

## **TI\_GERICHTE 32.2007.346 vom 15. Januar 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-01-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2007.346\\_d20070115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.346_d20070115)

FR: TI\_GERICHTE 32.2007.346 du 15 janvier 2007

IT: TI\_GERICHTE 32.2007.346 del 15 gennaio 2007

### **Regeste**

Domanda di riconsiderazione di una decisione di rifiuto dell'assegno per grandi invalidi dopo l'assegnazione di una rendita AI parziale. Accertamento dell'inizio della grande invalidità. In casu non sono dati i presupposti per una riconsiderazione o una revisione

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). In una sentenza C 128/04 del 20 settembre 2005 il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha rammentato che : " 1.2 Art. 29 Abs. 2 BV räumt kein Recht auf mündliche Anhörung ein, sondern beschränkt den Gehörsanspruch auf schriftliche Stellungnahmen (Pra 2003 Nr. 97 S. 520 Erw. 2.6; Urteil W. des Bundesgerichts vom 13. November 2002, 4P.195/2002; vgl. BGE 125 I 219 Erw. 9b sowie AHI 1993 S. 41 Erw. 3b betreffend Art. 4 aBV), es sei denn, ein Erlass gäbe ausdrücklich das Recht auf eine mündliche Anhörung (vgl. Pra 2003 Nr. 97 S. 520 Erw. 2.6). Art. 42 ATSG sieht mündliche Anhörungen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht ausdrücklich vor und auch aufgrund des VwVG oder des AVIG ergibt sich kein explizit erwähntes Recht auf eine mündliche Anhörung. Anhand der Akten ist ersichtlich, dass die Versicherte ausreichend Gelegenheit hatte, zum Sachverhalt Stellung zu nehmen (vgl. Erw. 1.1 hievor). Es sind hier auch keine Umstände gegeben, die zu einer Ausnahme vom Regelfall der Möglichkeit, schriftlich Stellung zu nehmen, führen würden, sodass das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin nicht verletzt wurde, indem sie nicht mündlich angehört wurde." Non vi è pertanto alcun diritto, di regola, ad essere sentiti oralmente. Una presa di posizione scritta è sufficiente. Nel caso di specie il ricorrente è stato personalmente sentito dapprima da un funzionario dell'UAI in data 5 dicembre 2006 (doc. AI 27-1) ed in seguito dal dr. med. \_\_\_\_\_, medico SMR, in data 19 dicembre 2006 (doc. AI 29-1 e 30-1). L'interessato è stato pertanto convocato dall'UAI in due occasioni, come inizialmente richiesto, ed ha potuto esprimere le sue opinioni. Certo, la terza richiesta, del 23 agosto 2007, non ha avuto alcun seguito. Tuttavia l'insorgente era già stato sentito in precedenza ed in sede di ricorso ha nuovamente potuto far valere le proprie ragioni innanzi ad un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo. Per cui un'eventuale violazione del diritto di essere sentito è comunque stata sanata in questa sede dove il ricorrente ha nuovamente esposto le sue argomentazioni. Per quanto concerne invece la richiesta di avere il colloquio con il servizio medico dell'AI prima dell'inoltro della risposta di causa, affinché i medici abbiano ad esaminare nel dettaglio tutto l'incarto medico della defunta RI 1 (in particolare gli atti relativi alle degenze presso gli ospedali \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, la clinica di \_\_\_\_\_ e gli atti del medico curante dr. med. \_\_\_\_\_), essa è divenuta priva di oggetto con l'inoltro della risposta in data 15

novembre 2007 (doc. IV). Questo Tribunale può pertanto entrare nel merito del ricorso. nel merito 3. Per l'art. 9 LPGGA è considerato grande invalido colui che, a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita. Ai sensi dell'art. 42 cpv. 1 LAI l'assicurato grande invalido (art. 9 LPGGA) con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGGA) in Svizzera ha diritto a un assegno per grandi invalidi. Rimane salvo l'art. 42bis. Per l'art. 42 cpv. 2 LAI si distingue tra grande invalidità di grado elevato, medio o lieve. A norma dell'art. 42 cpv. 3 LAI è considerato grande invalido anche chi a causa di un danno alla salute vive a casa e necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana. Chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica ha diritto almeno a un quarto di rendita. Chi ha bisogno unicamente di essere accompagnato in modo permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana è considerato grande invalido di grado lieve. Rimane salvo l'articolo 42bis capoverso 5. L'art. 42 cpv. 4 LAI prevede che 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. In caso di soggiorno in un'istituzione per l'esecuzione di provvedimenti d'integrazione di cui all'articolo 8 capoverso 3, l'assicurato non ha più diritto all'assegno per grandi invalidi. Il Consiglio federale definisce la nozione di soggiorno. Può eccezionalmente prevedere la concessione di assegni per grandi invalidi anche in caso di soggiorno in un'istituzione se l'assicurato a causa di un grave danno agli organi sensori o di una grave infermità fisica può mantenere contatti sociali solo grazie a servizi regolari e considerevoli di terzi. Il diritto all'assegno per grandi invalidi nasce il primo giorno del mese in cui si sono verificate le condizioni di questo diritto (art. 35 cpv. 1 OAI). Per l'art. 35 cpv. 2 OAI se, in seguito, il grado d'invalidità subisce una modifica importante, si applicano gli articoli 87-88bis. Se uno degli altri presupposti al diritto all'indennità venisse a cadere, o se morisse il beneficiario, il diritto si estingue alla fine del mese in cui l'evento si è verificato. L'art. 37 OAI distingue tre gradi di grande invalidità: la grande invalidità è reputata di grado elevato se l'assicurato è totalmente grande invalido. Questo è il caso quando necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi per compiere gli atti ordinari della vita e il suo stato richiede inoltre cure permanenti o una sorveglianza personale (cpv. 1). La grande invalidità è di grado medio se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari, necessita (cpv. 2): a. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere la maggior parte degli atti ordinari della vita; b. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna inoltre di una sorveglianza personale permanente; o c. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di un accompagnamento permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 38. La grande invalidità è di grado lieve se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari: a. è costretto a ricorrere in modo regolare e considerevole, all'aiuto di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita; b. necessita di una sorveglianza personale permanente; c. necessita, in modo durevole, di cure particolarmente impegnative, richieste dalla sua infermità; d. a causa di un grave danno agli organi sensori o di una grave infermità fisica, può mantenere i contatti sociali con l'ambiente solamente grazie a servizi di terzi forniti in modo regolare e considerevole; oppure e. è costretto a ricorrere a un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 38. A norma dell'art. 38 cpv. 1 OAI esiste un bisogno

