

TI_GERICHTE 35.2004.98 vom 14. September 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-09-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2004.98

FR: TI_GERICHTE 35.2004.98 du 14 septembre 2005

IT: TI_GERICHTE 35.2004.98 del 14 settembre 2005

Regeste

Vittima di un incidente stradale con grave politrauma a livello ortopedico e cerebrale. Diritto all'assegno per grandi invalidi. Causa rinviata all'assicuratore per nuovi accertamenti.

Erwägungen

E. 31

marzo 2004, la Zurigo Assicurazioni ha ordinato una perizia medica, affidandone l'allestimento al PD dott. _____, medico aggiunto presso la Clinica di neurologia dell'Ospedale universitario di _____ (doc. ZM 86), il quale ha, a sua volta, fatto capo al dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. ZM 86/2), alla Clinica di oftalmologia dell'Ospedale universitario di _____ (doc. ZM 86/1), nonché alla neuropsicologa _____ (doc. ZM 86/3). Dal referto peritale del 7 maggio 2003 si evince che, secondo il dott. _____, solo una parte dei disturbi denunciati dall'insorgente - suddivisi in diagnosi neurologiche, psichiatriche e oftalmologiche, da un canto, e diagnosi ortopediche, dall'altro - si trovano in una relazione di causalità naturale con l'infortunio assicurato, e meglio: " (...) 4.1.1 Encéphalopathie post-traumatique de sévérité modérée à moyenne avec diffusions hémorragiques sous-arachnoïdiennes et contusion cérébrale mise en évidence à l'IRM au niveau latéro-calleux droit. Une petite souffrance du tronc cérébral est possible (vertiges), mais non démontrées (F 06.9 et F 07.0) • Des troubles mnésiques et exécutifs discrets (mis en évidence en mars 1999 à la Clinique _____). • Des troubles comportementaux décrits dès le début, associant impulsivité, précipitation et modification de l'expérience émotionnelle (ce qui explique la perte du sentiment de familiarité), tels que nous le trouvons parfois dans certaines lésions préfrontales et cingulaires. • Une hypoesthésie modérée thermo-algique de l'hémicorps gauche et d'un trouble du schéma corporel à ce niveau (comme une sensation d'avoir une partie du corps plus petite surtout lorsqu'elle se regarde dans le miroir). La sensibilité profonde n'est pas interprétable. • Une double atteinte du VI, (partiellement améliorée par l'intervention faite à _____ le 22.11.2001). 4.1.2 Un syndrome de stress post-traumatique (F 43.1). (...). 4.3. Diagnostics orthopédiques en rapport avec l'accident : • Status post-fracture ouverte du 1/3 distal du genou droit. • Status post-luxation postérieure de la hanche gauche avec fracture de la paroi postérieure de l'acétabule. • Status post-fracture de l'olécrâne et de la diaphyse ulnaire gauche • Status post-contusion de la région inféro-antérieure de la lèvre. • Status post-fracture du 1/3 distal du radius gauche. • Status post-fracture de D10 stable." (ZM 86, p. 6s.) Per contro, sono stati ritenute senza nesso di causalità naturale preponderante, rispettivamente, senza nesso di causalità naturale con l'evento infortunistico in questione, le diagnosi seguenti: " • 4.2 Diagnostics neurologiques et psychiatriques sans rapport prépondérant avec l'accident. • 4.2.1 Un

trouble de l'adaptation compensatoire avec caractéristiques phobiques, psychasthéniques et obsessives compulsives, sans rapport direct avec l'accident (cf. rapport du Dr. _____), et expliquant l'aggravation secondaire depuis sa sortie de la clinique (F 43.2). • 4.2.2 Céphalées bi-occipitales d'origine mixte (tensionnelles, post-traumatiques et médicamenteuses). • 4.2.3 Syndrome douloureux chronique diffus, prédominant au niveau de la hanche droite, et dont l'intensité s'est aggravée par rapport aux évaluations de 2001 (F 45). (...). 4.3.1 Diagnostics orthopédiques sans rapport avec l'accident: Le status séquellaire est caractérisé par une bonne récupération de la mobilité, mais avec persistance de douleurs à la mobilisation des articulations traumatisées le 18.01.1999. De plus, il y a évolution vers une aggravation secondaire de type syndrome douloureux chronique." (ZM 86, p. 7)

