

TI_GERICHTE 32.2017.131 vom 19. Juni 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-06-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.131

FR: TI_GERICHTE 32.2017.131 du 19 juin 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.131 del 19 giugno 2017

Erwägungen

E. 7

ottobre 2014. 2.2. Secondo l'art. 13 cpv. 1 LAI gli assicurati, fino al compimento dei 20 anni, hanno diritto ai provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite (art. 3 cpv. 2 LPGA). Questi fra l'altro comprendono la cura eseguita dal medico medesimo o, a sua prescrizione, dal personale sanitario ausiliario, in uno stabilimento o a domicilio, ad eccezione delle terapie logopediche e psicomotorie (art. 14 cpv. 1 lett. a LAI). Sono reputati provvedimenti sanitari necessari alla cura di un'infermità congenita tutti i provvedimenti ritenuti validi dalla scienza medica e intesi a conseguire nel modo più semplice e funzionale lo scopo terapeutico (art. 2 cpv. 3 OIC). Nella sentenza pubblica in DFT 136 V 209 il Tribunale federale ha stabilito che le misure messe in atto per la cura a domicilio (tra cui, come nel caso concreto, cure infermieristiche/spitex per minori), la cui esecuzione non richiede alcuna qualifica professionale di natura sanitaria, non costituiscono dei provvedimenti sanitari ai sensi dell'art. 13 cpv. 1 in relazione con l'art. 14 cpv. 1 lett. a LAI e l'art. 2 cpv. 3 OIC, ma possono dar luogo, se del caso, a un assegno per grandi invalidi e a un supplemento per cure intensive. A seguito della succitata sentenza il 1° febbraio 2011 l'UFAS ha emanato la lettera circolare AI nr. 297 ove è stato allestito un elenco esaustivo delle prestazioni del servizio spitex per bambini a carico dell'AI quali provvedimenti sanitari secondo l'art. 13 e 14 LAI. Tale circolare è stata sostituita, con effetto dal 1° marzo 2012, dalla lettera circolare AI nr. 308 del 27 febbraio 2012 nella quale sono state approntate delle precisazioni in particolare sull'aumento da 7 a 8 ore al giorno il tempo massimo riconosciuto "nelle situazioni in cui bisogna prevedere 24 ore su 24 eventuali interventi d'urgenza da parte di personale infermieristico diplomato". Avendo nella sentenza 9C_299/2016 del 13 febbraio 2017 l'Alta Corte ritenuta illegale la limitazione di otto ore al giorno del tempo computabile per le cure mediche nelle summenzionate situazioni di bisogno durante tutto il giorno, il 23 marzo 2017 l'UFAS, abrogando la lettera circolare nr. 308, ha emesso la (nuova) lettera circolare nr. 362 entrata in vigore il 1° aprile 2017. Va qui ricordato che secondo l'art. 42ter cpv. 3 LAI l'assegno per minorenni grandi invalidi che necessitano inoltre di un'assistenza intensiva è aumentato di un supplemento per cure intensive; il supplemento non è accordato in caso di soggiorno in un istituto. Il supplemento ammonta, se il bisogno di assistenza dovuto all'invalidità è di almeno 8 ore al giorno, al 60%, in caso di un bisogno di almeno 6 ore al giorno, al 40% e, in caso di un bisogno di almeno 4 ore al giorno, al 20% dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS. Il supplemento è calcolato sotto forma di importo giornaliero. Il Consiglio federale disciplina i dettagli. 2.3. Ritornando al caso in esame, con la decisione impugnata l'amministrazione ha riconosciuto 35 minuti giornalieri di cure infermieristiche/spitex dal 22 maggio 2013 (retroattività massima ex art. 48 LAI) al 31 ottobre 2017 (fine del mese del compimento del 18° anno di età dell'assicurato), sulla cui durata questo TCA non ha nulla eccepire (cfr. consid. 2.6). Rispetto alla comunicazione

