

## **TI\_GERICHTE 32.2008.203 vom 3. Oktober 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-10-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2008.203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.203)

FR: TI\_GERICHTE 32.2008.203 du 3 octobre 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2008.203 del 3 ottobre 2008

### **Regeste**

Grande invalido. Rinvio atti a UAI per approfondimenti medici, al fine di stabilire se vi è stato peggioramento del quadro clinico dell'A. e successivamente svolga una nuova inchiesta a domicilio volta a verificare la necessità dell'aiuto permanente di terzi per compiere gli atti ordinari della vita

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

C 479/2007 del 4 gennaio 2008; DTF 121 V 91; 107 V 149); Gli atti ordinari della vita sono i seguenti (cfr. DTF 127 V 97; DTF 125 V 303; DTF 117 V 146 consid. 2.): - vestirsi/svestirsi - alzarsi/sedersi/corricarsi - mangiare - provvedere all'igiene personale - andare al gabinetto - spostarsi (in casa e all'esterno) e stabilire contatti. Per atti che permettono di stabilire dei contatti sociali con l'ambiente la giurisprudenza ha precisato che bisogna intendere il comportamento normale all'interno della società così come richiesto dall'esistenza quotidiana (DTF 117 V 27 e 146, 105 V 52, 104 V 127). L'art. 42 LAI prevede in particolare che gli assicurati con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGGA) in Svizzera, se sono grandi invalidi (art. 9 LPGGA), hanno diritto a un assegno per grandi invalidi (cpv. 1). La grande invalidità è di grado elevato, medio o lieve (cpv. 2). 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 (cpv. 3). L'accompagnamento è un nuovo concetto introdotto con la quarta revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, allo scopo di evitare che determinati assicurati, in particolare affetti da malattie psichiche e mentali leggere, restino abbandonati a se stessi (cfr. DTF 133 V 572; FF 2001 2891 seg.). L'art 37 OAI stabilisce che la grande invalidità è reputata di grado elevato se l'assicurato è totalmente grande invalido. Ciò è il caso quando necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi per compiere tutti gli atti ordinari della vita e il suo stato richiede inoltre cure permanenti o una sorveglianza personale (cpv. 1) . La grande invalidità è di grado medio se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari, necessita: a) di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere la maggior parte degli atti ordinari della vita, b) di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di una sorveglianza personale permanente, c) di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di un accompagnamento permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'art. 38 OAI (cpv. 2). Infine, 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, e) è costretto a ricorrere a un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 38 OAI (cpv. 3). L'art. 38 OAI ("Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana") stabilisce che: 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 un terza persona; oppure c. rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno (cpv. 1). Chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica deve avere diritto almeno a un quarto di rendita per essere riconosciuto grande invalido (cpv. 2). 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 (cpv. 3). Ai sensi dell'art. 42ter cpv. 1 LAI 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. In una sentenza pubblicata in DTF 133 V 569 il Tribunale federale ha stabilito che è conforme alla volontà del legislatore che i beneficiari di rendita AVS, che non avevano bisogno di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana prima del raggiungimento dell'età AVS, rimangano esclusi dal diritto all'assegno per grandi invalidi per questo motivo. Il Consiglio federale non ha violato nè il principio costituzionale della parità di trattamento, nè il divieto di discriminazione (art. 8 cpv. 1 e 2 Cost.) e neppure la legge (art. 43 bis cpv. 5 LAVS) nella misura in cui ai fini della valutazione della grande invalidità non ha tenuto conto all'art. 66 bis cpv. 1 OAVS della necessità di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana in ambito AVS. In un'altra sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 26 il Tribunale federale ha stabilito che il diritto all'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana non può essere limitato alle persone che presentano un danno alla salute psichica o mentale; ne hanno diritto anche persone che sono impedito per altre ragioni (ad esempio di persone cieche o che lamentano una grave debolezza visiva).