di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 42 capoverso 2 LAI quando un assicurato maggiorenne non vive in un'istituzione e a causa di un danno alla salute: a. non può vivere autonomamente senza l'accompagnamento di una terza persona; b. non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona; oppure c. rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno. L'art. 38 cpv. 2 OAI prevede che chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica deve avere diritto almeno a un quarto di rendita per essere riconosciuto grande invalido. Per l'art. 38 cpv. 3 OAI è considerato unicamente l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana che è regolare e necessario in relazione con le situazioni menzionate nel capoverso 1. Fra queste non rientrano in particolare le attività di rappresentanza e di amministrazione nel quadro delle misure di tutela conformemente agli articoli 398-419 del Codice civile. 4. Secondo costante giurisprudenza, sono considerati come atti ordinari della vita gli atti consistenti nel vestirsi, svestirsi, alzarsi, sedersi, sdraiarsi, mangiare, provvedere all'igiene personale, andare al gabinetto, spostarsi e stabilire dei contatti sociali. Per atti che permettono di stabilire dei contatti sociali con l'ambiente bisogna intendere il comportamento normale all'interno della società così come richiesto dall'esistenza quotidiana (cfr. DTF 117 V 27 consid. 4b e 146 consid. 2; DTF 105 V 52; DTF 104 V 127; RCC 1980 pag. 62; Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, pag. 275). La giurisprudenza del Tribunale federale ha inoltre stabilito che un assicurato deve essere ritenuto "totalmente" grande invalido quando abbisogna dell'aiuto di terzi in tutti gli atti ordinari della vita rilevanti. E' tuttavia sufficiente che l'aiuto sia necessario in "misura notevole" in ogni singolo atto (DTF 106 V 157; 105 V 55 consid. 2; 104 V 130). Negli atti ordinari della vita composti da più operazioni parziali non è necessario che l'assicurato abbisogni dell'aiuto di terzi nella maggior parte di essi, ma basta che in una singola operazione parziale abbisogni regolarmente ed in misura notevole di tale aiuto. L'aiuto è da ritenere notevole quando, per esempio (RCC 1990 pag. 50, RCC 1989 pag. 229, RCC 1987 pag. 265, RCC 1981 pag. 364): - nel cibarsi l'assicurato provvede da solo a tale atto, ma non può spezzettare gli alimenti oppure è in grado di portare il cibo alla bocca soltanto con l'aiuto delle dita; - nel farsi la pulizia personale quotidiana l'assicurato non può lavarsi, pettinarsi o radersi, oppure fare il bagno o la doccia da solo; - nello spostarsi e nel contatto con l'ambiente abituale l'assicurato non può spostarsi da solo in casa o fuori di casa oppure abbisogna dell'aiuto di terzi per stabilire il contatto con l'ambiente abituale. 5. Con sentenza 22 maggio 1995 nella causa S. pubblicata in DTF 121 V 88, il TFA - modificando la propria precedente giurisprudenza - ha ancora stabilito che pure la messa in ordine degli abiti, la pulizia del corpo, l'utilizzazione di gabinetti speciali in relazione con la necessità di fare i propri bisogni costituiscono funzioni parziali di quest'ultimo atto ordinario della vita. La persona che per effettuare una di queste funzioni necessita dell'aiuto di terzi, è pertanto considerata grande invalida per questo atto fisiologico ordinario. Di principio, dunque, si deve ritenere che un assicurato non sia atto a compiere un atto ordinario della vita nella misura in cui non può eseguirlo se non in un modo non conforme agli usi correnti (DTF 106 V 159 consid. 2b). Inoltre, il Tribunale federale delle assicurazioni ha precisato che l'aiuto di cui abbisogna l'assicurato può essere inteso sia come aiuto diretto di terzi, sia come sorveglianza dell'assicurato durante il compimento degli atti ordinari della vita rilevanti: per esempio quando la persona che lo sorveglia lo esorta a compiere un atto, che rimarrebbe incompiuto senza l'esplicito incitamento di un terzo a causa dello stato psichico dell'assicurato (aiuto indiretto di terzi: RCC 1990 pag. 50, RCC 1986 pag. 512, DTF 107 V