7 ottobre 2014, in cui erano state riconosciute 136 ore trimestrali (90 minuti giornalieri) per il periodo 22 maggio 2013 – 31 dicembre 2014, ciò risulta una riduzione di tempo. Occorre ora esaminare se vi sono i requisiti per riconsiderare la comunicazione del 7 ottobre 2014. Secondo l'art. 53 cpv. 2 LPGA, 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. La riconsiderazione non è tuttavia ammissibile se la decisione è stata oggetto di controllo giudiziale nel merito (DTF 127 V 466 consid. 2c pag. 469). Secondo giurisprudenza riassunta in STF 8C_113/20121 del 21 dicembre 2012, per determinare se è possibile riconsiderare una decisione in quanto manifestamente erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento della sua pronuncia, prendendo in considerazione la prassi allora in vigore (DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti), tenuto conto del fatto che un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente i presupposti del diritto a prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare non vi è inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, non è possibile procedere ad un riesame (cfr. sentenza 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1 con riferimenti). Va poi fatto presente che la modifica (nel senso di una soppressione o di una riduzione) in via di riconsiderazione di una rendita presuppone in ogni caso che, dall'assegnazione della prestazione, non siano intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustifichino il mantenimento della rendita alle condizioni precedentemente ammesse (art. 17 LPGA; sentenza 9C_768/2010 del 10 novembre 2010 consid. 2.2; I 859/05 del 10 maggio 2006 consid. 2.3; I 222/02 del 19 dicembre 2002 consid. 5.1). Va qui rilevato che gli stessi principi per la riconsiderazione valgono anche per le comunicazioni emesse secondo la procedura semplificata ex art. 51 LPGA, prevista nell'AI all'art. 58 LAI, con la precisazione che l'amministrazione può modificare senza condizioni la comunicazione in ogni momento entro i 30 giorni dalla sua emissione, a patto che la persona assicurata non abbia chiesto entro il succitato termine il rilascio di una decisione formale. Scaduto tale termine, l'amministrazione può modificarla, appunto, se sono dati i presupposti per la riconsiderazione - oppure in via di revisione processulae (Kieser, ATSG –Kommentar, 2015, ad art. 53, n. 46 pag. 709). Nella fattispecie concreta, nella decisione contestata l'Ufficio AI ha motivato come segue la riconsiderazione: " (...) Nel merito l'Ufficio AI pone le considerazioni seguenti: 1. in merito alla riconsiderazione della comunicazione del 7 ottobre 2014 con la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto provvedimenti sanitari intesi quali cure spitex erogate dalla RA 1 quale infermiera indipendente per la cura del figlio RI 1 per 136 ore/semestre (pari a 90 minuti/giorno) per il periodo limitato dal 22 maggio 2013 al 31 dicembre 2014, l'Ufficio AI conferma essere assolte le condizioni dell'art. 53 cpv. 2 LPGA. Infatti, l'Ufficio AI ha reso tale comunicazione, comunque scaduta, senza appurare a tale momento le circostanze di fatto in violazione della procedura inquisitoria, senza definire cosa potesse essere considerato quale intervento infermieristico e la parte che doveva essere inclusa nel tempo del supplemento per cure intensive, e senza considerare la presenza di un doppio indennizzo per la stessa misura. Infatti: - non è stata attuata una

