

TI_GERICHTE 32.2022.34 vom 26. April 1999

TI Tribunale d'appello, 1999-04-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.34_d19990426

FR: TI_GERICHTE 32.2022.34 du 26 avril 1999

IT: TI_GERICHTE 32.2022.34 del 26 aprile 1999

Regeste

Ricorso contro decorrenza diritto AGI. Se l'assicurato non impugna decisione pregressa sul diritto all'AGI, potere cognitivo del TCA è di principio limitato da tale decisione, a prescindere da bontà decisione. Valutazione SMR confermata

Erwägungen

E. 20

aprile 2021 (pag. 835 incarto AI). Questi rapporti sono stati considerati dal medico SMR sufficienti per effettuare un'inchiesta domiciliare, da cui l'adesione da parte dell'Ufficio AI alla richiesta dell'assicurata di procedere in tal senso e, di conseguenza, l'accoglimento del gravame da parte del TCA.

Esperita l'inchiesta domiciliare il 19 gennaio 2022, il consulente AI ha chiesto il 26 gennaio 2022. al medico SMR se i rapporti medici della dr.ssa _____ del 13.04.2021 e della dr.ssa Aletti del 30.04.2021, permettono di considerare l'inizio dell'anno di carenza del danno alla salute dell'assicurata a decorrere dal mese di aprile 2021 (doc. 276 incarto AI). Il 28 gennaio 2022 il medico SMR si è così espresso: [] dal punto di vista medico la dottoressa _____ [] segnala come dal 23.11.2020 l'assicurata benefici di una presa a carico medica psichiatrica e multidisciplinare, pertanto tale data va presa in considerazione come data di inizio anche di eventuali bisogni di assistenza dell'assicurata nello svolgimento degli atti ordinari della vita (doc. 277 incarto AI).

Conseguentemente, nel rapporto del 31 gennaio 2022 dell'inchiesta domiciliare, il consulente _____ ha ritenuto l'assicurata dipendente da terzi per quattro atti ordinari della vita e necessitante di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. La situazione descritta è tale dal mese di novembre 2020, con il versamento dell'AGI di grado medio a decorrere dal mese di novembre 2021, un anno dopo l'inizio della dipendenza (doc. 278, pag. 865 incarto AI).

In concreto il medico SMR riconduce il bisogno regolare e notevole di terzi nello svolgimento degli atti ordinari della vita e nell'organizzazione della realtà quotidiana al momento della presa a carico multidisciplinare da parte del Servizio _____ di _____ (_____), ossia al 23 novembre 2020, come attestato dalla dr.ssa Aletti nel suo rapporto del 30 aprile 2021.

L'insorgente chiede il riconoscimento del diritto all'AGI a far tempo dal 1. agosto 2021, ossia ad un anno dal rapporto del 29 agosto 2020 della dr.ssa _____ (cfr. supra consid. 1.7.). Quest'ultimo, corredato da ulteriore refertazione medica agli atti e riportata nel ricorso, indicherebbe, a mente dell'insorgente, come il bisogno di assistenza da terzi fosse già dato il 29 agosto 2020.

A tal proposito, come rettamente rilevato dall'amministrazione, l'insorgente ha riportato nell'allegato ricorsuale dei frammenti di documentazione pregressa che, come già visto in precedenza, è stata ritenuta insufficiente per oggettivare il costante e durevole bisogno dell'aiuto di terzi per eseguire gli atti ordinari della vita e, dunque, il diritto all'AGI.

Infatti, tale refertazione, che consiste prevalentemente in certificazioni dei curanti rese nel corso degli anni e asserzioni della ricorrente, rispettivamente della di lei figlia, evidenziavano certamente uno stato valetudinario compromesso, senza tuttavia oggettivare sufficientemente le condizioni conferenti diritto all'AGI. Certo, se l'amministrazione avesse agito immediatamente come poi fatto, ossia sperendo un'inchiesta domiciliare, non è da escludere che le condizioni per il diritto all'AGI sarebbero state rilevate ben prima. Tuttavia, non avendo l'insorgente sollecitato tale procedere, eventualmente adendo anche al TCA (cfr. supra consid. 2.8., 2.8.1. in fine, 2.8.2. in fine e 2.8.3.), essa deve assumersi le conseguenze di una (eventuale) carenza probatoria in questa sede.

Quo al certificato medico del 29 agosto 2020 della dr.ssa Podella Turano, giova riportare le considerazioni afferenti alle ripercussioni dello stato valetudinario dell'assicurata nello svolgimento delle sue attività ordinarie, (sottolineature del redattore):

A mente di questa Corte, il certificato della curante, il cui valore probatorio è di per sé relativo (cfr. pro multis STCA 32.2021.87 del 7 marzo 2022 consid. 2.4. con molteplici rinvii giurisprudenziali), non è sufficiente a fissare ad agosto 2020 il momento a partire dal quale l'insorgente aveva necessità di aiuto regolare e notevole di terzi nello svolgimento degli atti ordinari della vita o il bisogno dell'aiuto di terzi nell'organizzazione della realtà quotidiana, la curante non essendosi espressa esaustivamente circa i singoli atti quotidiani ordinari, limitandosi a osservazioni troppo generiche. Per tacere della considerazione censurabile secondo cui Si può evitare lo stimolo alla persistenza delle crisi, eliminando la preoccupazione economica della paziente, ciò che ne relativizza ulteriormente il valore probatorio.