149 consid. 1c, DTF 106 V 157, 105 V 56 consid. 4a). Infine, la giurisprudenza federale ha stabilito che la condizione dell'aiuto di terzi (diretto, rispettivamente indiretto) è talmente ampia che gli altri presupposti cumulativamente richiesti dall'art. 36 cpv. 1 OAI delle cure permanenti o della sorveglianza personale assumono soltanto importanza secondaria. Il termine "permanente" deve essere inteso come antitesi di transitorio e non nel senso di 24 ore su 24. Le cure e la sorveglianza non sono da riferire agli atti ordinari della vita: si tratta invece di prestazioni di ordine medico o di aiuto sanitario rese necessarie dallo stato fisico o psichico dell'assicurato. Come cure si intendono, per esempio, la necessità di somministrare giornalmente dei medicinali o fare delle fasciature. Il presupposto della sorveglianza personale è dato, per esempio, quando l'assicurato non può essere lasciato solo tutta la giornata a causa delle sue assenze mentali (RCC 1990 pag. 51, RCC 1986 pag. 512, DTF 107 V 139, DTF 106 V 158; DTF 105 V 56 consid.4b). 6. Va ancora rammentato che per l'art. 24 cpv. 1 LPGA il diritto a prestazioni o contributi arretrati si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione e cinque anni dopo lo scadere dell'anno civile per cui il contributo doveva essere pagato. Ai sensi dell'art. 48 cpv. 1 LAI il diritto al pagamento di prestazioni non riscosse è disciplinato conformemente all'articolo 24 capoverso 1 LPGA. Per l'art. 48 cpv. 2 LAI se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta, in deroga all'articolo 24 capoverso 1 LPGA. Esse sono assegnate per un tempo anteriore, se l'assicurato non poteva conoscere i fatti motivanti il diritto e presenta la richiesta entro dodici mesi da quando ne ha avuto conoscenza. A norma dell'art. 48 cpv. 3 LAI il Consiglio federale può limitare il diritto al ricupero per determinati provvedimenti d'integrazione eseguiti prima della decisione, in deroga all'articolo 24 capoverso 1 LPGA.

## E. 7

In concreto il 14 aprile 2006 RA 1, marito della defunta RI 1, ha inoltrato la " richiesta e questionario relativi a un assegno per persone grandi invalide " (doc. AI 1-1). Egli ha in particolare segnalato la necessità di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere i seguenti atti ordinari della vita: vestirsi/svestirsi, alzarsi, sedersi/coricarsi, lavarsi, fare il bagno/la doccia, spostarsi in casa e fuori e per il mantenimento dei contatti sociali. L'interessata necessitava inoltre in modo duraturo e regolare di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana e di sorveglianza personale da parte del marito. Nel formulario è stato indicato che il \_\_\_\_\_ è deceduta la figlia quartogenita (nata il \_\_\_\_\_) per una malattia congenita cardiaca e il \_\_\_\_\_ è morto il figlio terzogenito in un incidente stradale. Il marito ha spiegato che " l'assicurata, in seguito a questi due fatti è andata gradualmente in depressione in modo marcato dopo il 2003. Dal 1996 (interventi cardiologici) lo stato di salute è diventato gradualmente precario tanto da richiedere costanti aiuti assistenziali da parte dei familiari. Dal 2003 l'assistenza per le necessità quotidiane è costante. Nel 2005 viene diagnosticato un tumore al polmone sinistro ." (doc. AI 1-3). Il 31 maggio 2006 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale, medico curante di RI 1, dopo aver posto la diagnosi di neoplasia polmonare in progressione, sindrome depressiva cronica, moderata bronco-pneumopatia cronico-ostruttiva su tabagismo, cardiopatia ischemica con stato dopo probabile infarto inferiore, by-pass aorto-coronarico e aneurismectomia ventricolo sx '96, tachicardia ventricolare e posa di defibrillatore '00, scompenso cardiaco sx '04, ha confermato che le indicazioni sulla grande invalidità riportate nel formulario corrispondono alle sue constatazioni, che lo stato di salute non può essere migliorato con provvedimenti sanitari ed è suscettibile di peggioramento (doc. AI 8-1). Il 13 giugno 2006 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina

interna, oncologia-ematologia, ha risposto ad ulteriori domande poste dall'UAI. Egli ha in particolare evidenziato che l'assicurata, a lui nota dal 31 gennaio 2006, presenta un'insufficienza respiratoria severa su BPCO e carcinoma bronchiale stadio T3 N0 M0 dal dicembre 2005 e un'incapacità lavorativa al 100% dal 31 gennaio 2006 a tempo indeterminato. Alla domanda a sapere se l'assicurata deve ricorrere all'aiuto di terzi per svolgere atti ordinari della vita, ha risposto negativamente (doc. AI 9-3). Il 5 luglio 2006, alla domanda a sapere se l'assicurata deve ricorrere all'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita, il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_ ha invece risposto affermativamente, indicando nel 2005 l'anno di inizio della necessità di aiuto da parte di altre persone (doc. AI 13-2). Interpellato dall'UAI in merito alla questione di sapere da quando esattamente (mese ed anno) RI 1 necessitava dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita (doc. 19-1), il medico curante ha indicato "ottobre 2003" (doc. 20-1). Nuovamente interpellato dall'UAI, con puntuali e precise domande, a causa di alcune divergenze con le attestazioni precedenti (doc. AI 21-1), il curante, il 21 novembre 2006, ha risposto "P.F. chiedere al marito altrimenti decidete voi!" (doc. AI 23-2). Lo stesso giorno l'UAI ha annotato, a firma "\_\_\_\_\_" che "l'incapacità lavorativa totale in ogni attività è giustificata a partire da dicembre 2005, questo vale per la necessità di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti della vita quotidiana." (doc. AI 22-1). Il 5 dicembre 2006, in seguito ai due distinti progetti di decisione negativi sia per quanto concerne la concessione di una rendita AI, sia per l'erogazione di un assegno per grandi invalidi (doc. AI 24-1), su richiesta del marito ha avuto luogo un colloquio con un funzionario dell'UAI, da cui è emerso: "Il signor RA 1 comunica che la moglie era malata di depressione dal mese di ottobre del 2003, ossia da quando le è morto un figlio in un incidente stradale. A conferma di ciò viene presentata l'allegata documentazione medica. Il marito sottolinea il fatto che la domanda di AI è stata presentata solamente nel 2006 poiché prima la moglie non voleva essere ritenuta malata (paura di un possibile ricovero per l'affezione psichiatrica; rifiutava di entrare nel merito di una qualsiasi cura psicologica-psichiatrica). Viene chiesto quindi che venga riconosciuta un'IL dal mese di ottobre 2003, e non solamente dal mese di dicembre 2005 (diagnosi del cancro). Il signor RA 1 si dichiara disposto ad incontrare il nostro medico SMR designato per spiegare dettagliatamente la situazione, qualora la valutazione del caso lo richieda. Nel caso in cui la documentazione presentata oggi sia insufficiente per poter oggettivare un'IL il signor RA 1 ribadisce di voler incontrare un nostro medico per spiegare chiaramente la situazione (difficoltà familiari – rapporto con la moglie – dovute allo stato depressivo, non curato poiché sempre mascherato ai medici curanti)." (doc. AI 27-1). Il 19 dicembre 2006 RA 1 ha avuto un colloquio con il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_. Dal colloquio è emerso quanto segue: "Il marito riferisce che la in concomitanza con la morte della prima figlia all'età di 12 anni per problemi cardiaci ha osservato le prime manifestazioni di turbamento psichiatrico della moglie che descrive come stato depressivo dell'umore a carattere persistente. Nel 1996 quando l'assicurata fu sottoposta ad un intervento cardiocirurgico le situazione è peggiorata ulteriormente. Ma è stato dopo la morte del figlio in un incidente stradale nel 2003 che la moglie si è secondo il marito chiusa completamente in se stessa, un colloquio non era più possibile evitava comunque contatti con vicini o conoscenti, passando la maggior tempo sul divano a letto o guardando la televisione. Con i figli o in occasione di consultazione mediche la moglie avrebbe sempre negato di soffrire di qualsiasi malessere psichico, ha sempre rifiutato accertamenti e cure psichiatriche. Il marito afferma che dal '03 in poi si è preso a carico personalmente della gran parte delle faccende di casa e messo in atto le cure prescritte dai