2.3. Nella presente fattispecie l'inchiesta a domicilio effettuata il 3 giugno 2008, ma datata 30 maggio 2008, dall'assistente sociale \_\_\_\_\_ ha, in particolare, permesso di constatare quanto segue: " (...) 3. Informazioni sulla grande invalidità Svolgo il colloquio a domicilio con il signor RI 1 alla presenza della sorella e del figlio. L'assicurato lamenta un peggioramento progressivo del già precario stato di salute: a dicembre 2007 ha subito l'amputazione del I dito piede sinistro ed in marzo 2008 l'amputazione del II dito, è subentrato un ulteriore abbassamento del campo visivo ed una maggiore instabilità d'equilibrio. Esaminando, insieme all'assicurato e ai suoi familiari, gli atti ordinari della vita emerge una situazione simile a quella riscontrata il 16 aprile 2004. La dipendenza da terzi nel: vestirsi-svestirsi, mangiare, igiene personale e negli spostamenti è pertanto riconfermata per le ragioni esposte nel precedente rapporto. Negli atti di "alzarsi-sedersi e coricarsi" e "andare alla toilette" l'assicurato non necessita del

regolare aiuto di terzi come richiesto dalla legge. 3.1.7 A causa di una lesione agli organi sensoriali (ad es. ridotta acuità visiva) o di una grave infermità fisica, la persona assicurata ha bisogno dell'aiuto di terzi per mantenere i contatti sociali. ● A causa del ridotto campo visivo, il signor RI 1 necessita l'aiuto dei familiari per mantenere i contatti sociali

3.2 La persona assicurata necessita, a causa di un danno alla salute, in modo regolare e duraturo di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana? (aiuti che permettono di vivere in modo autonomo, accompagnamento per compiere attività della vita quotidiana a intrattenere contatti fuori casa, presenza regolare di una terza persona per evitare l'isolamento permanente) ● -.- 3.3 La persona assicurata necessita di un aiuto duraturo nelle cure di base oppure di trattamenti? L'importante cura medicamentosa è gestita dalla sorella e dal figlio

3.4 La persona assicurata necessita di una sorveglianza personale? Il signor RI 1 necessita di sorveglianza personale a causa del compromesso stato di salute: oltre alle limitazioni visive, l'assicurato è esposto ad un elevato rischio di cadute a causa dell'equilibrio instabile. 3.5 La persona assicurata dispone di mezzi ausiliari? No.

3.6 L'uso di un mezzo ausiliario potrebbe contribuire a diminuire la grande invalidità? La persona assicurata dipende da terzi per compiere 4 atti ordinari della vita: -

vestirsi/svestirsi - mangiare - lavarsi - spostarsi Necessita inoltre di una sorveglianza personale continua. Sono assolte le condizioni per la riconferma dell'assegno per grandi invalidi di grado: - medio " (Doc. AI 101-3+4) 2.4. Il Dr. \_\_\_\_\_, capo servizio di nefrologia dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, in sede di osservazioni al progetto di decisione, ha prodotto lo scritto del 4 settembre 2008 nel quale specifica quanto segue: " Progetto di decisione: nessun aumento dell'assegno per grandi invalidi Egregi Signori, Vi invio la Presente per precisare alcuni punti della valutazione del caso del paziente sovramenzionato. Nel vostro documento del 19.8.2008 avete riconosciuto la dipendenza da terze persone per compiere 4 atti ordinari della vita (vestirsi/svestirsi, mangiare, lavarsi e spostarsi). Per contro, negli atti di alzarsi, sedersi e andare alla toilette non vi è un regolare aiuto ai sensi della legge Al. Vorrei sottolineare che il paziente, ora praticamente cieco, ha altri disturbi che aggravano le conseguenze di questo handicap e che forse non figurano in modo evidente ma che sono rilevanti per la sua precaria autonomia. • In primo luogo bisogna menzionare una grave polineuropatia sensitivo■motoria assono■mielinica a predominanza assonale, molto pronunciato agli arti inferiori ma che coinvolge anche gli arti superiori, sviluppatasi nell'ambito del diabete mellito diagnosticato all'età di 11 anni. Un paziente cieco si tiene in equilibrio soprattutto grazie alla sensibilità profonda a livello delle articolazioni. Nella polineuropatia è compromessa fortemente la sensibilità profonda. • Nell'ambito di una vasculopatia generalizzata e di una polineuropatia diabetica, il paziente ha già perso per amputazione due dita dei piedi, il che non contribuisce ad un buon controllo dell'equilibrio. • Il paziente presenta inoltre uno stato dopo ictus cerebri con emisindrome faciobrachiale destra nel 2002, tutt'ora lievemente visibile a livello del viso. • In seguito al trapianto il paziente ha sempre sofferto, come spesso succede in pazienti diabetici con una disregolazione del sistema nervoso autonomo e quindi dei vasomotori (disregolazione del tono dei vasi), di disturbi ortostatici anche molto pronunciati con scarsa risposta al medicamento Gutron (Midodrin) anche a dosaggi alti. Questi disturbi hanno spesso reso molto difficile al paziente l'atto di alzarsi in piedi. I disturbi di solito erano più pronunciati quando il peso corporeo era molto basso. Nel sig. \_\_\_\_\_ abbiamo visto più volte un'oscillazione del peso corporeo tra 55 e 72 kg . Nella metà del tempo, dopo il trapianto, i disturbi ortostatici erano, malgrado l'assunzione di parecchie pastiglie di Gutron al giorno, molto incisivi non solo per la mobilitazione ma anche per la qualità di vita.