La necessità di bisogno per espletare gli atti ordinari dell'attività quotidiana è stata per contro maggiormente sostanziata nel rapporto medico del 30 aprile 2021 della dr.ssa _____ (doc. 265, pag. 836) di cui si riproducono degli estratti (sottolineature del redattore):

In effetti, la stessa dr.ssa _____ con il certificato del 13 aprile 2021 ha poi sostanziato maggiormente il bisogno di aiuto di terzi dell'insorgente (sottolineatura dal redattore):

Tutto bene considerato, il TCA ritiene che la documentazione agli atti non sia sufficiente a provare con il grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6, 126 V 360) che nell'agosto del 2020 le condizioni conferenti il diritto ad un AGI di grado medio fossero già adempiute. Conseguentemente, la domanda dell'insorgente formulata in via subordinata e tendente al riconoscimento del diritto ad un AGI di grado medio con accompagnamento dal 1. agosto 2021, ossia dopo l'anno d'attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, va respinta.

Occorre precisare che questa Corte non può escludere con certezza che lo stato di necessità di aiuto notevole e costante da parte di terzi per espletare le attività quotidiane ordinarie fosse presente dopo l'agosto del 2020 ma prima di novembre 2020. D'altronde, neppure l'amministrazione ha escluso tale evenienza, osservando comunque che è solo dal novembre 2020, ossia con il peggioramento dello stato di salute comportante la presa a

carico psichiatrica e multidisciplinare, che si è palesato un ■ maggior bisogno di aiuto di terzi, che poteva da allora essere considerato regolare e notevole■.

D■ altra parte, l■ insorgente non ha presentato nelle more ricorsuali nuova refertazione medica atta ad inficiare l■ accertamento del medico SMR e del consulente _____ (sul tema del valore probatorio dell■ inchiesta domiciliare cfr. STFA I 138/02 del 27 ottobre 2003 consid. 6.1.2. e seg.).

2.9. In sintesi, il TCA può far propria la presa di posizione dell■ Ufficio AI circa le censure ricorsuali: ■ tutti i passaggi riportati dalla ricorrente, estrapolati dalla documentazione medica agli atti, siano riferiti a dolori, difficoltà e impedimenti parziali e/o transitori ma non è mai stata medicalmente oggettivata la necessità di aiuto regolare e notevole per gli atti ordinari della vita■ e che ■ È indubbio che determinati sintomi, ripresi dalla documentazione medica e istruttoria e riportati nel ricorso fossero presenti già da anni, ma questo ancora non vuol dire che essi fossero di entità tale da rendere necessario un aiuto regolare e notevole per gli atti ordinari della vita.■.

Visto tutto quanto precede, il ricorso va integralmente respinto.

Visto l■ esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell■ insorgente.

E. 42

cpv. 2 LAI quando un assicurato maggiorenne non vive in un'istituzione e a causa di un danno alla salute: a. non può vivere autonomamente senza l'accompagnamento di una terza persona; b. non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona; oppure c. rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno. Per l'art. 38 cpv. 3 OAI, è considerato unicamente l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana che è regolare e necessario in relazione a una delle situazioni di cui al capoverso 1. Fra queste non rientrano in particolare le attività di rappresentanza e di amministrazione nel quadro delle misure di protezione degli adulti conformemente agli articoli 390-398 del Codice civile. Secondo l'art. 42 cpv. 4 LAI, l'assegno per grandi invalidi è accordato al più presto dalla nascita e al più tardi fino alla fine del mese in cui l'assicurato ha fatto uso del diritto al godimento anticipato della rendita secondo l'articolo 40 capoverso 1 LAVS o in cui raggiunge l'età di pensionamento. L'inizio del diritto è retto, a partire dal compimento del primo anno di età, dall'articolo 29 capoverso 1. Va qui rilevato che nella sentenza pubblicata in DTF 137 V 351 il Tribunale federale ha precisato che, contrariamente al rinvio dell'art. 42 cpv. 4 in fine LAI, l'inizio del diritto all'assegno per grandi invalidi non è disciplinato dall'art. 29 cpv. 1 LAI. Continua invece ad essere applicabile, per analogia, l'art. 28 cpv. 1 LAI sui presupposti del diritto alla rendita. Giusta l'art. 42ter cpv. 1 LAI il grado personale di grande invalidità è determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi: l'assegno mensile in caso di grande invalidità di grado elevato ammonta all'80%, in caso di grande invalidità di grado medio al 50% e in caso di grande invalidità di grado lieve al 20% dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS. Sia ancora rammentato che secondo il N. 8025 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI; valida dal 1° gennaio 2015, stato 1° gennaio 2021), l'aiuto di terzi è considerato regolare se l'assicurato lo necessita o potrebbe necessitare quotidianamente (STF 9C_562/2016 del 13 gennaio 2017). Ciò accade per esempio se egli è soggetto ad attacchi che possono manifestarsi soltanto ogni due o tre