Rispondendo al quesito n. 5 postogli dalla _____, il PD _____ ha confermato che i disturbi cognitivi, comportamentali e oftalmologici sono riconducibili, con probabilità preponderante, all'encefalopatia post-traumatica. Per quel che concerne invece i disturbi dell'adattamento, fobici, ossessivi-compulsivi, nonché psicoastenici, la relazione è improbabile oppure semplicemente possibile. Infine, l'esperto consultato dall'assicuratore ha sottolineato la difficoltà a pronunciarsi a proposito dei sintomi dolorosi (cefalee e dolori ortopedici), nella misura in cui la loro intensità è influenzata dai disturbi psichiatrici dell'adattamento (doc. ZM 86, p. 8). A mente del dott. _____, i disturbi dell'adattamento, legati alla personalità preesistente all'infortunio, hanno giocato, a decorrere dal 2000, un ruolo aggravante per rapporto alla sintomatologia neuropsichiatrica e a quella dolorosa: " 5.2. Existe-il des facteurs aggravant? Il existe des facteurs aggravants. 5.2.1. Lesquels? Les troubles de l'adaptation ne sont pas directement liés à l'accident (au sens de causalité) et aggravent la symptomatologie neuropsychiatrique. Ces troubles ont à faire avec la personnalité prémorbide. L'intensité des douleurs est aggravée par les troubles de l'adaptation. 5.2.2. Depuis quand ces facteurs étrangers jouent un rôle? À mon avis, ils jouent un rôle depuis le courant de l'an 2000. C'est la période à laquelle le mari décrit de début d'un "découragement et d'une aggravation secondaire. Il est intéressant de noter que lors d'une évaluation neuropsychologique le 19.08.2000, Mme _____, psychologue, note quelques difficultés cognitives supplémentaires par rapport à un examen effectué le 10 mars 1999 à la Clinique _____. Même si la fatigue et le "setting" ont expliqué quelques différents, cette aggravation secondaire (qui devient nette dans l'évaluation de Mme _____ d'octobre 2002) rentre à mon avis dans ce problème de l'adaptation. Ces troubles semblent s'être aggravés pendant l'année 2002 et avoir grevé le handicap; par exemple les douleurs étaient rapportés comme "quelques douleurs résiduelles en février 2002 et le périmètre de marche était de 1 km en juin 2001 (cf. rapports du Dr _____)." (doc. ZM 86, p. 8) I disturbi post-traumatici sono stati ritenuti responsabili di una totale incapacità lavorativa nella pre cedente professione di insegnante di scuola (doc. ZM 86, p. 9). L'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata sarebbe possibile soltanto con un rendimento del 40% (doc. ZM 86, p. 9s.). La menomazione all'integrità di cui è portatrice la ricorrente a seguito dell'incidente stradale del 18 gennaio 1999, è stata quantificata nel 55% (30% per la sindrome psico-organica, fatta astrazione dai disturbi dell'adattamento, 20% per le sequele oftalmologiche e 5% per i dolori; cfr. doc. ZM 86, p. 10). Mesi dopo avere conferito al PD dott. _____ il mandato peritale principale, in data 27 marzo 2003, l'assicuratore infortuni convenuto gli ha chiesto di pronunciarsi anche sul diritto dell'assicurata all'assegno per grande invalida (doc. Z 326). A tale scopo, al perito è stato trasmesso un apposito questionario da compilare (doc. Z 326/1). Secondo il dott. _____, RI 1 necessita di un aiuto regolare e notevole di terzi unicamente per