valutazione critica degli atti da riconoscere quali medici e le conseguenti ore infermieristiche necessarie prima della pronuncia della comunicazione come richiesto dalla lettera circolare allora in vigore (LC) 297 del 1.2.2011 edita dall'UFAS, resa a seguito della sentenza del TF 8C_81/2010, e l'ulteriore LC 308 del 27.2.2012, in vigore dal 1.3.2012. Come già indicato nella LC 297 a pag. 3 "(...) durante l'accertamento sul posto bisogna determinare, con l'ausilio dell'elenco summenzionato, il tempo effettivo richiesto per fornire le prestazioni necessarie dal punto di vista medico nel caso specifico- (...) " e servizi di accertamento degli Uffici AI devono valutare il bisogno di cure con l'ausilio dell'elenco summenzionato e garantire un'esecuzione il più possibile unitaria" ; - non è stato considerato il fatto che le prestazioni fornite dalla mamma erano già state riconosciute dall'AI nel supplemento per cure intensive (SCI); - l'annotazione del SMR della dr.ssa. _____ dell'8.7.2014 non può essere vincolante, per il semplice fatto che la medesima ,e stata resa senza tener conto della situazione sopra e delle prestazioni già riconosciute. (...)” (doc. A2) Per contro, l'assicurato contesta che la comunicazione del 7 ottobre 2014 sia da considerare manifestamente errata e questo per le seguenti ragioni: " (...) 3. L'amministrazione ritiene che la comunicazione del 7.10.2014 era errata perché non si era proceduto ad un accertamento dei fatti (quindi ad un'inchiesta a domicilio). A tale proposito giova ricordare che secondo la giurisprudenza non è sufficiente che una decisione sia stata emanata tramite una procedura errata, ma per procedere ad una riconsiderazione è necessario che si possa dimostrare che se a suo tempo essa fosse stata emanata sulla base di una procedura corretta, il risultato sarebbe stato diverso. Inoltre, occorre considerare che nella Lettera circolare no. 308 l'UFAS ha si indicato che "durante l'accertamento sul posto bisogna determinare, con l'ausilio dell'elenco summenzionato, il tempo effettivo richiesto per fornire le prestazioni necessarie dal punto di vista medico nel caso specifico", ma ha altresì indicato che "(p)er lasciare sufficiente libertà nella considerazione delle situazioni di cura individuali, si è rinunciato intenzionalmente a emanare una regolamentazione dettagliata". Dalla Lettera circolare non emerge quindi che un'inchiesta a domicilio sia una conditio sine qua non perché il fabbisogno di cure possa venir quantificato e riconosciuto. Se dal quadro medico e dalla certificazione agli atti le indicazioni fornite risultano giustificate, il fatto che l'amministrazione abbia scelto di non procedere con un'inchiesta a domicilio non comporta la manifesta erroneità della valutazione. 4. Anche la tesi dell'Ufficio AI che "non è stato considerato il fatto che le prestazioni fornite dalla mamma erano già state riconosciute dall'AI nel supplemento per cure intensive" non rappresenta un elemento per cui la comunicazione del 7.10.2014 sarebbe manifestamente errata. Infatti una comunicazione, se corretta, non diventa manifestamente errata solo perché attraverso la sua emanazione si rende necessaria la revisione di un'altra decisione. Non si può a posteriori ovviare al fatto di aver scordato di procedere ad una revisione di quest'altra decisione, tassando come manifestamente errata la comunicazione. Come già esposto nelle osservazioni del 9.10.2015, se effettivamente risultava che una parte delle cure spitex era già stata tenuta in considerazione nel calcolo del supplemento per cure intensive, allora non era la comunicazione del 7.10.2014 ad essere errata. Semplicemente l'amministrazione avrebbe dovuto procedere ad una revisione della decisione con la quale era stato garantito un supplemento per cure intensive di 8 ore. 5. Infine, anche le considerazioni della giurista, che ha ridotto il fabbisogno di cure da 80 minuti (come da inchiesta a domicilio) dapprima a 45 minuti ed in seguito a 35 minuti non possono, pur volendo presupporre che esse siano corrette, venir prese in considerazione per valutare se la comunicazione del 7.10.2014 era manifestamente errata. Infatti, queste considerazioni, così come la necessità