giorni, ma improvvisamente e spesso anche ogni giorno o più volte al giorno (RCC 1986 pag. 510). Per il N. 8026 della CIGI l'aiuto è considerato notevole quando almeno una funzione parziale di un atto ordinario della vita (p. es. «lavarsi» quale parte della «pulizia personale» [DTF 107 V 136]): – non può più essere compiuta dall'assicurato, oppure può essere compiuta soltanto con uno sforzo non esigibile ragionevolmente o in modo difforme dall'usuale (DTF 106 V 153) oppure non sarebbe compiuta spontaneamente a causa dello stato psichico; – non può essere compiuta dall'assicurato nemmeno con l'aiuto di terzi perché per lui è priva di senso (p. es. intrattenere contatti sociali è impossibile a causa di gravi lesioni cerebrali che costringono a una vita totalmente vegetativa a letto) [DTF 117 V 146]). Per le cifre marginali 8011 e 8013 CIGI, se un atto ordinario comprende diverse funzioni parziali, per la grande invalidità non è richiesto che l'assicurato abbia bisogno dell'aiuto di altre persone per tutte oppure per la maggior parte di esse, è sufficiente che necessiti, in modo regolare e notevole, dell'aiuto di terzi per una sola delle funzioni parziali (DTF 117 V 146 consid. 2; per l'aiuto regolare e notevole, v. N. 8025 seg.). In ogni caso, il compimento difficoltoso o rallentato degli atti ordinari della vita non giustifica per principio la grande invalidità (STF 9C_633/2012). Inoltre, per il N. 8085 CIGI, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto ad adottare misure adeguate e ragionevolmente esigibili per mantenere o ristabilire la propria autonomia (p. es. abiti adeguati all'invalidità, scarpe con chiusura velcro per le persone con un braccio solo, mezzi ausiliari, attrezzi, ecc.; cfr. DTF 139 V 9 consid. 7.3.1). In caso contrario l'aiuto cui deve far ricorso non è preso in considerazione nel calcolo della grande invalidità (RCC 1989 pag. 228, 1986 pag. 507). È quindi possibile che un mezzo ausiliario escluda la grande invalidità. Tuttavia un'automobile fornita dall'AI per scopi professionali non esclude anche una grande invalidità per spostamenti privati (DTF 117 V 146). Occorre considerare in particolare anche l'aiuto prestato dai familiari, che va ben oltre quello fornito solitamente e che si potrebbe aspettare se l'assicurato non avesse alcun danno alla salute (STF 9C_410/2009 del 1° aprile 2010).

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

compiere da solo un atto ordinario della vita indispensabile quotidianamente per la pulizia personale (lavarsi, pettinarsi, radersi, fare il bagno e la doccia). Non è data grande invalidità, se l'assicurato ha bisogno d'aiuto per acconciare i capelli o pitturarsi le unghie (STF 9C 562/2016 del 13 gennaio 2017). L'assicurato è invece considerato grande invalido per l'atto di "espletare i bisogni corporali" se necessita dell'aiuto di terzi per pulirsi, per verificare la pulizia, per risistemare i vestiti o per sedersi sul gabinetto e rialzarsi e per esservi accompagnato (DTF 121 V 88 consid. 6) o anche quando i bisogni vengono espletati in maniera inusuale (p. es. portare il vaso fino al letto e andare a svuotarlo, tendere il pappagallo, aiuto regolare nell'urinare ecc.; Pratique VSI 1996 pag. 182). Non vi è per contro grande invalidità se l'assicurato non ha bisogno di un aiuto regolare e, nel suo insieme, può ancora svolgere l'atto di espletare i bisogni corporali in modo conforme alla dignità umana (STF 9C 604/2013; CIGI 8021 e 8021.1). Per quanto concerne l'atto di "Spostarsi (in casa o al di fuori di essa), intrattenere contatti sociali", secondo la menzionata Circolare l'assicurato è considerato grande invalido se, pur munito di mezzi ausiliari, non è più in grado di spostarsi da solo in casa o al di fuori di essa e di intrattenere contatti sociali, ove per contatti sociali si intendono le relazioni interpersonali caratteristiche della vita quotidiana (p. es. leggere, scrivere, frequentare concerti, manifestazioni politiche o religiose ecc., RCC 1982 pagg. 119 e 126), mentre che la necessità dell'aiuto nei contatti sociali allo scopo di prevenire l'isolamento permanente (in particolare per le persone psichicamente disabili) va considerata unicamente sotto la voce «accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana» (N. 8040 segg.), ma non nell'ambito della funzione parziale «intrattenere contatti sociali» (N. 8048; marginali 8022-8024 CIGI). Quanto infine alla "necessità di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana" ai sensi degli art. 37 cpv. 3 lett. e e 38 OAI, tale accompagnamento non comprende né l'aiuto (diretto o indiretto) di terzi per compiere i sei atti ordinari della vita né le cure né la sorveglianza, ma costituisce piuttosto un elemento di aiuto supplementare e autonomo (DTF 133 V 450). Esso ha lo scopo di impedire che una persona cada in uno stato di grave abbandono e/o debba essere ricoverata in un istituto o in una clinica (per le nozioni, v. N. 8005 segg. e 8109). Le prestazioni di aiuto da prendere in considerazione devono perseguire quest'obiettivo (cifra 8040 CIGI). L'aiuto fornito deve essere l'elemento che permette all'assicurato di vivere autonomamente a casa. Il fatto che svolga alcuni compiti più lentamente o con difficoltà oppure solo in determinati momenti non significa che in mancanza di aiuto per questi compiti dovrebbe essere ricoverato in un istituto o in una clinica; questo aiuto non va quindi considerato. Una persona che per diversi anni è stata aiutata in misura considerevole dal partner o da un familiare (madre, fratelli ecc.) per i lavori domestici (per es. per pulire, lavare e preparare i pasti) non soddisfa necessariamente le condizioni di diritto per beneficiare di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana nel momento in cui tale sostegno viene a mancare (STF 9C 346/2013 del 22 gennaio 2014; CIGI 8040). Le cifre 8049 CIGI segg. dispongono in merito: "La necessità di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi della legge è data se l'assicurato: - non può vivere autonomamente senza l'accompagnamento di una terza persona oppure - non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona oppure - rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno. Questo elenco è esaustivo. (8049 CIGI) 3.5.2.1 Accompagnamento finalizzato a rendere possibile una vita autonoma L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario affinché le attività quotidiane possano essere svolte in maniera autonoma. Tale accompagnamento è