Finché il paziente vedeva ancora qualcosa i cali pressori hanno sempre inciso molto anche sul visus oltre ad indurre vertigini. • Da ultimo bisogna menzionare che ora, da quando il paziente è cieco, il bastone è di poco aiuto visto i disturbi di sensibilità pure a livello delle estremità superiori, in special modo a livello delle mani (polineuropatia sensitivo■motoria, neuropatia da grave compressione del nervo ulnare e moderata sindrome dei tunnel carpale). Il paziente abitualmente riesce, ora con tanta fatica, ad alzarsi e sedersi. Ho ricevuto tante telefonate in occasione delle quali il paziente lamentava diarrea acquosa a causa della quale aveva i pantaloni tutti bagnati e che spesso non ce la fa, da solo, ad arrivare in tempo alla toilette. Umiliazioni dei genere davanti ai figli hanno sempre ulteriormente aggravato la depressione reattiva praticamente sempre presente, e per la quale è in trattamento psichiatrico. Il paziente purtroppo soffre molto frequentemente di diarrea acquosa, da una parte dovuta alla grave polineuropatia diabetica che coinvolge il sistema nervoso autonomo e perciò la regolazione della motilità intestinale (e quindi della flora intestinale), e dall'altra dovuta alla potente terapia immunosoppressiva necessaria in uno stato dopo trapianto combinato di rene e pancreas ed in special modo, come è noto, al micofenolat mofetil che viene sempre somministrato in questi casi, (è già stato sostituito il micofenolat mofetil (CellCept) con micofenolat (Myfortic) per tentare di attenuare questi disturbi). È vero che il disturbo non è regolare ma è sicuramente molto presente e influisce negativamente sull'autonomia del paziente. Il paziente si impegna con tanta energia per mantenere quel poco di autonomia che può avere. È riuscito a creare una rete di persone che lo aiutano e lo sostengono. Oltre ai due figli che vivono in casa con lui, vi è la sorella che lo sostiene e lo aiuta in tutto, un'altra signora che gli dà una mano per i lavori domestici e che lo accompagna dove necessita (a pagamento) e la madre che ha già una certa età. Penso che questa rete, in fondo realizzata dal paziente stesso, non sia molto solida: come detto la madre ha una certa età, il figlio maggiore (18 anni) è più affidabile ma in questi giorni finirà la sua formazione di cuoco e possibilmente dovrà e vorrà anche andare via dalla valle nel prossimo futuro per fare esperienze professionali. Il figlio minore frequenta ancora le scuole dell'obbligo, per cui non si può pretendere da lui una presa a carico totale nei confronti del padre. Questo scritto ha lo scopo di fornirvi abbastanza punti per riconsiderare la Vostra decisione riguardante la dipendenza da terzi dei signor RI 1. Bisogna anche tenere conto che la situazione è ulteriormente peggiorata dal momento della Vostra valutazione. Per ulteriori informazioni sono sempre a disposizione” (doc. AI ) Il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle annotazioni del 24 settembre 2008 ha rilevato che nessun nuovo elemento medico è stato apportato e ha riconfermato che la dipendenza da terzi si conferma essere per 4 atti: vestirsi/svestirsi; mangiare; lavarsi e spostarsi. Egli quindi conferma la grande invalidità di grado medio (doc. AI 107-1) 2 .5. Da un attento esame degli atti all’inserito, a mente di questa Corte, la fattispecie non risulta essere stata sufficientemente indagata dall’amministrazione. Nell’inchiesta a domicilio effettuata il 3 giugno 2008 (doc. AI 101-1) l’assistente sociale, dopo aver esaminato assieme all’assicurato e ai suoi familiari, gli atti ordinari della vita, ha riferito che la situazione è da ritenere simile a quella riscontrata nell’inchiesta svolta il 16 aprile 2004 (doc. AI 80-1). Ella ha quindi riconfermato, per le ragioni esposte nel precedente rapporto, la dipendenza da terzi nel: vestirsi-svestirsi, mangiare, igiene personale e negli spostamenti, mentre negli atti di “alzarsi-sedersi e coricarsi” e “andare alla toilette” – sempre secondo l’assistente sociale – l’assicurato non necessita del regolare aiuto di terzi (doc. AI 101-3). L’UAI ha quindi ripreso le conclusioni dell’inchiesta a domicilio svolta il 3 giugno 2008, oltre che la valutazione medica del SMR del 24 settembre 2008 (doc. AI 107-1), per motivare la propria decisione del 3 ottobre 2008