di un'inchiesta a domicilio, sono il frutto di indicazioni fornite dall'UFAS nel 2016. Per valutare se una decisione è però manifestamente errata, occorre riferirsi alla situazione così come era presente al momento della sua emanazione. "Per determinare se è possibile riconsiderare una decisione in quanto manifestamente erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento della sua pronuncia, prendendo in considerazione la prassi allora in vigore." (STF 8C_113/2012). Quindi, anche se nell'ottobre 2014 si fosse proceduto ad un'inchiesta a domicilio, non si può affermare al di là di ogni ragionevole dubbio che non sarebbe emerso un bisogno di cure di 136 ore trimestrali, perché a quel momento né l'assistente sociale che avrebbe effettuato l'inchiesta né la giurista che l'avrebbe eventualmente avallata, erano a conoscenza delle indicazioni dell'UFAS. 6. In conclusione, considerato che: · l'inchiesta a domicilio del 20.6.2016 (effettuata tenendo già conto del fatto che la signora RA 1 è la madre dell'assicurato [elemento divenuto attuale solo a seguito della lettera dell'UFAS del 17.5.2016 e che quindi non avrebbe avuto nessuna influenza in un'ipotetica inchiesta a domicilio nel 2014]) ha portato ad un risultato sovrapponibile a quanto riconosciuto con la comunicazione del 7.10.2014, · la valutazione del tempo necessario per le cure infermieristiche implica una margine di apprezzamento e ricordato che: · nelle situazioni che implicano una dose di apprezzamento non è possibile rivedere la decisione per un apprezzamento errato ("Ebenfalls liegt kein Wiedererwägungsgrund vor, wenn eine Entscheidung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist und die bisherige Entscheidung als vertretbar erscheint." (Kieser, op.cit., art. 53, marg. 56), · non è sufficiente che una decisione sia stata emanata tramite una procedura errata, ma per procedere ad una riconsiderazione è necessario che si possa dimostrare che se a suo tempo essa fosse stata emanata sulla base di una procedura corretta, il risultato sarebbe stato diverso e che · la valutazione della manifesta erroneità della decisione va effettuata sulla base legale e fattuale valida al momento in cui essa è stata presa, ne consegue che la valutazione effettuata nell'autunno 2014 secondo la quale l'assicurato necessitava di 136 ore trimestrali di cure spitex non può essere considerata come manifestamente errata. (...)" (doc. I pag. 7-9) Orbene, come rettamente rilevato dall'assicurato, da parte dell'Ufficio AI l'esame dei requisiti materiali per il riconoscimento della chiesta prestazione ha necessitato di un certo margine di apprezzamento. La complessa e lunga istruttoria lo dimostra. Tuttavia, a mente del TCA, l'errore manifesto risiede nel fatto che l'Ufficio AI, con la comunicazione 7 ottobre 2014 aveva riconosciuto le chieste 136 ore trimestrali (90 minuti giornalieri) senza aver tenuto conto delle prestazioni già riconosciute nell'ambito del supplemento per cure intensive. Certo che successivamente il supplemento cure intensive (_____) è stato rivisto in funzione della quantificazione delle cure _____. Fatto sta che al momento di decidere la quantificazione della durata delle cure infermieristiche l'amministrazione doveva separare i due generi di cure. In questo senso non vincolante è l'annotazione 8 luglio 2014 della dr.ssa _____ nella misura in cui aveva fissato, tenendo conto delle relative fatture, 136 ore di cure infermieristiche per trimestre senza aver proceduto alla suddetta differenziazione (doc. 283 incarto AI). Ciò che è stato fatto a seguito dell'inchiesta domiciliare svolta su indicazione dell'UFAS. Infine, proprio con riferimento alla citazione di Kieser (ATSG Kommentar, 2015, ad art. 53, marg. 56) riportata dall'assicurato ("Ebenfalls liegt kein Wiedererwägungsgrund vor, wenn eine Entscheidung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist und die bisherige Entscheidung als vertretbar erscheint"; sottolineatura del redattore), l'esito a cui era giunta l'amministrazione – ossia il riconoscimento di 136 ore settimanali di cure infermieristiche senza deduzione del SCI – non poteva ritenersi sostenibile. Altro errore manifesto è il fatto

che l'Ufficio AI non ha proceduto ad esaminare la richiesta dell'assicurato, inoltrata il 20 maggio 2014, secondo i criteri della citata lettera circolare no. 308, entrata in vigore il 1° marzo 2012 e applicabile al caso concreto. Difatti, il no. 1 delle disposizioni transitorie di detta lettera circolare dispone che "le nuove richieste devono essere valutate secondo la presente lettera circolare, anche se riguardano prestazioni fornite prima della sua entrata". In queste circostanze la comunicazione 7 ottobre 2014 è da considerare manifestamente errata, la cui rettifica con la decisione impugnata risulti essere rilevante. La riconsiderazione va pertanto confermata. 2.4. In sede di risposta l'Ufficio AI ha sostenuto che (pag. 4) " Altresì giova specificare che nei 30 giorni dall'emissione della comunicazione del 7 ottobre 2014 la signora RA 1 ha chiesto di trasmetterle l'incarto e ha formulato osservazioni con scritto del 5 novembre 2014 (inc. AI, doc. 296), chiedendo di riconoscerle la retroattività massima di 5 anni, ciò che implicava la contestazione della comunicazione con annullamento automatico della stessa. Va precisato che la domanda presentata nel maggio 2014 per la verifica del diritto a cure spitex eseguite dalla signora RA 1 si è effettivamente conclusa con la decisione impugnata del 9 giugno 2017. A mente dello scrivente Ufficio AI la contestazione della comunicazione del 7 ottobre 2014 ha implicato l'annullamento della stessa come indicato nel preavviso del 3 settembre 2015, chiarendo l'Ufficio AI con tale atto di non riconoscere cure _____ eseguite dalla mamma di RI 1. Né successivamente l'amministrazione ha mai confermato alla mamma di RI 1 di riconoscere il tempo per cure infermieristiche fornite a domicilio di 136 ore trimestrali. Non vige, quindi, alcun provvedimento finale sulla questione ad eccezione della decisione impugnata del

