di un aiuto domiciliare privato dal 2013 per 12 ore al mese, e dell'aiuto della figlia convivente e del suo compagno (doc. AI 142). Agli atti sono stati versati i rapporti medici dei curanti, segnatamente lo scritto del 23 settembre 2020 del dr. \_\_\_\_\_, internista, il quale, dopo aver elencato le diagnosi già note nell'ambito della richiesta di rendita, ha affermato che “ la paziente ha dei disturbi alle mani invalidanti, vi è una mancanza di forza soggettiva, impossibilità a eseguire dei movimenti di pro- e supinazione, e una mancanza di sensibilità che non le permettono di svolgere semplici mansioni quotidiane (per esempio pettinarsi, sollevare una pentola piena d'acqua, passare l'aspirapolvere, guidare un'automobile con il cambio manuale, ...). Vi sono inoltre dei dolori lombari cronici su alterazioni degenerative diffuse che peggiorano il quadro clinico ” (doc. AI 140). Nello scritto del 19 agosto 2021 la dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra curante dal dicembre 2018, posta la diagnosi invalidante di “ Episodio depressivo di media gravità ICD 10 F 32.1” , si è così espressa: " Seguo la Signora RI 1 da anni. Si era rivolta a me per una sintomatologia ansioso depressiva caratterizzata da umore deflesso, apatia, anergia, rialzi ansiosi nell'arco della giornata, in quel momento reattivi ad alcuni eventi di vita dolorosi e complicati da affrontare. In particolare, in seguito al decesso della madre avvenuto nell'aprile 2018, sono aumentate le sue difficoltà ad uscire di casa da sola, tanto da impedirle di recarsi autonomamente in luoghi distanti da casa o non ben conosciuti (famigliari). Da quel momento la presa a carico è proseguita con fase alterne e alcune oscillazioni del tono d'umore e della quota ansiosa, gestibili con sostegno psicologico regolare. Nel corso dell'estate 2020, invece, la situazione è andata progressivamente peggiorando fino a determinare un quadro clinico caratterizzato da umore francamente deflesso, labilità emotiva, perdita di interesse anche per attività fino a quei momento piacevoli, anergia, scarsa autostima, affievolimento dell'istinto vitale, crisi di ansia. Si sono, inoltre, intensificate le sue difficoltà (già descritte) ad uscire di casa tanto che le nostre sedute, seppur regolari e costanti, attualmente si svolgono esclusivamente al telefono, in quanto troppo complicato per lei recarsi nel mio studio e sostenerle in presenza.” (doc. AI pag. 140) Entrambi i curanti dell'assicurata, interpellati dall'Ufficio AI, mediante invio di copia del formulario di richiesta di AGI compilato dall'assicurata, hanno risposto affermativamente al quesito “ le indicazioni sulla grande invalidità al n 3 corrispondono alle sue costatazioni? ”. La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha contestualmente confermato le diagnosi di “ Episodio depressivo medico (ICD 10 F 32.1), sindrome da attacchi di panico (ICD 10 F 41.0) ” e precisato che lo stato di salute non poteva essere migliorato con provvedimenti sanitari, potendosi unicamente “ evitare peggioramenti con colloqui clinici regolari e terapie farmacologiche di mantenimento” (doc. AI 143) . Il dr. \_\_\_\_\_ il 2 settembre 2021 ha dal canto suo confermato le indicazioni sulla grande invalidità date dall'assicurata e posto le diagnosi di “ Sospetta reazione algodistrofica (sindrome del dolore regionale complesso, SDRC) mano dx, st.d. intervento per tunnel 'carpale dx (04.2002), st.d. escissione di ganglio articolare dorsale (11.2002), st.d. algodistrofia dopo intervento al canale carpale dx con persistenti disestesie locali, possibile neuroma cicatriziale (valutazione Dr. \_\_\_\_\_ 02.2010), st.d. artroscopia diagnostica radiocarpica e mediocarpica polso sx con