e respingere la richiesta di aumento dell'assegno per grandi invalidi (doc. AI 108-3). Questa Corte non può condividere tale procedere per le ragioni che seguono. L'assicurato soffre di " Polimorbidità importanti con stato dopo trapianto renale e pancreatico " evidenziate nel rapporto medico del 4 luglio 2005 (doc. AI 89-3) del Dr. \_\_\_\_\_, capo servizio di nefrologia dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ Nello scritto del 30 gennaio 2008 il Dr. \_\_\_\_\_ ha informato l'UAI circa un peggioramento del grado di dipendenza dell'assicurato. In particolare, il medico ha riferito che le complicazioni del diabete mellito, non risolte dal trapianto, sono ancora presenti e di grave entità, e che il paziente ha dovuto subire nel dicembre del 2007 un'amputazione del I dito del piede sinistro per un'osteomielite. Secondo il Dr. \_\_\_\_\_ " lo stato dopo amputazione, unito alla grave polineuropatia periferica e alla marcata ipovisione, hanno reso maggiormente difficoltosi gli spostamenti, che richiedono una grande attenzione. Ogni piccolo nuovo trauma potrebbe per il paziente essere inizio di gravi complicazioni ". Anche dal profilo oftalmologico, dopo la visita presso il Dr. \_\_\_\_\_, l'insorgente ha subito un peggioramento con un'importante riduzione visiva dall'unico occhio (doc. AI 95-2). In conclusione il medico curante già nel gennaio 2008 aveva ritenuto RI 1 " fortemente dipendente per tutti gli aspetti della vita quotidiana " (doc. AI 95-2, la sottolineatura è del redattore). Il medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, nelle annotazioni del 12 marzo 2008, ha ripreso integralmente le indicazioni del Dr. \_\_\_\_\_ e oggettivato un peggioramento dello stato di salute del ricorrente con un conseguente aumento della dipendenza da terze persone per lo svolgimento della vita quotidiana con la necessità di aiuto notevole e regolare (doc. AI 97-1). Nell'inchiesta a domicilio del 3 giugno 2008 l'assistente sociale ha preso in considerazione il peggioramento dello status clinico dell'assicurato, in particolare tenendo conto dell'intervento di amputazione del I dito del piede sinistro, dell'amputazione del II dito nel marzo 2008, oltre che dell'abbassamento del campo visivo e di una maggiore instabilità d'equilibrio (doc. AI 101-3). Tuttavia, con scritto del 31 luglio 2008 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia, ha informato l'UAI di un ulteriore peggioramento della capacità visiva dell'assicurato e della necessità di considerarlo da questo profilo un grande invalido di grado elevato (doc. AI 103-1). Nelle osservazioni del 4 settembre 2008 al progetto di decisione dell'UAI anche il Dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che l'assicurato, praticamente cieco, ha altri disturbi che aggravano in modo rilevante la sua autonomia. Egli, quindi, ha evidenziato la "grave polineuropatia sensitivo-motoria assonomielinica a predominanza assonale" sviluppatasi nell'ambito del diabete mellito, "la vasculopatia generalizzata e una polineuropatia diabetica", uno "stato dopo ictus cerebri con emisindrome faciobrachiale destra", a seguito del trapianto subito. Inoltre, l'insorgente ha sempre sofferto di disturbi ortostatici che rendono difficile l'atto di alzarsi in piedi. Infine, il medico curante ha indicato che " ora, da quando il paziente è cieco ", vi sono disturbi a livello delle estremità superiori per i quali il bastone è di poco aiuto (doc. AI 105-2). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi rilevato che l'assicurato riesce " ora con tanta fatica " ad alzarsi e sedersi (doc. AI 105-2). A seguito della nuova documentazione medica l'UAI ha sottoposto le osservazioni del medico curante al Dr. \_\_\_\_\_, del SMR, che si è limitato ad osservare che " non vengono apportati nuovi elementi medici " atti a riconsiderare la decisione dell'amministrazione (doc. AI 107-1). In sede ricorsuale l'assicurato ha prodotto lo scritto del 28 gennaio 2009 del Dr. \_\_\_\_\_ che informava il rappresentante di RI 1 dell'avvenuto ricovero di quest'ultimo all'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ dal 13 ottobre al 23 ottobre 2008, dal 6 novembre al 4 dicembre 2008, dall'11 dicembre 2008 al 9 gennaio 2009 e dal 15 gennaio al 19 gennaio