E. 9

giugno 2017, che si esprime sulla domanda di prestazioni del 22 maggio 2014 e riconosce il diritto a 35 minuti giornalieri alla signora RA 1 per le cure infermieristiche/_____ fornite al figlio da maggio 2013"; sottolineatura del redattore). Nelle osservazioni 19 ottobre 2017 l'assicurato sostiene invece che con la contestazione della comunicazione 7 ottobre 2014 la stessa non è divenuta automaticamente nulla. In effetti, rileva di aver unicamente contestato la retroattività delle prestazioni riconosciute (un anno invece dei 5 anni chiesti) impedendo quindi la crescita in giudicato su tale questione, mentre per quel che concerne il periodo delle cure la decisione informale è divenuta definitiva, questo in analogia alla procedura d'opposizione. A ragione. Va qui ricordato che, come riportato sopra, nel caso di decisioni rese in procedura semplificata ai sensi dell'art. 51 cpv. 1 LPGA (cfr. art. 74 ter OAI), l'amministrazione può liberamente rivedere una decisione informale entro 30 giorni dall'emissione che può successivamente essere modificata nell'ambito della riconsiderazione ex art. 53 LPGA ("... Anders verhält es sich für den Versicherungsträger. Dieser kann nur innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erlass des formlosen Entscheids voraussetzungslos auf diesen zurückkommen; ist diese Frist verstrichen, ist eine Änderung nur im Rahmen von Art. 53 ATSG zulässig (Kieser, ATSG –Kommentar, 2015, ad art. 51 n. 27, pag. 678) . Ciò presuppone, secondo questo TCA, che da parte della persona assicurata non vi sia stata la richiesta di emettere ai sensi dell'art. 51 cpv. 2 LPGA una decisione entro 30 giorni L'insorgente ha poi rettamente fatto riferimento alla STCA inc. 35.2012.1 in cui è stata riportata la seguente giurisprudenza: " Nella DTF 119 V 347, il TFA ha stabilito che l'obbligo di articolare le censure vale, di principio, anche nella procedura d'opposizione, di modo che, nella misura in cui la decisione non è oggetto di impugnativa nella procedura di opposizione e non è riesaminata d'ufficio, essa passa parzialmente in giudicato ". Ciò significa che, in analogia alla succitata giurisprudenza, la parte della comunicazione 7

ottobre 2014 riguardante i minuti delle cure spitex, rimasta incontestata, è cresciuta in giudicato. Inoltre, nelle citate osservazioni 19 ottobre 2017 l'assicurato ha giustamente evidenziato che: " (...) Questo parere è stato peraltro condiviso dall'amministrazione stessa nel progetto di decisione del 3.9.2015 ("Sono date le condizioni per la riconsiderazione giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGA") e nella decisione del 19.6.2017 ("l'Ufficio AI conferma essere assolte le condizioni dell'art. 53 cpv. 2 LPGA"). Durante tutto l'iter della pratica l'amministrazione stessa ha quindi ritenuto, malgrado quanto affermato ora nella risposta di causa, che la richiesta della madre dell'assicurato di riconoscere una retroattività di 5 anni invece che di un anno, non implicasse l'annullamento automatico dell'intero contenuto della comunicazione del 7.10.2014, ma che la p_____ riconosciute fosse invece cresciuta formalmente in giudicato (essendo rimasta incontestata) e che la sua rettifica necessitasse quindi che le condizioni dell'art. 53 cpv. 2 LPGA fossero adempiute. (...)” (doc. VI) Quanto ai motivi della riconsiderazione, va fatto riferimento al precedente considerando. 2.5.