medici per l'affezione cardiaca, bronchiale e infine tumorale di cui si scrive nel rapporto medico dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 5 gennaio 2006. E questo sino al decesso della consorte. Produce alcune fotografie della moglie a letto o sdraiata sul divano e un'unica fotografia che egli giudica accettabile dopo una messa in piega dal parrucchiere. Conclusioni: Lo stato depressivo appare come il maggiore fattore invalidante sino alla manifestazione della neoplasia. Negli atti medici la diagnosi di depressione viene più volte ripetuta, senza ulteriori spiegazioni. Il quadro di una malattia depressiva grave che si è aggravata nel 2003 è ben descritta dal marito e appare allo scrivente credibile. Una incapacità lavorativa quale casalinga dal 2003 di circa il 50-60% è altamente probabile ma non verificata o verificabile. Un maggiore precisione dal punto di vista medico non è possibile." (doc. AI 30-1/2). Sia il diritto ad un assegno per grandi invalidi che ad una rendita sono stati rifiutati con decisioni del 15 gennaio 2007 (doc. AI 33-1), rispettivamente del 15 febbraio 2007 (doc. AI 35-1). In seguito al ricorso al TCA contro la decisione di reiezione della domanda di rendita AI, l'UAI ha proceduto ad ulteriori accertamenti da cui è emerso che l'interessata era impedita nella sua attività di casalinga al 50% dal 1.10.2003. L'amministrazione ha pertanto assegnato una rendita al 50% dal 1.10.2004 al 31.7.2006 (doc. AI 45-2, cfr. anche inc. 32.2007.96). Sulla base di questa decisione RA 1 ha chiesto la revisione della decisione negativa del 15 gennaio 2007 in merito all'erogazione di un assegno per grandi invalidi (doc. AI 46-1). A questo proposito il 10 luglio 2007 il dr. med. \_\_\_\_\_, medico SMR, ha affermato: "L'assicurata presentava 2 patologie distinte, la patologia depressiva che causava secondo le indicazioni del curante un impedimento del 50% da ottobre 2003. In dicembre 2005 l'assicurata ha presentato la seconda patologia, ossia una neoplasia polmonare con evoluzione infausta. Secondo le indicazioni del medico curante dr. \_\_\_\_\_ l'assicurata a partire da 12.2005 necessitava di aiuto da parte di terzi (vedi rapporto del 5.7.2006). In conclusioni l'assicurata necessitava di aiuto da terzi unicamente da 12.2005." (doc. AI 52-1) Il 16 agosto 2007 un giurista dell'UAI sulla base delle considerazioni del medico SMR, ha evidenziato: "(...) Considerato che l'assicurata è deceduta il 13.7.2006, lo stato di salute che era causa della GI non ha persistito un anno. Non ha quindi maturato il diritto all'AGI. Secondo l'art. 53 cpv. 2 LPGA l'assicuratore deve ritornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. Nel caso in esame non si giustifica una riconsiderazione." (doc. AI 56-1) Con decisione del 1° ottobre 2007, preavvisato con progetto di decisione del 21 agosto 2007, l'UAI ha rifiutato di riconoscere l'assegno per grandi invalidi, affermando tra l'altro: "(...) Secondo la documentazione in nostro possesso, e dagli accertamenti effettuati dopo la richiesta del 10.07.2007, risulta che l'anno d'attesa, per ciò che concerne il diritto all'assegno per grandi invalidi, era iniziato durante il mese di dicembre del 2005. La Signora RI 1 è purtroppo deceduta il 13.07.2006, dunque le condizioni per il conferimento di un assegno per grandi invalidi (anno di attesa) non sono adempiute." (doc. AI 57-2) Al fine di chiarire la fattispecie con scritto del 10 ottobre 2008 questo Tribunale si è rivolto all'UAI, affermando: "In sede di risposta, così come nella decisione e nelle precedenti prese di posizione, indicate che l'assicurata necessitava di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti ordinari della vita a partire dal mese di dicembre 2005 e fate riferimento al rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 5 luglio 2006 (doc. 13-2; cfr. doc. 52-1 e doc. 56-1). Dal citato referto, doc. 13-2, salvo errore, alla richiesta di sapere da quando l'assicurata deve ricorrere all'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita, figura la risposta " 2005 " (domanda 5). Tant'è che successivamente, in due occasioni, avete interpellato il dr. med. \_\_\_\_\_,

riponendogli la medesima domanda. Il 13 novembre 2006 il curante vi ha risposto indicando “ ottobre 2003 ” (doc. 20-1). Il 21 novembre 2006 vi ha chiesto di rivolgervi al marito (doc. 23-2). Agli atti, doc. 22-1, vi è inoltre una nota datata 21.11.2006 con l’indicazione “ \_\_\_\_\_”, dove viene indicato che la necessità di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti ordinari della vita quotidiana parte dal dicembre 2005. Infine, il 10 luglio 2007, il dr. med. \_\_\_\_\_, anch’egli con riferimento al rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ del 5 luglio 2006, indica che la necessità di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti ordinari della vita ha inizio nel mese di dicembre 2005 (doc. 52-1). Ai fini del giudizio vi chiediamo di voler: 1. indicare nel certificato del 5 luglio 2006 del Dr. med. \_\_\_\_\_ il luogo esatto dove il medico curante avrebbe indicato nel dicembre 2005 l’inizio della necessità di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti ordinari della vita; 2. precisare chi ha scritto la nota del 21 novembre 2006 (doc. 22-1, “ \_\_\_\_\_”) e da dove ha avuto l’informazione che la necessità di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti ordinari della vita è iniziata nel dicembre 2005; 3. precisare per quale motivo non avete ritenuto la data indicata dal dr. med. \_\_\_\_\_ con lo scritto 13 novembre 2006, ossia il mese di ottobre 2003; 4. presentare eventuali osservazioni scritte.” (doc. VIII) Nella sua risposta del 21 ottobre 2008 l’UAI ha affermato: “Il certificato 5.7.2006 del Dr. \_\_\_\_\_ indica unicamente l’anno 2005. In seguito il Servizio medico regionale dell’AI (SMR) ha proposto di chiedere direttamente al Dr. \_\_\_\_\_ l’inizio della necessità dell’aiuto di terzi (cfr. Annotazioni 8.11.2006 SMR). La sigla dell’annotazione 21.11.2006 corrisponde all’autore delle citate annotazioni (Dr. \_\_\_\_\_), che attualmente non lavora più presso l’SMR. Si deve ritenere che la verifica e quindi la relativa annotazione 21.11.2006 è stata fatta da lui. L’indicazione “dicembre 2005” è stata ritenuta coerente e corretta (dicembre precisa il mese dell’anno inizialmente indicato nel 2005) alla luce delle successive indicazioni che la contraddicono (anticipazione dell’anno 2003, quindi rinvio al marito).” (doc. IX) In seguito alle risposte fornite dall’UAI, questo Tribunale ha interpellato il dr. med. \_\_\_\_\_, chiedendo: “Dagli atti emerge che Lei è stato interpellato dall’Ufficio assicurazione invalidità circa l’inizio (mese e anno) della necessità, per RI 1, dell’aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita. In data 13 novembre 2006, Lei ha indicato il mese di ottobre 2003. Il 21 novembre 2006, nuovamente interpellato dall’UAI, ha chiesto all’amministrazione di rivolgersi al marito. Lo stesso giorno il medico SMR dr. med. \_\_\_\_\_ dell’AI ha indicato nel mese di dicembre 2005 l’inizio della necessità di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti della vita quotidiana. Questa data è stata confermata anche da un altro medico dell’AI, dr. med. \_\_\_\_\_. Ai fini del giudizio le chiediamo di voler precisare se la necessità di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti ordinari della vita è iniziata nel dicembre 2005, come ritenuto dai medici dell’AI oppure nel mese di ottobre 2003, come indicato inizialmente (in tal caso le chiediamo di precisare da dove risulta questa data, allegando la necessaria documentazione medica). Le chiediamo inoltre di indicarci se il 21 novembre 2006 ha parlato con il Servizio medico regionale dell’AI, e meglio con il dr. \_\_\_\_\_, in merito a questa fattispecie (in caso di risposta affermativa le chiediamo di voler precisare il contenuto dell’eventuale telefonata, in particolare circa l’inizio della necessità dell’aiuto da parte di terzi).” (doc. X) Il 14 novembre 2008 il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato: “1. Per quanto riguarda l’Ufficio AI compilai il primo formulario (“Allegato per grandi invalidi”) il 31.05.06 indicando le diagnosi principali (punto 2.) e confermando lo stato di grande invalidità (punto 3.). 2. Parlai l’ultima volta con la defunta signora RI 1 il 19.06.06 in occasione di una consultazione nel mio studio quando, in base alle sue dichiarazioni ed alle mie constatazioni