2009 (doc. XIII1). I primi tre ricoveri sono stati resi necessari per la cura di un “malum perforans” a livello del piede sinistro, migliorato dopo le cure ospedaliere, ma il rapido peggioramento al rientro a domicilio ha richiesto ulteriori ospedalizzazioni per evitare la perdita dell'arto inferiore (doc. XIII1) Il medico ha poi riferito che l'ospedalizzazione del 15 gennaio 2009 era dovuta a un rapido peggioramento dello stato psico-fisico dovuta ad una sensazione di abbandono per l'impossibilità dell'assicurato di gestire la vita quotidiana e un ulteriore peggioramento del visus (doc. XIII1). L'assicurato è stato, altresì, costretto ad assumere un aiuto domiciliare a far tempo dal 1° novembre 2008 (si veda a tal proposito il certificato medico del 22 settembre 2008 della Dr.ssa \_\_\_\_\_ dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. C, XII2)). Per consolidata giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). In concreto, il referto del Dr. \_\_\_\_\_ datato 28 gennaio 2009 pur essendo posteriore alla decisione impugnata (del 3 ottobre 2008), fa riferimento ad una situazione clinica dell'assicurato constatata già precedentemente al provvedimento dell'amministrazione. Il medico infatti si esprime “per completare” lo scritto del 4 settembre 2009 e soffermandosi poi sui ricoveri avvenuti nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2008. Ritenuto come la grande invalidità sia reputata di grado elevato quando l'assicurato necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi per compiere tutti gli atti ordinari della vita e il suo stato richiede inoltre cure permanenti o una sorveglianza personale, visto come dalla documentazione medica del Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 95-2; 105-1, XIII1) e del Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 103-1) emerga un significativo peggioramento del quadro valetudinario di RI 1 successivo al mese di giugno 2008 che influisce negativamente sulla sua autonomia, si pensi in particolare al calo dell'acuità visiva e alle difficoltà motorie, il TCA ritiene l'accertamento dei fatti incompleto per considerare l'assicurato un grande invalido di grado medio. Al la luce di quanto qui sopra esposto, secondo questo Tribunale, non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti medici, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato di salute dell'assicurato non ha subito un peggioramento rispetto a quanto constatato in occasione dell'inchiesta a domicilio effettuata il 3 giugno 2008.

2.6. 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 sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto ulteriori approfondimenti medici, al fine di stabilire se vi è realmente stato un peggioramento del quadro clinico dell'assicurato e successivamente svolga una nuova inchiesta a domicilio volta a verificare la necessità dell'aiuto permanente di terzi per compiere gli atti ordinari della vita o di una sorveglianza personale. Quindi, in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto all'assegno dell'assicurato. La richiesta dell'assicurato di procedere ad una "perizia medica sul suo stato" (doc. I) è quindi superata dal rinvio degli atti all'Ufficio AI per nuovi accertamenti.

2.7. In data 26 novembre 2008 l'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (IV). Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili. La costante giurisprudenza federale ha stabilito che l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T.).

2.8. 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 complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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