L'assicurato, qualora questa Corte dovesse decidere per una riconsiderazione della comunicazione del 7 ottobre 2014 nel senso di una riduzione delle cure infermieristiche inizialmente riconosciute, invocando il principio della protezione della buona fede, chiede che tuttavia siano confermate le 136 ore trimestrali di cure spitex per il periodo dal 22 maggio 2013 (retroattività riconosciuta con la comunicazione del 7 ottobre 2014) sino al 30 settembre 2015, tenuto conto del preavviso 3 settembre 2015 in cui l'Ufficio AI le aveva (a torto) negate. A ragione. Il principio della buona fede, sancito dall'art. 9 Cost., tutela la legittima fiducia dell'amministrato nei confronti dell'autorità amministrativa e gli permette in particolare di esigere che l'amministrazione rispetti le promesse fatte e che non si contraddica. Così, un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se le seguenti condizioni cumulative sono riunite: 1. l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone; 2. l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti; 3. l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta; 4. facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio; 5. da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). La tutela della buona fede non presuppone tuttavia sempre l'esistenza di un'informazione o di una decisione sbagliate. Il diritto alla tutela della buona fede può così anche essere invocato con successo in presenza, semplicemente, di rassicurazioni o di un comportamento dell'amministrazione suscettivi di fare nascere nell'amministrato determinate aspettative (DTF 111 Ib 116 consid. 4 pag. 124; cfr. pure sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 19/99 del 17 settembre 1999, in RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b). In tale evenienza, tuttavia, l'assicurato non può, conformemente all'art. 3 cpv. 2 CC, prevalersi della propria buona fede se, nonostante i dubbi che si imponevano, non ha agito con la diligenza richiesta dalle circostanze (RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b). Ritornando al caso in esame, è pacifico che le prime tre condizioni sono adempiute: la comunicazione del 7 ottobre 2014 risulta essere errata ed è stata emessa dalla competente autorità amministrativa (Ufficio AI), concerne una determinata persona (l'assicurato) e quest'ultima non si è immediatamente resa conto dell'inesattezza dell'informazione (tramite la succitata comunicazione) ricevuta. Altrettanto pacifico è l'adempimento dell'ultimo requisito, visto che le disposizioni relative alla cure spitex per i minorenni (art. 13 LAI in relazione all'art. 14 LAI) sono rimaste invariate dal

maggio 2013 sino ad oggi. Per quel che concerne il requisito nr. 4. (facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio), ricordato come anche un'omissione possa costituire una disposizione (DTF 121 V 67 consid. 2b con riferimenti giurisprudenziali), vi deve essere un nesso causale tra l'errata informazione dell'amministrazione e le disposizioni prese dall'assicurato. A tal riguardo, in DTF 121 V 67 consid. 2, trattandosi un caso di disposizione nel senso di omissione, è stato precisato: " Ein solcher Kausalzusammenhang ist gegeben, wenn angenommen werden kann, der Versicherte hätte sich ohne die fehlerhafte Auskunft anders verhalten. An den Beweis des Kausalzusammenhangs zwischen Auskunft und Disposition bzw. Unterlassung werden nicht allzu strenge Anforderungen gestellt. Denn bereits aus dem Umstand, dass ein Versicherter Erkundigungen einholt, erwächst eine natürliche Vermutung dafür, dass er im Falle eines negativen Entscheides ein anderes Vorgehen gewählt h.te. Der erforderliche Kausalitätsbeweis darf deshalb schon als geleistet gelten, wenn es aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung als glaubhaft erscheint, dass sich der Versicherte ohne die fragliche Auskunft anders verhalten hätte (unveröffentlichtes Urteil R. vom 25. November 1992)." In sintesi, il nesso causale sussiste nella misura in cui senza l'errata informazione la persona assicurata avrebbe agito diversamente, senza quindi incorrere in un comportamento pregiudizievole rispettivamente di ometterne altri che gli sarebbero stati favorevoli. A tal riguardo in sede di ricorso l'assicurato fa presente che: " ... la signora RA 1, basandosi sulla garanzia del 7.10.2014, ha preso delle disposizioni non reversibili senza difficoltà: ha erogato delle cure in misura di 136 ore trimestrali, ha ricevuto per un certo periodo il pagamento di tali cure, sui soldi ricevuti ha pagato i contributi sociali, ha rinunciato per questo periodo, ma anche per quello successivo, a prendere al posto del o accanto al figlio un altro paziente esterno. La signora RA 1 non può, dopo aver saputo che per il figlio poteva fatturare a carico dell'AI solo 45 minuti giornalieri risp. 35 minuti giornalieri (!), erogare retroattivamente tali cure ad altri pazienti per la differenza di minuti che non le è più stata riconosciuta dall'AI. È inoltre indubbio che la restituzione rappresenterebbe un pregiudizio finanziario. (...)" (doc. I pag. 14) Va poi rilevato che, rettificando quanto inizialmente sostenuto – ossia che le fatture inoltrate dalla madre dell'assicurato non erano ancora state liquidate -, nelle osservazioni 9 novembre 2017 l'amministrazione ha informato il Tribunale di aver versato fr. 66'626.-- di cure infermieristiche prestate dal 22 maggio 2013 al 31 dicembre 2014 (VIII). Inoltre, con scritto 3 maggio 2018 questo TCA ha chiesto all'Ufficio AI, nell'ipotesi di validità della decisione contestata, "a chi l'ufficio AI richiederebbe le prestazioni assicurative versate in eccesso (differenza tra le 136 ore trimestrali ed i 35 minuti giornalieri)? All'assicurato stesso oppure alla di lei madre, beneficiaria del versamento di fr. 66'626.-- per le fatture relative al periodo 22 maggio 2013 – 31 dicembre 2014 " e in data 30 maggio 2018 l'amministrazione ha così risposto: " ... nell'ipotesi di lavoro espressa, rimborsi di prestazioni sanitarie giusta l'art. 14 LAI, che sono prestazioni in natura come secondo art.14 LPGGA, versate in eccesso sarebbero da richiedere direttamente al fornitore di cure, che ha fatturato le prestazioni, nel caso alla mamma di RI 1. La restituzione andrebbe richiesta in applicazione dell'art. 25 LPGGA." Ora, contrariamente a quanto sostenuto dall'insorgente nelle osservazioni 14 giugno 2018, dalla succitata risposta si desume chiaramente che eventualmente la differenza delle prestazioni versate in eccesso verrebbe chiesta alla madre dell'assicurato quale fornitore delle prestazioni (cfr. art. 2 cpv. 2 OPGA) e non quale madre dell'assicurato (cfr. art. 2 cpv. 1 lett. a OPGA). Pertanto è nella veste d'infermiera che la madre dell'assicurato avrebbe un pregiudizio irreversibile dovuto al fatto che, oltre a restituire