oggettive, stimai un'incapacità lavorativa del 100% nell'attività di casalinga a partire dal 2005 e mi confermò necessitare dell'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita a partire dal 2005. Queste informazioni sono riportate nel mio rapporto medico del 05.07.06 all'attenzione dell'AI, segnatamente ai punti B. e C.5. 3. Fui poi nuovamente interpellato dall'AI tramite scritto del 09.11.06, quindi dopo il decesso della paziente, dove mi si chiedeva nuovamente da quando ella avesse necessitato dell'aiuto di terzi. Se ben ricordo, chiaramente per motivi di forza maggiore, dovetti interpellare il marito e quindi il 13.11.06, secondo le sue indicazioni, certificai come inizio il mese di ottobre 2003. Dopo pochi giorni, vale a dire il 16.11.06, ricevetti una seconda richiesta da parte dell'AI con ulteriori domande alle quali per rispondere con precisione, dato che queste tematiche, specialmente quando si tratta di casalinghe, non vengono di regola trattate in modo così minuzioso ed approfondito nell'ambito delle consultazioni regolari, sarebbe stato necessario parlare nuovamente con la signora RI 1, ciò che evidentemente non fu più possibile. Senza nascondere una mia difficoltà nella comprensione di simili procedure amministrative, burocratiche ed estremamente teoriche, il 21.11.06 suggerii di chiedere al marito migliori informazioni o di procedere ad una valutazione d'ufficio. Risposi il 01.06.07 alla terza richiesta dell'AI del 30.05.07 indicando un'incapacità lavorativa quale casalinga al 50% a partire dal 01.10.03 dato che a quel momento la paziente presentava patologie che probabilmente le impedivano di svolgere alcune mansioni domestiche. 4. Ribadisco che la valutazione retroattiva al 01.10.03 è stata da parte mia certificata su informazioni del marito in una fase in cui la situazione non era più oggettivabile. La discrepanza nell'indicare dal sottoscritto l'inizio della necessità di aiuto da parte di terzi nel 2005 e successivamente nell'ottobre 2003 è dovuta alle dichiarazioni divergenti della paziente, peraltro sempre oltremodo taciturna e riservata, rispetto a quelle del marito. 5. Non ricordo di aver parlato per telefono con il Dr. \_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale dell'AI né il 21.11.06 né in un'altra data. Sul foglio di decorso della cartella clinica ho reperito il 19.06.06 quale ultimo contatto con la paziente ed in seguito, anche a causa del decesso avvenuto dopo pochi giorni, non ho più apposto altri appunti." (doc. XV) Le parti, nelle loro osservazioni, hanno ribadito le loro posizioni (doc. XVII e XVIII). 8. I principi relativi alla riconsiderazione e alla revisione processuale sviluppati dalla giurisprudenza precedentemente alla LPGGA, sono stati concretizzati all'art. 53 LPGGA ( cfr. STFA del 12 marzo 2004 nella causa D., K 147/03, consid. 5.3 in fine; STFA del 22 marzo 2004, U 149/03, consid. 1.2.; STFA dell'8 febbraio 2005, I 133/04, consid. 1.2.). L'art. 53 LPGGA prevede che: " Le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. (cpv. 1) L'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. (cpv. 2) L'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso." (cpv. 3) Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (cfr. STFA del 23 marzo 2004 nella causa D., C 227/03; STFA del 12 febbraio 2004 nella causa B., C 349/00; STFA del 17 dicembre 2003 nella causa B., C 19/03; STFA del 28 novembre 2003 nella causa S., C 307/01; STFA del 21 luglio 2003 nella causa T., C