dato se la situazione della persona in questione è caratterizzata da almeno uno dei seguenti bisogni: - aiuto nella strutturazione della giornata; - sostegno nell'affrontare situazioni della realtà quotidiana (p. es. questioni legate alla salute, all'alimentazione e all'igiene, semplici attività amministrative ecc.); - conduzione della propria economia domestica. L'aiuto nella strutturazione della giornata comprende per esempio l'esortazione ad alzarsi, l'aiuto nel stabilire e rispettare orari fissi per i pasti, nel rispettare un ritmo giorno/notte, nel dedicarsi a un'attività ecc. Anche il sostegno nell'affrontare situazioni della realtà quotidiana comprende aspetti quali l'esortare o l'impartire istruzioni ecc. Nell'ambito dell'igiene si deve per esempio ricordare all'assicurato di fare la doccia. Se però egli necessita di aiuto diretto per lavarsi, allora questa prestazione va considerata come atto ordinario della vita sotto la categoria «pulizia personale» e non come accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Nella conduzione dell'economia domestica rientrano compiti quali pulire e riordinare, fare il bucato e preparare i pasti. Le prestazioni di aiuto necessarie vanno però considerate nell'ottica di impedire che l'assicurato cada in uno stato di abbandono. Occorre quindi sempre valutare se, in mancanza dell'aiuto per questi compiti, l'assicurato dovrebbe essere ricoverato in un istituto o in una clinica (v. N. 8040). Se ad esempio non può stirare, questo non significa che debba andare in un istituto o in una clinica. In tal caso, dunque, le prestazioni di aiuto non possono essere riconosciute come accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. (8050 CIGI) Per accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana giusta l'articolo 38 capoverso 1 lettera a OAI si possono intendere sia l'aiuto indiretto che quello diretto da parte di terzi. Di conseguenza, l'accompagnatore può svolgere anche da solo le attività necessarie, se l'assicurato non ne è in grado per motivi di salute nonostante le istruzioni impartite, la sorveglianza o il controllo (DTF 133 V 450, I 661/05). L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana spetta solo agli assicurati che, per motivi di salute, possono abitare per conto proprio solo con l'assistenza di una terza persona (sentenza del TF 9C 28/2008 del 21 luglio 2008). La somma di tutte le prestazioni di aiuto necessarie, tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno, deve far sì che, in mancanza dell'aiuto di terzi, l'assicurato sarebbe costretto andare a vivere in un istituto (v. N. 8040). (8050.2 CIGI) Per quanto concerne l'obbligo di ridurre il danno, occorre per esempio vagliare la possibilità di ricorrere a corsi o a terapie per imparare ad utilizzare mezzi ausiliari adeguati per svolgere le faccende domestiche (STF 9C_ 410/2009 del 1. aprile 2010). Va prestata particolare attenzione all'aiuto dei familiari (v. anche N. 8085), soprattutto per quanto riguarda i lavori domestici. Al riguardo, ci si deve chiedere come si organizzerebbe una comunità familiare se non potesse contare su alcuna prestazione assicurativa (DTF 1 33 V 504, I 228/06). Questo aiuto va oltre il sostegno che ci si può aspettare nel caso in cui l'assicurato non presenti alcun danno alla salute. Se l'assicurato vive nella stessa economia domestica con i suoi familiari, si può esigere che questi ultimi forniscano il proprio aiuto per i lavori domestici. Si può esigere un aiuto nell'economia domestica anche da parte dei figli, in funzione della loro età. (8050.3 CIGI) 3.5.2.2 Accompagnamento per compiere attività della vita quotidiana fuori casa L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario affinché l'assicurato sia in grado di uscire di casa per compiere determinate attività della vita quotidiana e intrattenere contatti (fare gli acquisti, attività del tempo libero, contatti con uffici amministrativi o personale medico, recarsi dal parrucchiere ecc.; sentenza del TF 9C_28/2008 del 21 luglio 2008). In caso di limitazioni prettamente o prevalentemente funzionali, l'aiuto va attribuito all'atto di spostarsi." (8051 CIGI) 2.5. Ai sensi dell'art. 69 cpv. 2 OAI l'Ufficio AI esamina le condizioni assicurative mediante