entrare ed uscire dalla vasca da bagno, specificatamente per controllare la temperatura dell'acqua, e ciò in ragione dei dolori all'anca. Da notare che l'esperto ha precisato di avere preso in considerazione soltanto la situazione post-infortunistica (doc. ZM 86/4). Fondandosi sulle risultanze della perizia del Prof. _____, la CO 1 ha assegnato all'assicurata una rendita di invalidità dell'80% e un'indennità per menomazione all'integrità del 55%. Per contro, a RI 1 è stato negato il diritto all'assegno per grandi invalidi ex art. 26 LAINF (cfr doc. Z 384). La lite sub judice ha per oggetto unicamente la questione a sapere se la ricorrente ha diritto o meno ad un assegno per grandi invalidi e, nell'affermativa, di quale grado. Gli altri aspetti sono cresciuti in giudicato. In sede di procedura di opposizione, l'assicurata si è rivolta al dott. _____, spec. FMH in neurologia, Primario presso la Clinica di riabilitazione _____ di _____. Dal relativo referto, datato 1° giugno 2004, risulta che il sanitario ha visitato l'insorgente il 25 maggio 2004, allo scopo di "analizzare il grado del bisogno della signora RI 1 di essere aiutata nello svolgere le mansioni della vita di tutti i giorni" (doc. A 6). Queste le conclusioni a cui è pervenuto il dott. _____ a proposito della necessità che RI 1 venga aiutata da terze persone: " Basandomi sull'anamnesi attuale offerta dalla paziente e dal marito, non ci sono dubbi sul bisogno di aiuto della paziente per lo svolgimento delle attività della vita di tutti i giorni a livello personale e concernenti l'accudire alle faccende domestiche. Il quadro è tale per il quale bisogna prevedere un aiuto consistente. Lo potrei definire – basandomi sulle conoscenze attuali – nel modo seguente: - Un aiuto il mattino di un'ora (vestirsi, igiene) - Un aiuto il pomeriggio di un'ora ogni due giorni (igiene, movimento) - Un aiuto serale di un'ora (igiene) - L'aiuto notturno è difficile da definire. Forse si può prevedere un aiuto provvisorio per alcune notti, per poi decidere la necessità in _____ funzione dell'esperienza fatta. - Non posso decidere se è veramente necessario che una persona _____ sorvegli la paziente su tutto l'arco delle 24 ore. Penso sia possibile da decidere solo dopo aver approfondito la domanda se c'è _____ pericolosità reale lasciando la paziente alcune ore da sola." (doc. A 6, p. 5) Il neurologo, quale premessa alla propria valutazione, ha comunque sottolineato che: " Un'analisi dettagliata degli aiuti necessari può essere fatta osservando la paziente in regime stazionario e interagendo con lei. Le do un'analisi per quanto mi è possibile basandomi sul colloquio fatto e sulle mie osservazioni cliniche. Mi rendo conto ora, dopo la visita della paziente, che probabilmente un approfondimento sarà necessario." (doc. A 6, p. 5) In data 20 luglio 2004, il dott. _____ ha risposto ad alcune domande complementari postegli dal patrocinatore dell'assicurata, Questo il tenore del suo rapporto: " Ad 1. Sì, in effetti a pagina 5 del mio rapporto del 01.06.2004 al Dr. _____ ho scritto: "Basandomi sull'anamnesi attuale offerta dalla paziente e dal marito non ci sono dubbi sul bisogno di aiuto della paziente per lo svolgimento delle attività della vita di tutti i giorni a livello personale e concernenti l'accudire alle faccende domestiche. Il quadro è tale per il quale bisogna prevedere un aiuto consistente." Giustamente pensavo anche agli aiuti necessari per accudire alle faccende domestiche, anche se non ho ricordato questi aspetti espressamente. L'esecuzione delle faccende domestiche da Lei ricordate, come fare la pulizia della casa, cucinare, fare gli acquisti e le compere, lavare, stirare, ecc. non può essere fatta dalla paziente se non in parte. Penso che la paziente sia in grado di intrattenere relazioni sociali normali a secondo del loro scopo e delle condizioni nelle quali esse succedono. Se si tratta di interazioni semplici concernenti contenuti banali, penso che non ci siano grossi problemi. La situazione psichica della paziente è tale però da compromettere interazioni complesse per esempio concernenti aspetti finanziari, aspetti relazionali che possono aver conseguenze per esempio in campo

assicurativo, concernenti relazioni con parenti o terze persone se hanno lo scopo di prendere decisioni che possono influenzare il futuro della paziente. In questo senso e in questi casi la paziente deve essere aiutata da terzi per poter gestire relazioni sociali che si possano definire come normali. Ad 2. Io ho scritto nella mia lettera del 01.06.2004 al Dr.