l'ammontare delle prestazioni in eccesso non avrebbe la possibilità di poter colmare la lacuna di entrata dovuta alla paventata restituzione. Del resto, fidente nelle 136 ore trimestrali essa aveva di conseguenza organizzato il suo piano lavorativo. Oltre all'aspetto finanziario-organizzativo di cui sopra, va comunque evidenziato come l'errata comunicazione 7 ottobre 2014 abbia causato all'assicurato, da non dimenticare minorenni, e di riflesso alla madre un comportamento pregiudizievole facendo affidamento a ricevere cure infermieristiche della durata inizialmente fissata di 136 ore trimestrali. Malgrado la comunicazione riguardasse il periodo 22 maggio 2013 – 31 dicembre 2014 l'assicurato, rispettivamente la di lei madre, potevano ritenere in buona fede che tale garanzia sarebbe stata rinnovata anche per il futuro, non essendo subentrati miglioramenti dello stato di salute che avrebbero permesso di pensare ad una diminuzione delle cure infermieristiche (osservazioni 19 ottobre 2017). Prova ne sono le diverse prestazioni AI di cui l'interessato beneficia dalla nascita. Solo con il progetto di decisione del 3 settembre 2015 l'assicurato ha preso per la prima volta conoscenza dell'iniziale non riconoscimento delle cure in parola, motivo per cui la protezione della buona fede si estende sino a fine mese del settembre 2015.