l'esecuzione di sopralluoghi. In effetti, giusta la cifra marginale 1058 CIGI, l'ufficio effettua accertamenti sul posto (a domicilio, nella casa di cura, sul posto di lavoro), fra l'altro, in particolare quando deve verificare il diritto agli assegni per grandi invalidi. È possibile rinunciare a questo accertamento se le condizioni personali dell'assicurato gli sono sufficientemente note e se il caso è debitamente documentato. Secondo la cifra marginale 8131 (Procedura in materia di accertamento dell'assegno grandi invalidi dell'AI), "in linea di principio, l'ufficio AI procede inoltre ad un accertamento sul posto. Vanno accertati la grande invalidità, un eventuale onere d'assistenza supplementare (per i minorenni) e il luogo di soggiorno (a domicilio o in un istituto, v. N. 8003 segg.). Le indicazioni fornite dall'assicurato, dai genitori o dal rappresentante legale vanno valutate criticamente. L'inizio della grande invalidità ed eventualmente dell'onere d'assistenza supplementare deve essere stabilito con la massima precisione possibile". Inoltre, "nei casi di cui al N. 8130 (nb: fra i quali nel caso della "prima domanda per l'ottenimento di un AGI") occorre sempre eseguire un accertamento sul posto. Negli altri casi l'ufficio AI decide se si possa rinunciare a un accertamento sul posto". Infine, secondo la cifra 8133 CIGI, "in caso di divergenze sostanziali tra il medico curante e il rapporto d'accertamento, l'ufficio AI deve chiarire la situazione svolgendo una verifica mediante domande mirate e coinvolgendo il SMR. Per il resto si applica la CPAI". Secondo la giurisprudenza, un rapporto d'inchiesta circa la grande invalidità (art. 9 LPGGA) o la necessità di cure deve adempiere i seguenti criteri. L'estensore dell'inchiesta deve essere una persona qualificata, che conosca il contesto in cui la persona bisognosa di cura vive, nonché le affezioni (diagnosi) e limitazioni mediche e le necessità di cura. Nel rapporto devono essere contenute le indicazioni ricevute dall'assicurato e, se è il caso, le opinioni divergenti delle parti coinvolte nell'inchiesta. Il testo del relativo rapporto deve essere inoltre plausibile, dettagliato e motivato in merito ai singoli provvedimenti di cura ed assistenza da prendere in considerazione e inoltre deve corrispondere alle indicazioni acquisite in loco. Se ciò è il caso, allora il rapporto d'inchiesta acquisisce valore probatorio pieno. Il giudice delle assicurazioni sociali interviene solo in presenza di valutazioni chiaramente insostenibili, errate. Questo in considerazione del fatto che la persona competente che ha eseguito l'inchiesta possiede una conoscenza maggiore della fattispecie che il Tribunale chiamato in causa a seguito di un ricorso (DTF 140 V 543 consid. 3.2.1. con riferimenti). 2.6. Va ricordato che, al pari di ogni altra Ordinanza amministrativa, le Direttive dell'UFAS (incluse le Circolari), pur non avendo ovviamente valore vincolante di legge, si prefiggono comunque di esplicitare l'interpretazione attribuita da un'autorità amministrativa a determinate disposizioni legali al fine di favorire un'applicazione uniforme del diritto e di garantire la parità di trattamento (DTF 137 V 82 consid. 5.5 = SVR 2012 EL Nr. 1). Esse costituiscono delle istruzioni dell'autorità di vigilanza all'indirizzo degli organi esecutivi dell'assicurazione sul modo di svolgere le loro competenze. Volte ad assicurare un'applicazione uniforme delle prescrizioni legali da parte dell'amministrazione, tali istruzioni non hanno valore di legge e, di conseguenza, non vincolano né gli amministrati né i Tribunali, ma esplicano effetto solo nei confronti dell'amministrazione; esse non costituiscono delle norme di diritto federale ai sensi dell'art. 95 lett. a LTF e non devono quindi essere seguite dal giudice. Servono più che altro a creare una prassi amministrativa uniforme e presentano per tale scopo una certa utilità; non possono tuttavia uscire dal quadro stabilito dalla norma superiore che sono tenute a concretizzare. In altri termini, in assenza di lacune, le direttive non possono prevedere qualcosa di diverso da ciò che deriva dalla giurisprudenza o dalla legge (DTF 141 V 175 consid. 4.1; DTF 133 V 346 consid. 5.4.2). Non creano inoltre delle nuove regole giuridiche

e rappresentano il punto di vista dell'amministrazione sull'applicazione di una norma di diritto e non un'interpretazione vincolante delle stesse. Il giudice ne controlla liberamente la costituzionalità e la legalità e se ne deve scostare nella misura in cui esse stabiliscono delle norme non conformi alle disposizioni legali applicabili (DTF 139 V 125 consid. 3.3.4, 133 V 257 consid. 3.2, 131 V 45 consid. 2.3, 130 V 172 consid. 4.3.1, 232 consid. 2.1, 129 V 204 consid. 3.2, 127 V 61 consid. 3a, 126 V 68 consid. 4b, 427 consid. 5a). 2.7. Di principio, una procedura è avviata con il deposito della domanda dell'assicurato e si conclude con la crescita in giudicato della decisione finale. È in effetti con la presentazione della domanda che si instaura un rapporto di litispendenza tra l'assicurato e l'Ufficio AI, quest'ultimo mantenendo di principio la competenza per tutta la durata della procedura conformemente all'art. 40 cpv. 3 OAI (STCA 32.2019.149 del 6 novembre 2019 consid. 2.3. con riferimenti). Per quanto attiene alla forma della domanda, l'art. 29 cpv. 1 LPGA concede la facoltà ai singoli assicuratori di regolarsi sul punto, prescrivendo tuttavia la gratuità della consegna dei formulari per la domanda (cpv. 2) e la salvaguardia dei termini qualora l'assicurato avesse adito l'assicuratore non competente (cpv. 3). In ambito AI, la domanda di prestazioni dev'essere presentata sul modulo ufficiale ex art. 65 cpv. 1 OAI, tale disposto configurando tuttavia una disposizione d'ordine (sul tema cfr. CPAI nel suo tenore al 1. luglio 2022, nr. marginale 1015 e segg.; Kieser, Kommentar-ATSG, n. 40 e segg. ad art. 29 LPGA con rinvii giurisprudenziali e dottrinali; cfr. anche Frey/Mosimann/Bollinger, AHVG/IVG Kommentar, n. 4 e 7 ad art. 29 LPGA). Quo agli effetti della domanda per l'assicuratore, si rileva come già il titolo marginale dell'art. 29 LPGA (Rivendicazione del diritto alle prestazioni) evidenzi su cosa l'assicuratore deve determinarsi, segnatamente la richiesta dell'assicurato. Una domanda è considerata tale quando è riconoscibile la volontà dell'assicurato di "candidarsi" (ted. sich bewerben), per riprendere il termine usato nel Rapporto della Commissione degli Stati del 27 settembre 1990 relativa all'Iniziativa parlamentare sulla parte generale del diritto delle assicurazioni (FF 1991 II 259), ad una o più prestazioni assicurative. Secondo la giurisprudenza, con la domanda di prestazioni l'assicurato salvaguarda non solo i diritti che indica esplicitamente sul formulario, ma anche tutti quelli che in buona fede si può presumere in relazione con l'evento assicurativo segnalato. D'altra parte, l'Ufficio AI, pur dovendo procedere ad interpretare la domanda dell'assicurato conformemente al principio della buona fede e della massima d'ufficio, non è tenuto ad esaminare il diritto a tutte le prestazioni previste dalla legge, ma solo a quelle che possono ragionevolmente entrare in linea di conto sulla base della fattispecie e della documentazione. Qualora l'assicurato facesse valere in un secondo momento il diritto ad ulteriori prestazioni, si dovrà determinare se, sulla base di tutte le circostanze del caso di specie e alla luce del principio della buona fede, la precedente domanda di prestazioni comprendeva quella successiva (cfr. STF 9C_40/2020 del 26 giugno 2020 consid. 5.1. con rinvii giurisprudenziali; STCA 32.2019 consid. 2.3.; Kieser, op. cit., Kommentar-ATSG, n. 34 e seg. ad art. 29 LPGA con rinvii giurisprudenziali). A tal proposito va sottolineato che anche uno scritto non ossequioso delle forme previste può costituire una domanda di prestazioni (cfr. art. 29 cpv. 2 e 3 LPGA), a patto che la volontà di chiedere una prestazione emerga in modo chiaro, ciò che non è il caso qualora l'assicurato si limiti a descrivere la fattispecie che potrebbe conferirgli il diritto a prestazioni (STFA I 670/02 dell'8 aprile 2005 consid. 2.1. con riferimenti giurisprudenziali; Forster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, in: RBS 2021, pag. 308 e seg.). 2.8. Nella DTF 136 V 369 il Tribunale federale ha stabilito che la forza di crescita in giudicato di decisioni (amministrative, su opposizione o su ricorso) relative a