debridement disco triangolare, sinovectomia e debridement leg. scafo-lunare e shrinking (16.10.2014), st.d. artroscopia diagnostica radiocarpica polso sx con debridement disco triangolare (TFCC), sinovectomia in sede radio carpica (6.6.2013)”, e escluso un miglioramento dello stato di salute, il quale era anzi suscettibile di peggioramento (doc. AI pag. 612). Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, esaminata la documentazione, nell’annotazione dell’8 settembre 2021, sulla prima richiesta di AGI ha affermato che “in base alla documentazione a disposizione dal lato puramente medico non si intravede per il momento la necessità di continua, duratura limitazione negli atti elencati tanto da necessitare dell’aiuto regolare di terzi così come anche nell’accompagnamento ” (doc. AI 150), ragione per cui, con progetto di decisione dell’8 settembre 2021, è stato prospettato il rifiuto dell’assegno (doc. AI pag. 630). Nell’ambito di una concomitante nuova revisione della rendita, il dr. \_\_\_\_\_, con rapporto medico del 17 settembre 2021, ha confermato le note diagnosi invalidanti e confermato che lamentava “ sempre dolori ad entrambe le mani che le impediscono anche delle banali attività della vita quotidiana, si sente limitata in tutto ”, precisando che lamentava dolori e mancanza di forza e “impossibilità a svolgere le banali attività della vita quotidiana” (doc. AI pag. 641). La dr.ssa \_\_\_\_\_, il 30 settembre 2021, si è riconfermata nelle sue indicazioni diagnostiche, e in merito alle limitazioni ha affermato che “ la paziente è in difficoltà nell'affrontare situazioni nuove, stabilire relazioni, frequentare posti non familiari e svolgere nuovi compiti. Tale difficoltà sarebbe acuita dalla necessità di utilizzare le mani per lavorare, a causa dei dolori e delle limitazioni che la sua condizione fisica impone” (doc. AI pag. 651). Mediante decisione del 18 ottobre 2021 l’amministrazione ha respinto la richiesta di assegno grandi invalidi motivando nel senso che “ il dossier è stato sottoposto al Servizio medico regionale. Lo stesso conclude dicendo che non risulta una compromissione dello stato di salute che potrebbe giustificare una regolare dipendenza da terzi per nessun atto ordinario della vita. Non risulta esserci nemmeno la necessità di accompagnamento nell’organizzazione della realtà quotidiana ” (doc. AI pag. 660). Parimenti il 25 ottobre 2021 l’Ufficio AI ha comunicato all’assicurata che la rendita restava immutata (doc. AI pag. 661). Nel suo ricorso l’assicurata, tramite il suo avvocato, contesta le conclusioni della decisione e, dopo aver nuovamente dettagliatamente descritto le limitazioni che la concernono, lamenta un’istruttoria lacunosa da parte dell’amministrazione, che non l’avrebbe contattata né avrebbe effettuato alcuna indagine domiciliare o fatto allestire una perizia allo scopo di definire l’assistenza necessaria “ a fronte delle sue importanti carenze motorie da intendersi nel senso fisico e psichico” . Allega una dichiarazione del 2 novembre 2021 della psichiatra curante che afferma: " (...) con il presente certificato intendo fornire alcune informazioni circa la paziente in oggetto che seguo da anni. Come si evince dalle testimonianze scritte non solo dalla Signora RI 1 ma anche dalla figlia e dal compagno, la paziente è in difficoltà nello svolgere le proprie autonomie quotidiane e necessita di aiuto da parte dei familiari. Per ciò che concerne il problema fisico che causa tali limitazioni non sono In grado di esprimermi e rimando alle osservazioni del Dottor \_\_\_\_\_. Dal punto di vista psicologico questo il deficit di autonomia e la necessità di avere aiuti da terzi ha un'influenza negativa sull'equilibrio psico timico già fragile, in quanto la paziente soffre di: Episodio depressivo di media gravita (ICD 10 F 32.1) Sindrome da attacchi di panico (ICD 10 F 41.0) per cui è in terapia con colloqui clinici regolari e una terapia farmacologica a base di: Duloxetina 90 mg/die Redormin cp 50 mg l cp/die Benzodiazepine al bisogno. Nonostante la terapia costante RI 1 è soggetta a periodiche recrudescenze della sintomatologia, soprattutto di fronte a stress anche di modesta entità: il solo fatto di doversi allontanare da casa per recarsi

in posti poco conosciuti le crea una grande quota ansiosa che riesce a gestire solo con l'aiuto dei familiari che l'accompagnano e la sostengono in tali situazioni. La consapevolezza di questo deficit di autonomia contribuisce a aggravare il malessere psicologico creando un circolo vizioso difficile da interrompere e che richiede un impegnativo lavoro terapeutico.”