81/03; DTF 129 V 110 = SVR 2003 ALV Nr. 5, p. 15; DTF 127 V 466, consid. 2c, p. 469; DTF 126 V 399 = DLA 2001 N. 37, p. 247; DLA 2000 N. 40, p. 208; DLA 1998 N. 15, consid. 3b, p. 79 e 80; SVR 1997 ALV Nr. 101, p. 309 consid. 2a e riferimenti). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica – compresa la giurisprudenza - esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 117 V 17; 120 V 132; 119 V 480 consid. 1c e i riferimenti ivi citati). Di conseguenza, anche per la determinazione del grado d'invalidità va considerato il raffronto dei redditi eseguito all'epoca della decisione oggetto della riconsiderazione. In una sentenza del 25 aprile 2008 (inc. 32.3007.206), questo TCA ha avuto segnatamente modo di rilevare che per esaminare una decisione dell'Ufficio AI emessa nel 2004 non era possibile calcolare il grado di invalidità computando un reddito da invalido calcolato sulla base della giurisprudenza del TFA in vigore da fine 2006 (per la quale sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che si riferisce ai valori in relazione alle grandi regioni, utilizzati all'epoca della decisione 12 novembre 2004; al riguardo vedi STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In effetti, mediante la riconsiderazione, si corregge un'errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un'errata constatazione derivante dall'apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc; cfr. anche le STFA del 2 maggio 2007, I 870/2005 e del 7 maggio 2007, del 25 giugno 2007, I 138/07 ; cfr. la già citata STCA del 5 settembre 2007, 32.2006.153, nella quale questa Corte ha ribadito che non è possibile procedere ad una revisione delle rendite AI in corso, invocando semplicemente la nuova giurisprudenza federale che ha ritenuto non più applicabile la tabella TA 13 ed applicabile la TA1, quando lo stato di salute dell'assicurato è rimasto invariato; nella medesima pronuncia, allineandosi alla precitata sentenza del Tribunale federale del 25 giugno 2007 (I 138/07), questa Corte ha pure statuito che questa nuova giurisprudenza non costituisce un motivo di riconsiderazione ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGa). Inoltre, una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (DLA 1996/97 n. 28, p. 158 consid. 3c). Ciò è segnatamente il caso quando l'amministrazione accorda una rendita di invalidità in violazione del principio della priorità della riforma professionale sulla rendita (STFA del 31 gennaio 2003 nella causa P., I 559/02). Per contro, non si è in presenza di un errore manifesto quando il versamento della prestazione dipende da condizioni materiali la cui valutazione implica un potere d'apprezzamento, in relazione a taluni aspetti o elementi, e che la decisione appare ammissibile tenuto conto della situazione di fatto e di diritto (STFA del 13 agosto 2003 nella causa P., I 790/01, consid. 3). In una sentenza del 13 luglio 2006, I 406/05, consid. 6, l'Alta Corte ha dichiarato manifestamente errata la decisione formale mediante la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto a un assicurato una mezza rendita di invalidità per il motivo che, nella sua abituale professione di coiffeur, presentava una inabilità lavorativa del 50% (con corrispondente riduzione del reddito). Secondo il TFA, l'amministrazione avrebbe invece dovuto esaminare se l'assicurato, sul mercato generale del lavoro, esercitando un'attività sostitutiva, era in grado di meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua.

9. Va ancora rammentato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER,

Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). S e vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01).