prestazioni ricorrenti nell'ambito delle assicurazioni sociali è di principio temporalmente illimitata, estendendosi sia ai presupposti che ai fattori per la modulazione della prestazione, fintanto che al momento dell'emanazione della decisione essi si riferiscano a fattispecie concluse nel tempo. Simili elementi di motivazione della decisione cresciuta in giudicato non sono perciò suscettibili di riesame nell'ambito di una revisione o di una nuova domanda, né vi si può rinvenire, a meno che non sussista un nuovo caso di assicurazione (consid. 3.1.1. e seg. con molteplici rinvii giurisprudenziali e dottrinali). Ciò comporta che se l'assicurato, pur rilevando (validi) motivi per opporsi, rispettivamente impugnare la decisione rimane passivo, tale omissione non potrà essere successivamente sopperita, neppure appellandosi all'obbligo dell'amministrazione di procedere ad una valutazione completa "a tutto tondo" (ted. allseitige Prüfung) (DTF 147 V 213 consid. 6.2.2.). Nella STF 8C_488/2021 del 26 luglio 2021 (consid. 4. e seg.), l'Alta Corte ha confermato che l'AGI configura una prestazione ricorrente e che pertanto alle decisioni afferenti al diritto all'AGI torna applicabile la suevocata giurisprudenza (sottolineature del redattore): " Es ist nicht ersichtlich, weshalb der Anspruch auf einen zusätzlich zur Hilflosenentschädigung ausgerichteten Intensivpflegezuschlag (art. 42ter Abs. 3 IVG) anders beurteilt werden sollte. Wie bei einer Rentenleistung handelt es sich sowohl bei der Hilflosenentschädigung als auch beim Intensivpflegezuschlag um eine Dauerleistung, die nur – unter Vorbehalt der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 1 oder 2 ATSG – nach den Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 2 ATSG abänderbar ist, was eine erhebliche Änderung des ihr zu Grunde liegenden Sachverhalts voraussetzt. [...]" (consid. 5.; cfr. anche DTF 135 V 148 consid. 5.1. e seg.). Sul tema vedasi anche la recente STCA 32.2022.9 del 18 luglio 2022 (consid. 2.7.) di cui è prevista la pubblicazione. 2.8.1. Come esposto in narrativa (cfr. supra consid. 1.9.), l'insorgente sostiene che, unitamente alla refertazione medica agli atti, le sue asserzioni rese nel corso degli anni contestualmente alle domande di (revisione di) rendita AI e al rapporto d'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica (oltre che alle domande d'AGI presentate su formulario ufficiale) avrebbero dovuto essere interpretate dall'Ufficio AI quali domande d'AGI e, conseguentemente, l'amministrazione avrebbe dovuto procedere con un'inchiesta domiciliare per accertare l'eventuale diritto all'assegno (cfr. supra consid. 2.5.). A mente della ricorrente, tale agire s'imponeva già nell'ambito della revisione d'ufficio della rendita del 2003, ritenuto che la dr.ssa _____ nel rapporto di decorso del 23 settembre 2003 (doc. 77 incarto AI) indicava la necessità di ricorrere regolarmente all'aiuto di terzi per indossare certi vestiti; se l'Ufficio AI avesse fatto esperire un'inchiesta domiciliare già in quel momento, soggiunge la ricorrente, lo stato di bisogno conferente un diritto all'AGI sarebbe stato accertato già dal 2003. In ogni caso, tale stato di bisogno sarebbe comprovato anche dalle successive asserzioni e refertazioni mediche pervenute all'amministrazione nel corso degli anni successivi (cfr. ad esempio il rapporto d'inchiesta del 3 dicembre 2004, doc. 88 incarto AI; questionari di revisione della rendita del 2008 e del 2011, docc. 107 e 120 incarto AI; questionario di revisione della rendita del 25 maggio 2018, doc. 210 incarto AI), con conseguente insorgenza del diritto all'AGI ben prima di quanto determinato dall'amministrazione, al più tardi come da petitum. Questa Corte rileva innanzitutto che a prescindere da quelle che l'insorgente ritiene configurare precedenti domande AGI rimaste asseritamente inevase (cfr. supra consid. 1.9.) e da precedenti errori di procedura (leggasi: l'inchiesta domiciliare che secondo la ricorrente avrebbe dovuto aver luogo già nel 2003 ed in ogni caso nelle successive segnalazioni occorse durante gli anni e che la ricorrente ritiene, come detto, configurassero domande d'AGI), la domanda di assegno del 30