(doc. F1) Produce inoltre uno scritto del dr. \_\_\_\_\_ del 12 novembre 2021 del seguente tenore: " (...) con la presente prendo posizione riguardo la situazione fisica della sopracitata paziente. Per quanto riguarda la parte psicologica mi rifaccio al certificato medico redatto dalla psichiatra curante Dott.ssa \_\_\_\_\_. La Signora RI 1 ha delle patologie internistiche e ortopediche che ne limitano fortemente l'autonomia nelle attività della vita quotidiana. Le seguenti diagnosi hanno un influsso a livello fisico: Sospetta reazione algodistrofica (sindrome del dolore regionale complesso, SDRG) mano dx - st.d. intervento per tunnel carpale dx (04.2002), st.d. escissione di ganglio articolare dorsale (11.2002), st.d. algodistrofia dopo intervento al canale carpale dx con persistenti disestesie locali, possibile neuroma cicatriziale (valutazione Dr. \_\_\_\_\_ 02.2010) Sindrome lombovertebrale - RM lombare (26.1.2018): piccola protrusione discale e fissurazione L4-5 mediana-paramediana, non conflitti radicolari, piccola protrusione discale mediana-paramediana L5-S1 senza conflitti radicolari - st.d. artroscopia diagnostica radiocarpica e mediocarpica polso sx con debridement disco triangolare, sinovectomia e debridement leg. scafo-lunare e shrinking (16.10.2014) - st.d. artroscopia diagnostica radiocarpica polso sx con debridement disco triangolare (TFCC), sinovectomia in sede radio carpica (6.6.2013) La paziente vi fornisce anche delle testimonianze scritte da parte della figlia e del compagno, che appunto descrivono in modo dettagliato le difficoltà soggettive e oggettive che la paziente ha nello svolgere le proprie mansioni quotidiane ed i relativi aiuti di cui necessita. Posso anche aggettivare in qualità di medico di famiglia un peggioramento della sua condizione fisica, della mobilità e della forza delle mani.”

(doc. F2) Ha inoltre fatto pervenire una dichiarazione del 30 ottobre 2021 della figlia convivente dell'assicurata, \_\_\_\_\_, con la quale viene così descritta la situazione al domicilio della madre: " Io \_\_\_\_\_ figlia di RI 1, dichiaro e confermo quanto di seguito: Mia madre ha sempre avuto problemi alla mano, ma dall'ultima operazione alla mano sx le cose sono man mano peggiorate. La mano sx veniva usata spesso per aiuto alla dx, ma dopo i diversi interventi, ho constatato che non riesce più a fare anche le più piccole cose. Dover dipendere da me e dal suo compagno le causa un forte disagio. Io ed il suo compagno ci alterniamo in base ai miei orari scolastici e il suo poter venire a casa. Oltre tutti i problemi fisici, dal 2018, mamma è caduta in forte depressione, da donna solare che io ricordo si è spenta giorno per giorno. La sera prima mi occupo sia di preparare il mio pranzo da portare a scuola e sia il pranzo per lei. Come per i pranzi, mi occupo io della sua igiene, le lavo e le asciugo i capelli. Per quanto riguarda l'abbigliamento, la aiuto a mettersi il reggiseno sportivo, in quanto essendo di un materiale resistente non riesce ad allargarselo da sola. Di seguito le attività di cui mi alterno con il compagno \_\_\_\_\_: Allacciare i bottoni di una camicia, mettere e sfilare il reggiseno (usa esclusivamente quelli sportivi), allacciare i bottoni e cerniera di pantaloni jeans e felpe, lavare e asciugare i capelli 2/3 volte alla settimana, uscire dalla vasca da bagno, lavare la schiena, pettinare i capelli, radere le gambe. Non è in grado di tagliarsi i cibi duri, né di versarsi l'acqua con la brocca, per tanto lo faccio io. Buttare la spazzatura, il vetro e cartone, e alcuni lavori domestici che l'aiuto domiciliare non riesce a portare a termine, essendo solo 12 ore mensili, se ne occupa il compagno. Inoltre dal 2018, la situazione è precipitata, devo accompagnarla ovunque, soprattutto se deve recarsi in posti che non conosce o c'è gente. Se non accompagnata non

si reca da sola neanche a bere un caffè, anche se conosce il bar in cui si dovrebbe recare. Per quanto riguarda la spesa siamo io e il compagno ad alternarci. Riscontra difficoltà a stare in mezzo alla gente (centro commerciale, cinema, mercato, passeggiata in centro ecc..), se non è con qualcuno, ad esempio io o \_\_\_\_\_, famigliari o amici molto stretti. Trascorre la maggior parte del suo tempo in casa, siamo io e \_\_\_\_\_ a cercare di motivarla ad uscire, se fosse per lei uscirebbe soltanto per soddisfare i bisogni dei nostri cani (due maltesi ormai anziani), talvolta nemmeno questo per tanto me ne occupo io.” (doc. D)