2.6. Infine, per quel che concerne la durata giornaliera delle cure infermieristiche, vanno confermati i 35 minuti, seppur ridotti rispetto agli iniziali 45 minuti del progetto di decisione (a tal riguardo va fatto presente che la differenza di 10 minuti è stata comunque riconosciuta quale SCI), frutto dell'esauritivo parere datato 26 aprile 2017 della giurista dell'Ufficio AI le cui conclusioni sono state riportate nella decisione impugnata, ossia: " In merito al tempo riconosciuto per eseguire le misure mediche va sottolineata la difficoltà del caso, come anche indicato nel preavviso del 21.11.2016, nell'individuare quali sono le misure mediche e nel quantificarle, considerato che nel caso in esame il genitore è anche fornitore di cure spitex mentre, di norma, la ripartizione dei compiti è definita tra tre parti, ovvero ente _____, medico che deve prescrivere e avallare le cure mediche, e genitori, per determinare al meglio i compiti di ciascuno, soprattutto tra ente _____ e genitori. Come già indicato in precedenza e sulla base delle LC rese dall'UFAS in materia di prestazioni spitex per bambini, e confermato dall'ultima resa in materia n. 362 del 23.3.2017, l'accento è posto sulle misure che possono essere assunte dagli enti spitex durante gli interventi a domicilio rispetto a quelle prese a carico dai genitori nell'ambito delle loro capacità. La definizione «per intervento» va intesa quale presenza ininterrotta degli enti _____ presso l'assicurato (dall'arrivo alla partenza). Laddove necessario da un punto di vista medico, sono possibili anche più interventi al giorno. Le indicazioni fornite dalle LC rilevano che durante l'accertamento bisogna determinare, con l'ausilio dell'elenco summenzionato, il tempo effettivo richiesto per fornire le prestazioni necessarie dal punto di vista medico nel caso specifico e che bisogna determinare il periodo di tempo in cui è necessaria la presenza di personale medico e curante tenendo conto delle cure che possono essere prodigate parallelamente. Viene ancora precisato che nell'ambito dell'accertamento sul posto concernente l'AGI o il SCI, in caso di richiesta di prestazioni _____, deve essere effettuato contemporaneamente anche un sopralluogo del servizio spitex. In questo contesto è importante appurare che una stessa prestazione non venga conteggiata due volte. Concretamente ciò significa che le prestazioni spitex devono essere dedotte dal tempo per il SCI. Per i casi di lunga durata (più di tre mesi) e i casi onerosi (più di 14 ore alla settimana o di 2 ore al giorno) è sempre necessario effettuare l'accertamento sul posto. Sulla base della verifica a domicilio attuata con l'ausilio della sig.ra _____, responsabile presso _____, è stato quantificato un tempo globale giornaliero di 80 minuti al giorno per prestare tutte le cure del caso, mentre per intervento è stato definito un

tempo di 35 minuti. Ora, ritenuta la tempistica espressa per "intervento" e quella globale, considerato che non risulta, dagli atti all'incanto, la necessità di più interventi specialistici infermieristici durante il giorno nel caso di RI 1, che anche durante la colonia estiva l'ente spitex è intervenuto di sera per l'iniezione serale e il controllo dello stato di salute e non in altri momenti non potendo giustificare un intervento per misure che possono essere delegate a terzi senza formazione, ad esempio per la somministrazione di medicinali via os, inquadrando la definizione della misura infermieristica necessaria nel caso in esame "per intervento", come avviene in altri casi ordinari, l'Ufficio AI non può che riconoscere un tempo di 35 minuti per le misure infermieristiche, confermando che la differenza con gli 80 minuti giornalieri rientra nella valutazione del tempo per il supplemento per cure intensive (SCI), il quale risulta riconfermare le 8 ore attuali. Sulla base delle risultanze istruttorie già agli atti risulta quindi corretto quantificare le cure infermieristiche in 35 minuti, come emerso dalla valutazione _____." Quindi, degli 80 minuti giornalieri di cure infermieristiche quantificate dall'inchiesta domiciliare, 35 minuti sono riconosciuti come tali e la differenza 45 minuti rientra nel supplemento per cure intensive (SCI). Alla succitata valutazione va prestata adesione e del resto, nessuna contestazione è stata al riguardo sollevata dall'assicurato.

2.7. Visto quanto sopra, in applicazione del principio della protezione della buona fede (cfr. consid. 2.5) all'assicurato sono riconosciute a titolo di cure infermieristiche/_____ 136 ore trimestrali (90 minuti giornalieri) dal 22 maggio 2013 al 30 settembre 2015 e di 35 minuti giornalieri dal 1° ottobre 2015 sino al 31 ottobre 2017 (mese di compimento della maggior età).

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 fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Il ricorrente, patrocinato dalla RA 2, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. DTF 126 V 11 consid. 2 e STF K 63/06 del 5 settembre 2007). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto. § La decisione 19 giugno 2017 è modificata nel senso che all'assicurato sono riconosciute a titolo di cure infermieristiche/_____ 136 ore trimestrali (90 minuti al giorno) dal 22 maggio 2013 al 30 settembre 2015 e 35 minuti giornalieri dal 1° ottobre 2015 sino al 31 ottobre 2017 (anno di compimento della maggior età).

2. Le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. L'Ufficio AI verserà al ricorrente fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa).

3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente

La

segretaria Daniele Cattaneo

Stefania Cagni