_____ : "Mi dispiacerebbe deluderla, ma non penso che possiamo offrire alla paziente ciò che lei (la paziente) desidera. Penso che la sindrome psichiatrica e le conseguenze psichiatriche da un'interazione non specialistica da noi vadano ben al di là di ciò che noi possiamo offrire a garantire." In effetti la paziente mi informava per iscritto dopo la visita da me avvenuta il 25.05.2004 dei suoi sentimenti riguardanti un'eventuale ospedalizzazione da noi a scopo diagnostico nel senso anche di chiarire i suoi reali bisogni in modo particolare nella notte. La paziente sentiva un eventuale ricovero come "forzato" e chiedeva di poter usufruire di cure tali da poter ricevere le sue "forzate esigenze", che qui non vorrei elencare. Le esigenze sono tali e di tale tipo da poter essere garantite, perché l'indicazione non può essere condivisa dal punto di vista medico. Sì, come Lei scrive, in queste condizioni ci potrebbe essere il rischio di ripercussioni negative che scaturirebbero da una ospedalizzazione con lo scopo primario di valutare il bisogno di cure o altri sostegni nella notte. Dunque ritengo giusto rinunciare a questo passo potenzialmente problematico. Penso anche che il mio rapporto del 01.06.2004, come anche Lei ricorda, offre già un quadro sufficientemente completo per poter in parte extrapolare giudizi ulteriori sui bisogni della paziente." (doc. A 8) 2.6. Chiamata a pronunciarsi, questa Corte osserva che la fattispecie sub judice presenta delle difficoltà già per quanto attiene all'eziologia dei complessi disturbi accusati dall'insorgente. Tale questione è rilevante nell'ottica di stabilire il diritto dell'assicurata all'assegno per grandi invalidi, posto come il PD dott. _____, nel negare la necessità di un aiuto regolare e notevole di terzi, rispettivamente, di una sorveglianza personale permanente, ha precisato di avere tenuto conto unicamente dello stato post-traumatico (cfr. doc. ZM 86/4), lasciando sottintendere che la valutazione potrebbe essere diversa qualora si considerassero anche i disturbi da lui giudicati estranei all'evento infortunistico del mese di gennaio 1999. Ora, il TCA ritiene che alla documentazione medica agli atti, specificatamente alla perizia 7 maggio 2003 della Clinica di neurologia dell'Ospedale universitario di _____, sulla quale la CO 1 si è fondata per escludere il diritto all'assegno per grandi invalidi, non possa essere riconosciuto un sufficiente valore probante. Da una parte, il dott. _____, nel negare la natura traumatica ai disturbi dell'adattamento, fobici, ossessivi-compulsivi, nonché psicoastenici, ha fatto esplicito riferimento al rapporto peritale 24 febbraio 2002 elaborato dallo psichiatra dott. _____, proprio per conto dell'esperto incaricato dall'assicuratore LAINF convenuto (cfr. doc. ZM 86, p. 7: "... Un trouble de l'adaptation compensatoire avec caractéristiques phobiques, psychasthéniques et obsessives compulsives, sans rapport direct avec l'accident (cf. rapport du Dr. _____), et expliquant l'aggravation secondaire depuis sa sortie de la clinique (F 43.2)" – la sottolineatura é del redattore). Senonché il citato psichiatra ha, da parte sua, sostenuto che, citiamo: "Si conferma il nesso causale fra l'infortunio e il disturbo alla salute lamentato dalla perizianda. D'altra parte, i disturbi attuali alla salute così come espressi ed osservati sono tuttora riconducibili all'infortunio stesso come unica causa" (doc. ZM 86/2, p. 5 – la sottolineatura è del redattore). È vero che, secondo il dott. _____, nel meccanismo compensatorio presentato da RI 1, gioca un certo ruolo causale anche la personalità premorboza di quest'ultima (cfr. doc. ZM 86/2, p. 5), tuttavia ciò non è ancora sufficiente per concludere all'assenza di un qualsiasi nesso di causalità naturale con l'infortunio assicurato. In effetti, conformemente ad una costante