Analogamente il compagno della ricorrente, \_\_\_\_\_, con uno scritto del 30 ottobre 2021, ha affermato: " Ho conosciuto la mia compagna che aveva già problemi ad entrambi le mani, cosa che negli ultimi anni è molto peggiorato, il dover dipendere da me e la figlia le procura disagio e stati ansiosi. Mi alterno in base agli orari scolastici della figlia (che esce di casa alle 6:30 per far ritorno alle 18) in diverse attività che non è più in grado di fare da sola. Allacciare i bottoni di una camicia, mettere e sfilare il reggiseno, (usa esclusivamente quelli sportivi) allacciare i bottoni e cerniera di pantaloni jeans e felpe, lavare e asciugare i capelli 2/3 volte a settimana, uscire dalla vasca da bagno, lavare la schiena pettinare i capelli, radere le gambe. Non è in grado di tagliare i cibi duri, e versarsi l'acqua con la brocca. Buttare la spazzatura, vetro e cartone, e alcuni lavori domestici che l'aiuto domiciliare non riesce a portare a termine essendo solo 12 ore mensili, me ne occupo io. Inoltre dal 2018, la situazione è precipitata, devo accompagnarla ovunque, soprattutto se deve recarsi in posti che non conosce o c'è gente. Se non accompagnata non si reca da sola neanche a bere un caffè, anche se conosce il bar in cui dovrebbe recarsi, a fare la spesa ci siamo sempre io o sua figlia. E nonostante ciò spesso viene presa da attacchi di panico durante la spesa, cosa che ci fa sospendere il tutto ed uscire finché non si riprende, a volte è successo che deve aspettarmi in auto chiusa dentro. Non riesce a stare in mezzo alla gente (centro commerciale, cinema, mercato, passeggiata in centro ecc..) se non con qualcuno tipo me sua figlia, famigliari o amici molto stretti. Le sue giornate se non fosse per me e sua figlia, che cerchiamo di motivarla e portarla fuori, sarebbero sempre in casa, se non per soddisfare i bisogni dei cani.” (doc. E)

Il medico del SMR, nell'Annotazione del 29 novembre 2021, ha in proposito osservato che la documentazione inviata dai medici curanti non apportava nuovi elementi tali da modificare quanto già noto “ rispettivamente le limitazioni somatiche alle mani pur essendo evidenti sono da tempo state stabilizzate e definitive mentre le limitazioni psichiche non si possono considerare costanti a tal punto da motivare un accompagnamento ” e pure che del resto “anche i medici curanti si esprimono alla luce delle considerazioni dei famigliari e non dell'obiettività clinico funzionale che è stata valutata a suo tempo in sede di richiesta di prestazioni di rendita ” (doc. IV/1). La ricorrente ha quindi fatto pervenire una nuova dichiarazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 13 dicembre 2021 che ha affermato: " A seguito del mio precedente certificato il Dottor \_\_\_\_\_ del SMR, nella sua valutazione del 29.11,2021, afferma che i problemi psichici "non si possano considerare costanti a tal punto da motivare un accompagnamento" e che io mi sarei espressa alla luce delle considerazioni dei familiari, anziché sull'obiettività clinica. Desidero quindi precisare che i problemi psichici della Signora RI 1 sono in peggioramento da tempo, nonostante sia stata introdotta una terapia farmacologica antidepressiva ed ansiolitica, successivamente potenziata ed affiancata a regolari colloqui di sostegno psicologico. Oltre alla terapia già in atto recentemente è stata maturata la decisione di introdurre pregabalin, in fase di titolazione, per cercare di ottenere un miglior controllo della sintomatologia ansiosa la quale, come già descritto nel precedente rapporto, si acuisce in situazioni nuove e in posti non familiari, tanto da richiedere il sostegno dei parenti per