novembre/6 dicembre 2016 è stata respinta con decisione del 29 marzo 2017, decisione cresciuta incontestata in giudicato (cfr. supra consid. 1.4.). In applicazione della citata DTF 136 V 369 (cfr. supra consid. 2.8.), nel caso che ci occupa il potere cognitivo di questo Tribunale non può avere per oggetto la situazione che precede il momento della crescita in giudicato della decisione amministrativa del 29 marzo 2017, quest'ultima avendo reso vincolante la fattispecie e i mezzi di prova presentati fino a tale momento. Conformemente alla citata pronunzia, gli elementi valutati dall'amministrazione non sono dunque suscettibili di riesame nell'ambito di una revisione o di una nuova domanda, a meno che non insorga un nuovo caso di assicurazione. Del resto, non si ravvisano motivi, e l'assicurata neppure ne adduce, che le avrebbero impedito di impugnare la decisione, motivando l'impugnativa con la mancata inchiesta domiciliare (cfr. DTF 147 V 213 consid. 6.2.2.). Il medesimo discorso vale anche per le asserite precedenti domande di AGI: se l'assicurata, come sostiene in questa sede, avesse davvero ritenuto che l'amministrazione doveva interpretare le sue segnalazioni sulle problematiche del quotidiano e il bisogno dell'assistenza quali domande d'AGI, ella avrebbe dovuto – in applicazione del principio della buona fede – perlomeno in un secondo momento esplicitare la propria richiesta invece di lasciare trascorrere (asseritamente) inevase tali segnalazioni e contestare a distanza di anni l'inagire dell'Ufficio AI (a tal proposito cfr. supra consid. 2.7.).

2.8.2. L'11 settembre 2017 la dr.ssa _____ ha formulato domanda di “ rivalutazione delle prestazioni sociali della paziente ”, descrivendone una perdita di peso, disturbi dell'equilibrio ed una cattiva compliance riferita alla problematica psichiatrica (doc. 201 incarto AI). Il medico SMR, non rilevando alcuna nuova (e pertinente) informazione di natura medica, ha ritenuto ingiustificata l'entrata in materia (doc. 202 incarto AI). Questa presa di posizione è stata confermata dal medico SMR (doc. 207 incarto AI) anche dopo aver vagliato lo scarno (e neppure datato) certificato della dr.ssa _____ (doc. 205 incarto AI). L'Ufficio AI ha dunque evaso la domanda con decisione del 15 novembre 2017 (doc. 208 incarto AI), debitamente preavvisata (doc. 203 incarto AI). A mente di questo Tribunale, l'accertamento del medico SMR non presta il fianco a critiche, ritenuto peraltro che la domanda di prestazioni redatta dalla curante si focalizzava sulle ristrettezze economiche del nucleo familiare dell'assicurata, ipotizzando che il calo del peso fosse dovuto ad una dieta insufficiente, a sua volta riconducibile alla situazione finanziaria della famiglia. Inoltre, anche se per ipotesi di lavoro la domanda formulata dalla curante fosse (stata) da interpretare come una (nuova) domanda d'AGI, non avendo l'assicurata impugnato la decisione di non entrata in materia, rispettivamente essendo quest'ultima cresciuta incontestata in giudicato, come detto il TCA non ha potere d'esame sui fatti intervenuti e i mezzi di prova valutati fino alla crescita in giudicato della decisione amministrativa (cfr. supra consid. 2.8. e seg.).

2.8.3. Come esposto in narrativa (cfr. supra consid. 1.6.), nel formulario del 25 maggio 2018 (Questionario: Revisione della rendita d'invalidità/Assegno per grandi invalidi) l'assicurata aveva indicato chiaramente, tra l'altro, la necessità di far capo in particolare alla figlia _____ per espletare molteplici atti ordinari, allegando il rapporto medico del dr. _____ datato 6 giugno 2018 (doc. 211 incarto AI) e quello della dr.ssa _____ del 10 giugno 2018 (doc. 212 incarto AI). Il dr. _____, descritta in particolare un'affezione psichiatrica ancora non definita, alla domanda a sapere se l'assicurata fosse limitata nelle mansioni domestiche (conduzione dell'economia domestica, alimentazione, pulizia dell'abitazione, acquisti, bucato, cura dei bambini), ha indicato “ moderatamente limitata ” (doc. 211, pag. 601 incarto AI, sottolineatura del redattore). Al suo rapporto, il curante ha allegato anche quelli del dr. _____