10. Nel caso di specie l'assicuratore il 15 gennaio 2007 ha respinto la richiesta tendente alla concessione di un assegno per grandi invalidi giacché la grande invalidità di lunga durata è cominciata nel dicembre 2005. Per cui al momento del decesso di RI 1, il \_\_\_\_\_, non era ancora trascorso l'anno di attesa previsto dalla legge. In seguito alla modifica della parallela decisione relativa alla rendita AI, RA 1 ha chiesto all'UAI di rivedere anche la decisione inerente l'assegno per grandi invalidi. Il 1° ottobre 2007 l'amministrazione, sulla base degli atti medici, ha tuttavia confermato la precedente decisione. Alla luce degli ulteriori accertamenti esperiti nelle more processuali, questo Tribunale deve confermare la conclusione cui è giunto l'UAI, non essendo la decisione del 15 gennaio 2007 manifestamente errata. Dalla numerosa documentazione medica agli atti emerge innanzitutto che il 13 luglio 2006 il dr. med. \_\_\_\_\_ che aveva in cura l'interessata per l'insufficienza respiratoria severa su BPCO e carcinoma bronchiale stadio T3 N0 M0 diagnosticata nel mese di dicembre 2005 aveva negato la necessità per l'assicurata di ricorrere all'aiuto di terzi per svolgere atti ordinari della vita (doc. AI 9-3). Da parte sua il medico curante dell'interessata il 5 luglio 2006 aveva indicato, genericamente, nel 2005 l'inizio della necessità di far capo all'aiuto di terzi (doc. AI 13-2). Interpellato dal TCA circa il mese esatto in cui l'aiuto da parte di terzi sarebbe stato necessario, il curante dell'assicurata ha espressamente affermato di aver parlato per l'ultima volta con la defunta RI 1 il 19 giugno 2006 in occasione di una consultazione presso il suo studio medico e " mi confermò necessitare dell'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita a partire dal 2005 ." (doc. XV, sottolineatura del redattore) e ha rammentato che " queste informazioni sono riportate nel mio rapporto medico del 05.07.06 all'attenzione dell'AI (....) " (doc. XV). Il 13 novembre 2006 il curante ha certificato il mese di ottobre 2003 quale inizio della necessità di aiuto da parte di terzi negli atti ordinari della vita. Ciò tuttavia dopo aver interpellato il marito (doc. XV), mentre l'incapacità lavorativa al 50% come casalinga, sempre dal 1.10.2003 era dovuta al fatto che " a quel momento la paziente presentava patologie che probabilmente le impedivano di svolgere alcune mansioni domestiche. " (doc. XV, sottolineatura del redattore). Il curante ha evidenziato come " la valutazione retroattiva al 01.10.03 è stata da parte mia certificata su informazioni del marito in una fase in cui la situazione non era più oggettivabile. La discrepanza nell'indicare dal sottoscritto l'inizio della necessità di aiuto da parte di terzi nel 2005 e successivamente nell'ottobre 2003 è dovuta alle dichiarazioni divergenti della paziente, peraltro sempre oltremodo taciturna e riservata, rispetto a quelle del marito. " (doc. XV). Per cui l'assicurata medesima aveva precisato al suo curante che l'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita era necessario unicamente dal 2005. Questa circostanza trova conferma nel fatto che la malattia depressiva ha avuto effetto sull'incapacità lavorativa di casalinga dal mese di ottobre 2003 "solo" nella misura del 50% e che l'interessata, da quale momento, era impedita di eseguire "solo" " alcune mansioni domestiche " (doc. XV). A maggior ragione doveva pertanto essere in grado di svolgere gli atti ordinari della vita. La seconda patologia, diagnosticata nel dicembre 2005, ossia la neoplasia polmonare con evoluzione infausta, ha avuto invece come conseguenza la necessità di aiuto costante da parte di terzi per gli atti ordinari della vita. Ciò è stato confermato, oltre che dalla defunta RI 1 al suo medico curante, anche dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, nella sua presa di posizione del 10

luglio 2007 (doc. 52-1). Va a questo proposito ricordato che il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) La circostanza che l'interessata, negli anni precedenti, ed in particolare nel 2001, non poteva svolgere lavori pesanti ed era stata degente presso diversi ospedali anche a causa della malattia psichica (cfr. in particolare la documentazione allegata dal ricorrente in data 30 novembre 2007, doc. VI e allegati), non significa ancora che necessitava del costante aiuto da parte di terzi per svolgere le attività quotidiane. Infatti perlomeno fino al mese di ottobre 2003, come emerge dalla parallela procedura in ambito di rendita AI, l'interessata era comunque abile anche come casalinga e successivamente l'inabilità ha raggiunto il 50%. La malattia psichica di cui era affetta RI 1 non è pertanto sufficiente per garantirle l'assegno per grandi invalidi. In queste circostanze, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C\_376/2007 del 13 giugno 2008), nonché delle affermazioni del medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_ e da quanto indicato anche dal dr. med. \_\_\_\_\_, questo Tribunale deve concludere che la decisione del 15 gennaio 2007, cresciuta in giudicato, non era manifestamente errata, né vi erano motivi per procedere con una revisione. A giusta ragione l'UAI ha pertanto confermato la reiezione della richiesta di un assegno per grandi invalidi. Va del resto evidenziato che questo Tribunale sarebbe giunto alla medesima conclusione anche se avesse dovuto decidere su un eventuale ricorso diretto contro la decisione del 15 gennaio 2007. Non è infatti stato reso verosimile che l'interessata necessitasse dell'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita prima del mese di dicembre 2005. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, v. iste le risultanze mediche, le ulteriori richieste dell'assicurato di interpellare il Dr. \_\_\_\_\_ per sapere per quale motivo non aveva più voluto curare la moglie dal 1997 e il dr. med. \_\_\_\_\_ per confermare se la paziente dal 11.1.2001 non poteva più svolgere lavori pesanti e per quale motivo non ha mai ritenuto opportuno entrare nel merito di una cura psichiatrica, trattandosi oltretutto di fatti non determinanti per l'evasione del ricorso, vanno respinte (cfr. a questo proposito la sentenza U 397/05 del 24 gennaio 2007, consid. 3.3). Per quanto concerne le richieste del ricorrente di poter avere un colloquio con i medici SMR e più in generale di essere sentito, questo Tribunale rileva che le audizioni richieste possono essere rifiutate

senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2 che ha confermato questo principio, nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata). In concreto, non essendo stata presentata una domanda espressa di procedere ad un'udienza pubblica, questo TCA rinuncia all'audizione poiché superflua ai fini dell'esito della vertenza (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2). Del resto l'insorgente in sede giudiziaria ha ampiamente fatto uso della possibilità di presentare osservazioni e documentazione nel corso della procedura. Va qui ancora rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Il ricorso va pertanto respinto mentre la decisione impugnata merita conferma. 11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente, al quale, visto l'esito del ricorso non vanno concesse ripetibili.

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