affrontarli. Occorre precisare che i sintomi descritti si inseriscono in un'organizzazione di personalità fragile, al limite, e in quanto tale poco attrezzata con risorse e strumenti che le permettano di far fronte a questo tipo di difficoltà ed adattarsi ai cambiamenti. Voglio, inoltre precisare che non mi sono basata sulle considerazioni dei familiari, bensì sui colloqui quindicinali che ho con la paziente, la quale mi parla costantemente della sua quotidianità e delle difficoltà, non solo emotive, che si trova ad affrontare. Per le mie considerazioni mi baso quindi sul suo racconto di vita e non su quello dei familiari e sull'esame obiettivo clinico che, pur non avendo la precisione e l'inconfutabilità di un esame strumentale, ha un valore importante che deve essere riconosciuto. Tali strumenti mi permette di affermare che la Signora RI 1 ha un equilibrio psichico fragile, che necessita di sostegno psicologico, oltre che farmacologico e che viene facilmente compromesso anche di fronte a stimoli di modesta entità che acquiscono la sintomatologia ansiosa e richiedono un impegno anche da parte dei familiari per essere gestiti." (doc. L1) Il dr. \_\_\_\_\_, il 23 dicembre 2021, ha dichiarato: " Con la presente mi preme fare chiarezza sui miei precedenti certificati e su quanto scrive il Dr. \_\_\_\_\_ con il suo scritto del 29.11.2021. La paziente ha delle chiare limitazioni funzionali alle mani che si possono oggettivare, quali deficit di forza e dolorabilità diffusa. Posso inoltre attestare di aver oggettivato nel corso degli anni un aumento/peggioramento di tali disturbi, seguo la paziente dal novembre 2012 e in questi 9 anni le limitazioni fisiche sono peggiorate e non si sono stabilizzate! Le mie considerazioni si basano su dati anamnestici e clinici raccolti con visite della paziente e non su considerazioni dei familiari." (doc. L2) Il medico SMR, nell'Annotazione del 20 gennaio 2022, ha in merito affermato che " dal lato puramente medico la nuova doc. inviata nel rapporto del 13 dicembre 2021 della psichiatra curante Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ed il rapporto del 23 dicembre 2021 del curante internista Dr. med. \_\_\_\_\_ non permettono di modificare le valutazioni espresse sino ad ora in fase istruttoria specialmente riguardo a necessità costante di aiuto da parte di terze persone " (doc. X/1). 2.8. Per potersi determinare sull'esistenza di una grande invalidità, l'autorità deve disporre di informazioni che provengono dai medici o da altri collaboratori specializzati. Il medico deve indicare in quale misura l'assicurato è limitato nelle sue funzioni fisiche e psichiche dalla sua malattia. L'autorità procede invece a un'inchiesta domiciliare, che tenga conto di tutte le particolarità del caso, ciò che implica necessariamente la conoscenza dei pareri dei medici. Sottopone poi i risultati dell'inchiesta al parere del Servizio Medico Regionale (SVR 2019 IV Nr. 79 consid. 2b). Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute e la situazione al domicilio della ricorrente siano stati accuratamente vagliati dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione agli atti, vista in particolare l'assenza di un'inchiesta domiciliare, malgrado la ripetuta richiesta in tal senso formulata dall'assicurata, non può concordare con la conclusione dell'Ufficio AI, ma ritiene indispensabile che, onde addivenire ad un affidabile giudizio sul chiesto diritto ad un assegno grandi invalidi, vengano preliminarmente messi in atto ulteriori approfondimenti medico-specialistici e sul posto. In effetti, la documentazione agli atti non consente con la necessaria chiarezza di giungere a conclusioni complete sull'effettivo bisogno per l'assicurata di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere gli atti ordinari della vita e/o di accompagnamento dell'organizzazione della realtà quotidiana. Questo per i motivi che seguono. In particolare, da un attento esame degli atti all'inserto, emerge che l'amministrazione ha ritenuto di potere statuire in merito alla domanda di assegno grandi invalidi basandosi sostanzialmente sulle sole prese di posizione del SMR, le quali si sono peraltro scostate dalle conclusioni dei medici curanti.

Malgrado non abbia effettuato alcuna valutazione clinica né reputato opportuno ordinare l'esecuzione di una valutazione specialistica (di natura ortopedica, neurologica e/o psichiatrica) e tantomeno di una valutazione al domicilio, il medico SMR ha liquidato in modo generico e stringato quanto dichiarato dall'assicurata (che peraltro in sede di estensione della richiesta di assegno grandi invalidi era coadiuvata dall'incaricata della \_\_\_\_\_, e quindi da una persona senza dubbio cognita in materia) circa le sue difficoltà nel compimento di taluni atti ordinari della vita e la necessità di essere accompagnata nell'organizzazione della realtà quotidiana, limitandosi ad affermare che "in base alla documentazione a disposizione dal lato puramente medico non si intravede per il momento la necessità di continua, duratura limitazione negli atti elencati tanto da necessitare dell'aiuto regolare di terzi così come anche nell'accompagnamento" (annotazione 8 settembre 2021, doc. AI pag. 635). Tale conclusione appare affrettata, a maggior ragione ove si rilevi che sia il dr. \_\_\_\_\_ che la dr.ssa \_\_\_\_\_, che da anni seguono la ricorrente, nei rapporti del 23 settembre 2020 e 19 agosto 2021, avevano confermato una situazione al domicilio per l'assicurata quantomeno difficoltosa ("vi è una mancanza di forza soggettiva, impossibilità a eseguire dei movimenti di pro- e supinazione, e una mancanza di sensibilità che non le permettono di svolgere semplici mansioni quotidiane (per esempio pettinarsi, sollevare una pentola piena d'acqua, passare l'aspirapolvere, guidare un'automobile con il cambio manuale, ...)"; dr. \_\_\_\_\_, doc. AI pag. 593; "nel corso dell'estate 2020, invece, la situazione è andata progressivamente peggiorando fino a determinare un quadro clinico caratterizzato da umore francamente deflesso, labilità emotiva, perdita di interesse anche per attività fino a quei momento piacevoli, anergia, scarsa autostima, affievolimento dell'istinto vitale, crisi di ansia. Si sono, inoltre, intensificate le sue difficoltà (già descritte) ad uscire di casa tanto che le nostre sedute, seppur regolari e costanti, attualmente si svolgono esclusivamente al telefono, in quanto troppe complicato per lei recarsi nel mio studio e sostenerle in presenza", dr.ssa \_\_\_\_\_; doc. AI pag. 595). Non solo: entrambi i curanti, chiamati dall'Ufficio AI ad esprimersi su quanto dichiarato sul modulo di richiesta per l'assegno grandi invalidi compilato dall'assicurata, inviato loro in copia, il 31 agosto e 2 settembre 2021 hanno senza esitazione confermato che le indicazioni sulla grande invalidità corrispondevano alle loro constatazioni, rispondendo affermativamente al quesito "le indicazioni sulla grande invalidità al N.3 corrispondono alle sue costatazioni?" (doc. AI pag. 609 e 611). Malgrado tali convergenti valutazioni, espresse dai medici che da anni seguono l'assicurata, il medico SMR, nella citata annotazione dell'8 settembre 2021, ha ribadito di non "intravedere" la necessità per l'assicurata dell'aiuto di terzi per compiere almeno una parte degli atti ordinari della vita o di sorveglianza personale e nemmeno di accompagnamento nella quotidianità (doc. AI pag. 635). Un maggiore e migliore approfondimento si sarebbe imposto a maggior ragione alla luce di quanto allegato dai curanti nella concomitante, parallela ennesima procedura di revisione della rendita. Quanto allegato dal dr. \_\_\_\_\_ il 17 settembre 2021 (segnatamente che l'assicurata lamentava "sempre dolori ad entrambe le mani che le impediscono anche delle banali attività della vita quotidiana, si sente limitata in tutto", doc. AI pag. 641) e dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ il 30 settembre 2021 (in particolare che "la paziente è in difficoltà nell'affrontare situazioni nuove, stabilire relazioni, frequentare posti non familiari e svolgere nuovi compiti"; doc. AI pag. 651), è invece stato evaso dal SMR nel senso che "dalla documentazione dei MC si evince uno stato valetudinario stabile e con limitazioni parziali al 50% analoghe ad ora" (Annotazione del 25 ottobre 2021, doc. AI pag. 665). A mente del TCA, posto di fronte a precise, contestualizzate e chiare