giurisprudenza, per ammettere il nesso di causalità naturale non è necessario che l'infortunio rappresenti la sola causa oppure la causa diretta del danno alla salute, di modo che è sufficiente che l'evento traumatico, unitamente ad altri fattori, abbia pregiudicato l'integrità fisica e/o psichica dell'assicurato e ne costituisca, in questo senso, una semplice concausa (cfr. DTF 112 V 376s. consid. 3a, 115 V 134 consid. 3, 117 V 376s. consid. 3a; STFA del 16 marzo 2000 nella causa C., U 136/99, consid. 2b; STFA del 10 gennaio 2001 nella causa L., U 324/99, consid. 2b; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, op. cit., p. 101). D'altra parte, non può essere ignorato che, nel quadro degli accertamenti pluridisciplinari predisposti dall'assicurazione per l'invalidità, i medici del SAM di _____ sono giunti alla conclusione che tutti i disturbi di cui soffre la ricorrente, dunque anche quelli di natura psichica, sono riconducibili all'incidente della circolazione occorso il 18 gennaio 1999 (cfr. doc. ZM 69, p. 15). In esito a quanto precede, il TCA ritiene che la CO 1 non abbia posto in atto tutto quanto era possibile per delucidare in maniera attendibile la questione relativa all'eziologia dei disturbi denunciati da RI 1, e ciò contravvenendo al disposto dell'art. 43 cpv. 1 LPGa (cfr. art. 47 cpv. 1 vLAINF). Gli atti devono dunque essere rinviati all'assicuratore per ulteriori accertamenti di carattere medico. 2.7. La CO 1 ha negato il diritto all'assegno per grandi invalidi basandosi sul contenuto di un questionario compilato dal dott. _____ in data 24 aprile 2003 (doc. ZM 86/4). Questo Tribunale osserva al riguardo che il perito si è limitato a rispondere con un "sì" oppure con un "no" ai quesiti sottopostigli dall'amministrazione, senza minimamente motivare tali sue risposte. Simile agire non soddisfa i requisiti minimi richiesti dalla giurisprudenza federale affinché a un referto medico possa essere riconosciuto pieno valore probante, tenuto conto oltretutto che, da parte sua, il neurologo dott. _____, nel rapporto del 1° giugno 2004 (al quale non può parimenti essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente, date le premesse da cui egli è partito), ha sostenuto che RI 1 necessita di un aiuto consistente, citiamo: "... per lo svolgimento delle attività della vita di tutti i giorni a livello personale e concernenti l'accudire alle faccende domestiche" (doc. A 6, p. 5). D'altro canto, dalle tavole processuali non risulta che l'assicuratore convenuto abbia condotto un'indagine domiciliare allo scopo di definire l'assistenza di cui eventualmente abbisogna la ricorrente, e ciò disattendendo la giurisprudenza federale, secondo cui la determinazione delle basi per la valutazione della grande invalidità necessita di una stretta collaborazione fra il medico e l'amministrazione. Il medico deve indicare in quale misura il danno alla salute limita la persona assicurata nelle sue funzioni corporee, rispettivamente, intellettuali. L'amministrazione effettua ulteriori accertamenti a domicilio. In caso di imprecisioni riguardanti i disturbi fisici oppure psichici e/o a proposito della loro incidenza sugli atti ordinari della vita, si devono porre dei quesiti complementari al medico (cfr. DTF 130 V 61, consid. 6.1.1; AHI-Praxis 2000, p. 319s., consid. 2b). Nella sentenza pubblicata in DTF 128 V 93 consid. 4, la nostra Corte federale – dopo aver precisato che l'inchiesta a domicilio costituisce il provvedimento appropriato per determinare il fabbisogno di assistenza - ha stabilito che un rapporto d'inchiesta dell'Ufficio AI acquista valore probatorio, in analogia con la giurisprudenza in merito alla fedeltà dei rapporti medici (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a), se sono adempiuti determinanti fattori: " Die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle ist die geeignete Vorkehr für die Ermittlung des Betreuungsaufwandes. Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes sind - analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der

Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Weiter sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht. Obwohl von zentraler Bedeutung für die Beurteilung des Anspruchs auf Beiträge an die Hauspflege und im Hinblick auf die Beweiswürdigung regelmässig zumindest wünschenswert, besteht an sich keine strikte Verpflichtung, die an Ort und Stelle erfassten Angaben der versicherten Person (oder ihrem gesetzlichen Vertreter) zur Durchsicht und Bestätigung vorzulegen. Nach Art. 73bis Abs. 1 IVV genügt es, wenn ihr im Rahmen des Anhörungsverfahrens das volle Akteneinsichtsrecht gewährt und ihr Gelegenheit gegeben wird, sich zu den Ergebnissen der Abklärung zu äussern (vgl. - generell – BGE 125 V 404 Erw. 3; bei Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltsführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: Urteil S. vom 4. September 2001, I 175/01)" (DTF succitata; cfr., pure, DTF 130 V 62, consid. 6.1.2). Sulla scorta di quanto precede, occorre concludere che anche in relazione alla determinazione del diritto all'assegno per grandi invalidi, l'accertamento dei fatti compiuto dall'assicuratore LAINF convenuto si appalesa come approssimativo. 2.8. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera

sommatoria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nell'evenienza concreta, ci si trova dunque confrontati ad un accertamento sommario dei fatti (cfr. consid. 2.5. e 2.6.). La decisione su opposizione impugnata va quindi annullata e l'incanto rinviato all'amministrazione, affinché, da una parte, ordini nuovi accertamenti medici con lo scopo di chiarire l'eziologia dei disturbi lamentati dall'insorgente, nonché di determinare in quale misura il danno alla salute post-traumatico limita quest'ultima nelle sue funzioni fisiche, rispettivamente, intellettuali e, d'altra parte proceda ad un'indagine a domicilio e allestisca un rapporto che rispetti i requisiti posti dalla giurisprudenza di cui alla citata DTF 128 V 93. In tale contesto, la CO 1 esaminerà pure gli atti dell'UAI, che avrebbero consentito a quest'ultimo di assegnare alla ricorrente un assegno per grande invalido di grado medio (cfr. consid. 1.6.). In seguito, l'assicuratore LAINF convenuto si pronuncerà di nuovo, mediante l'emanazione di una decisione formale, sul diritto di RI 1 di percepire l'assegno per grandi invalidi e, se del caso, sul grado della grande invalidità.

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