osservazioni da parte dei curanti circa le problematiche che affliggono l'assicurata, il medico SMR non poteva liquidarle in modo generico e stringato senza confrontarsi con esse in modo preciso, a maggior ragione se si considera che entrambi i curanti erano giunti a conclusioni totalmente opposte circa le necessità per l'assicurata di aiuto di terzi nella gestione della quotidianità. Nel suo ricorso l'assicurata ha contestato le conclusioni dell'amministrazione, descrivendo nuovamente nel dettaglio le limitazioni che la concernono, circostanziate anche da scritti della figlia convivente \_\_\_\_\_ e del suo compagno \_\_\_\_\_ (dichiarazioni del 30 ottobre 2021, doc. D, E; cfr. in esteso al consid. 2.7). Le limitazioni descritte sono inoltre state nuovamente confermate e sottolineate con forza dai curanti in ben due occasioni. Con scritto del 2 novembre 2021 la psichiatra curante ha in effetti espressamente confermato che l'assicurata "è in difficoltà nello svolgere le proprie autonomie quotidiane e necessita di aiuto da parte dei familiari", sottolineando le grandi difficoltà incontrate dalla paziente nell'allontanarsi da casa (doc. F1; cfr. al consid. 2.7). E nuovamente nello scritto del 13 dicembre 2021 essa ha contestato con fermezza le conclusioni del medico SMR espresse nell'annotazione del 29 novembre 2021 (secondo cui la documentazione prodotta non apportava nuovi elementi essendo le limitazioni "stabilizzate e definitive" e quelle psichiche "non costanti a tal punto da motivare un accompagnamento" e i medici curanti esprimendosi in definitiva "alla luce delle considerazioni dei famigliari"; doc. IV/1; cfr. in esteso al consid. 2.7), negando in particolare di essersi basata sulle considerazioni dei famigliari, "bensì sui colloqui quindicinali che ho con la paziente, la quale mi parla costantemente della sua quotidianità e delle difficoltà, non solo emotive, che si trova ad affrontare" (doc. L1; cfr. in esteso al consid. 2.7). Parimenti il dr. \_\_\_\_\_, il 12 novembre 2021, ha confermato nuovamente che l'assicurata soffriva di patologie internistiche e ortopediche che ne limitavano fortemente l'autonomia nelle attività della vita quotidiana, nella misura e nei modi descritti dalle allegato testimonianze scritte della figlia e del compagno (doc. F2), ribadendo ancora in data 23 dicembre 2021 che la paziente aveva chiare ed oggettivamente limitazioni funzionali alle mani, con deficit di forza e dolorabilità diffusa, e che le sue considerazioni si basavano su dati anamnestici e clinici raccolti con visite della paziente e non su considerazioni espresse dai familiari (doc. L2; cfr. in esteso al consid. 2.7). Vista quindi anche l'insistenza con cui non solo l'assicurata, ma anche i curanti, hanno, in corso di procedura amministrativa e in questa sede, ribadito la sussistenza di limitazioni tali da ostacolare il normale esercizio degli atti ordinari della vita, considerato come quanto nuovamente osservato dal medico SMR (per il quale la documentazione inviata dai medici curanti non apportava nuovi elementi tali da modificare quanto già concluso; cfr. Annotazione del 20 gennaio 2022, doc. X/1; cfr. in esteso al consid. 2.7) non permette di dissipare i dubbi circa il completo ed esaustivo accertamento della fattispecie, non si può prescindere dal rinvio degli atti all'amministrazione. Le varie limitazioni elencate dall'assicurata dovranno quindi essere oggetto di opportuna e completa valutazione medica e in sede di accertamento sul posto. Richiamato quanto esposto ai consid. 2.3 e 2.4, sia in questa sede unicamente osservato che con riferimento alle limitazioni addotte riferite all'atto ordinario del mangiare, laddove l'assicurata lamenta sostanzialmente la funzione parziale di tale atto ordinario che concerne unicamente il taglio degli alimenti duri ("tutti gli alimenti duri devono essere tagliati"), oltre al fatto di riuscire a fatica a versarsi le bevande ("Non è più in grado di sollevare una brocca e versarsi da bere"), innanzitutto secondo il Tribunale federale il compimento difficoltoso o rallentato a causa del danno alla salute degli atti ordinari della vita non giustifica per principio la grande invalidità (STF

9C\_633/2012 dell'8 gennaio 2013; cfr. cifra marginale 8013 CIGI). Inoltre per la giurisprudenza se l'assicurato ha bisogno dell'aiuto di terzi solo per tagliare i cibi duri, non sussiste una grande invalidità, poiché questo genere di alimenti non viene consumato generalmente due volte al giorno e ogni giorno e dunque l'assicurato non necessita regolarmente e in misura indispensabile dell'aiuto di terzi, ma solo in maniera saltuaria (STF 8C\_30/2010 dell'8 aprile 2010, 9C\_791/2016 del 22 giugno 2017, cit. in marginale 8018 CIGI). Nella fattispecie, nell'ambito degli accertamenti che verranno esperiti sarà quindi da esaminare se il bisogno di aiuto per l'assicurata sia esclusivamente limitato al taglio dei cibi duri, ciò che escluderebbe di principio il riconoscimento di una grande invalidità, o sia più esteso (in argomento cfr. STCA 32.2017.128 del 20 marzo 2018; cfr. anche la STF 9C\_346/2010 del 6 agosto 2010 consid. 3). Del resto, anche l'addotta difficoltà a versarsi le bevande dalla brocca parrebbe di principio essere sormontabile con appositi ed elementari accorgimenti, quali ad esempio l'attingere l'acqua direttamente dal rubinetto o l'utilizzo di bottiglie di pet di piccole dimensioni. Queste soluzioni costituirebbero a non averne dubbio una concretizzazione del già citato (cfr. consid. 2.3) obbligo di ridurre il danno, secondo cui occorre intraprendere tutto quanto è ragionevole allo scopo di ridurre il più possibile gli effetti dell'invalidità (DTF 134 V 9 consid. 7.3.1; DTF 113 V 22 consid. 4a; SVR 2017 IV Nr. 6). Richiamato quanto esposto al consid. 2.4, d'altra parte, se da un lato, sulla base degli atti all'inserto ed in particolare delle certificazioni mediche agli atti, parrebbe poter essere in concreto esclusa la necessità di una sorveglianza personale permanente ai sensi dell'art. 37 cpv. 3 lett. b OAI (intesa quale necessità di prestazioni di ordine medico o di aiuto sanitario rese necessarie dallo stato fisico o psichico dell'assicurata) come pure (con riferimento all'art. 37 cpv. 2 lett. a OAI) quella di un aiuto per spostarsi fuori casa quale atto ordinario in quanto tale (l'assicurata non contesta in sé di essere in grado di condurre l'automobile, ritenuto che nel gravame l'attività dello spostarsi viene, per quanto è dato di capire, riferita piuttosto al dover essere "accompagnata" nell'uscire dalla propria abitazione per stabilire contatti fuori casa, circostanza questa suscettibile di essere considerata semmai nell'ambito della valutazione di una eventuale necessità di accompagnamento ex art. 38 OAI), d'altro lato l'asserita necessità di un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dei summenzionati art. 37 cpv. 3 e 38 OAI (nel formulario di richiesta e nelle dichiarazioni della figlia e del compagno viene ripetutamente sottolineato che l'interessata non si muove di casa se non accompagnata) non risulta essere stata fatta oggetto di adeguata valutazione da parte dell'amministrazione. Dal profilo medico poco del resto si evince in merito, se non che i curanti hanno condiviso la necessità di accompagnamento dichiarata dall'assicurata nel modulo di richiesta di prestazioni. Riassumendo e concludendo, visto quanto precede, tenuto conto delle specifiche e concrete indicazioni fornite in sede di domanda e procedura amministrativa, l'Ufficio AI, onde addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio circa l'esistenza delle premesse per il riconoscimento di una grande invalidità, oltre ad eventuali ulteriori accertamenti medici, avrebbe dovuto procedere, con l'ausilio di persona qualificata (assistente sociale) a conoscenza del contesto in cui l'assicurata vive, ad un accertamento sul posto finalizzato ad una concreta verifica dell'attendibilità e la pertinenza delle circostanze addotte a sostegno della richiesta (sull'importanza, per la valutazione della grande invalidità, di un siffatto accertamento e della sua stretta connessione con la valutazione medica cfr. DTF 130 V 61). Del resto, come precisato alle dianzi citate cifre marg. 1058, 8130 e 8131 CIGI, un siffatto accertamento sul posto si rende di principio sempre necessario quando si tratta - come nella presente

fattispecie - di una prima domanda volta all'ottenimento di un assegno per grandi invalidi. Il TCA ricorda che se è vero che la giurisprudenza federale impone che in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista, dall'altra l'Alta Corte impone che, qualora sussistano indizi concreti che minano l'attendibilità delle perizie degli specialisti indipendenti, segnatamente in caso di rapporti medici contraddittori, il giudice – tenuto a valutare l'intero materiale probatorio – in caso di dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici non può fondarsi su questi ultimi, anche se, precisa la nostra Massima istanza, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dall'amministrazione o a imporre nuovi accertamenti. Inoltre, se è vero che il Tribunale federale ha posto il principio secondo cui alle certificazioni del medico curante, anche se specialista, va riconosciuto un valore di prova limitato in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente, d'altra parte l'Alta Corte ha sottolineato in diverse occasioni che non va dimenticata la potenziale forza probante dei rapporti del medico curante, derivante dal fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009 e riferimenti, tuttora in vigore, come ricordato ad es. in STF 8C\_168/2019 del 9 settembre 2019, mettendo comunque in rilievo anche la differenza esistente tra mandato di cura e mandato peritale; D. Cattaneo, in “ Les expertises en droit des assurances sociales, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Nella fattispecie il TCA non dispone degli elementi necessari per stabilire, con la sufficiente tranquillità, se sia condivisibile, oppure no, la decisione impugnata con la quale l'amministrazione ha negato all'assicurata la necessità di aiuto da parte di terzi, sulla base del parere del SMR. Gli atti vanno pertanto retrocessi all'amministrazione affinché, dopo esperimento dei necessari accertamenti volti a colmare le summenzionate lacune istruttorie, incluso l'esperimento di un accertamento sul posto con relativa estensione di un dettagliato rapporto di inchiesta, statuisca nuovamente sul diritto di RI 1 ad un assegno grandi invalidi.

2.9. Il TCA, di norma, rinvia l'incarto all'Ufficio AI o perché vi sono carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (“Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist”; cfr. DTF 137 V 210; STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C\_59/2011 consid. 5.2) L'Alta Corte è giunta alla stessa conclusione in una sentenza ancor più recente, 8C\_943/2010 del 9 novembre 2011, concernente una fattispecie in cui l'aspetto della

residua capacità lavorativa era stato oggetto di valutazioni discordanti tra il medico fiduciario dell'assicuratore infortuni ed i sanitari della clinica di riabilitazione dove l'assicurato aveva soggiornato tempo prima. In quella pronunzia, il TF ha rinviato la causa all'amministrazione affinché disponesse un complemento istruttorio da parte di un medico indipendente ossequiando la procedura di cui all'art. 44 LPGA. In concreto, rilevato come, per quanto precede, ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, stante quindi la necessità di completare gli accertamenti già esperiti, la decisione impugnata va annullata e gli atti vanno rinviati all'amministrazione affinché proceda nel senso indicato sopra e quindi metta in atto gli accertamenti necessari a chiarire quale sia l'effettivo stato di salute dell'assicurata e le conseguenti ripercussioni dello stesso sulla sua capacità di svolgere i vari aspetti degli atti ordinari della vita e si determini in seguito nuovamente sul diritto ad un assegno grandi invalidi. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'Ufficio AI. 2.11. L'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. I). Visto l'esito favorevole del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA). La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5).

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