(specialista in neurologia) del 15 e del 25 maggio 2018 (pagg. 603-606 incarto AI), del dr. _____ (specialista in neurologia) del 16 gennaio 2018 (pagg. 607-609 incarto AI), del dr. _____ (specialista in medicina interna generale) del 10 aprile 2014 (pagg. 610-612 incarto AI) e del dr. _____ (specialista in psichiatria e psicoterapia) del 15 novembre 2011 (pag. 613 incarto AI). La dr.ssa _____, alla domanda a sapere in quale misura RI 1 fosse limitata nelle mansioni domestiche (conduzione dell'economia domestica, alimentazione, pulizia dell'abitazione, acquisti, bucato, cura dei bambini), ha apposto una croce alla voce " Non è possibile rispondere " (doc. 212, pag. 619 incarto AI). Vagliata la documentazione medica di cui sopra, il medico SMR, non ravvisando nuovi e ben definiti elementi medici suscettibili di modificare la precedente valutazione dello stato di salute dell'assicurata, ha altresì negato l'esistenza di ragioni mediche che giustificano l'aiuto da parte di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita (docc. 214, 215 e 217 incarto AI). Con scritto del 12 settembre 2018 l'Ufficio AI ha comunicato all'assicurata che avrebbe continuato a percepire la medesima rendita, non avendo rilevato alcun cambiamento della situazione valetudinaria. Questa Corte, vagliata attentamente la refertazione medica allegata al questionario, condivide integralmente le conclusioni del medico SMR. In effetti, oltre ad una diagnosi non ancora ben definita in ambito neurologico (potenziale forma di epilessia), la documentazione non permette certo di ritenere adempiuti i presupposti per considerare l'assicurata una grande invalida ai sensi di legge (cfr. supra consid. 2.2. e segg.). Va qui rilevato che le comunicazioni dell'amministrazione (ted. formlose Verfügungen) non costituiscono delle decisioni amministrative formali in senso stretto. In effetti, benché di principio i rapporti giuridici nelle assicurazioni sociali sono regolati tramite decisioni amministrative, il legislatore ha voluto mantenere la possibilità di regolare alcuni aspetti di tali rapporti tramite transazioni e comunicazioni informali (c.d. De-facto Erledigung). Questa concezione è ancorata nella parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, libere le singole leggi di precisare le questioni che necessitano di una decisione formale e quelle che possono, in prima battuta, essere regolate in modo informale (DTF 132 V 412 consid. 2.2.). Ciò è avvenuto, ad esempio, in ambito AI (cfr. art. 74 ter OAI). Sotto il profilo del contenuto, la comunicazione deve sempre contenere l'indicazione circa la possibilità dell'assicurato di richiedere una decisione formale impugnabile, a prescindere dal fatto che la singola legge (come nel caso dell'art. 74 quater OAI) espliciti tale aspetto e conformemente al diritto di consulenza ex art. 27 cpv. 2 LPGA (DTF 132 V 412 consid. 3.). In ambito AI, tale aspetto è disciplinato all'art. 74 quater cpv. 1 OAI. Pertanto, la comunicazione informale, di per sé, non può essere oggetto d'impugnazione: se l'assicurato non concorda con quanto comunicatogli informalmente, egli dovrà entro il termine indicatogli dall'amministrazione, richiedere la notifica di una decisione formale ed impugnare quest'ultima (Sentenza IV 2015/98 del 20 settembre 2016 del Tribunale cantonale delle assicurazioni di San Gallo, consid. 1.3.). Quo agli effetti di una comunicazione, l'Alta Corte ha stabilito che " Die Rechtsbeständigkeit gilt bei Zulässigkeit formloser Verfügungen als eingetreten, wenn anzunehmen ist, eine versicherte Person habe sich mit einer getroffenen Regelung abgefunden, was dann der Fall ist, wenn die nach den Umständen zu bemessende Überlegungs- und Prüfungsfrist abgelaufen ist, welche der versicherten Person zusteht, um sich gegen das faktische Verwaltungshandeln zu verwahren " (DTF 132 V 412 consid. 5 con rinvii giurisprudenziali, sottolineature del redattore). Detto altrimenti, qualora l'assicurato non dovesse contestare la comunicazione chiedendo la notifica di una decisione formale entro il (congruo) termine assegnatogli dall'amministrazione, la comunicazione informale diverrà vincolante, a prescindere dalla

correttezza del suo contenuto (cfr. la citata IV 2015/98 consid. 1.4. e STCA 32.2019.149 del 6 novembre 2019 consid. 2.3.). Quanto precede trova conferma nel fatto che anche le comunicazioni possono essere oggetto di riconsiderazione (cfr. STCA 32.2022.8 del 16 marzo 2022 consid. 2.4.1. con rinvii giurisprudenziali e dottrinali). In concreto, la questione a sapere se l'amministrazione avesse dovuto emanare anche una decisione con esplicito riferimento al rifiuto dell'AGI non va qui approfondita, giacché, anche in questo caso, l'assicurata ha omesso di richiedere l'emanazione di una decisione soggetta a ricorso, facoltà esplicitamente segnalata nella comunicazione del 12 settembre 2018 (doc. 218, pag. 627 incarto AI: "Se non è pienamente d'accordo, può richiedere una decisione soggetta a ricorso. La richiesta firmata e brevemente motivata, deve essere inoltrata per iscritto entro 30 giorni [...]"). Qualora la ricorrente si fosse prevalsa di tale facoltà e l'Ufficio AI fosse rimasto silente, ella avrebbe potuto adire al TCA con un ricorso per denegata giustizia. A ciò si aggiungano le indicazioni dei curanti riportate sopra, che evidentemente non depongono a favore della tesi dell'insorgente. Si deve dunque concludere, in applicazione della surriferita giurisprudenza, che l'assicurata si è trovata d'accordo con quanto comunicato dall'amministrazione con lo scritto del 12 settembre 2018. Conseguentemente, la valutazione dell'amministrazione risulta vincolante, il potere cognitivo del TCA venendo nuovamente temporalmente limitato dalla crescita in giudicato della comunicazione dell'Ufficio AI. Visto quanto precede, la domanda tendente al riconoscimento del diritto ad un AGI di grado medio a far tempo dal 1. giugno 2017 va respinta. 2.8.4. Come esposto in narrativa (cfr. supra consid. 1.7.), la curante ha segnalato nel 2019 un peggioramento dello stato di salute a seguito della conferma della presenza di anomalie di aspetto epilettiforme, mentre nel "Questionario: Revisione della rendita/Assegno per grandi invalidi", l'assicurata ha nuovamente indicato la necessità di aiuto regolare e notevole per vestirsi/svestirsi, alzarsi/coricarsi, la cura del corpo, spostarsi, mantenere i contatti sociali e di sorveglianza diurna e notturna, confermando altresì la necessità di organizzazione della realtà quotidiana tramite il sostegno dei figli. L'amministrazione ha dunque sottoposto le refertazioni mediche unitamente al rapporto dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica al SMR e, facendone proprie le conclusioni, ha ritenuto accertato un peggioramento dello stato valetudinario con conseguente aumento del grado d'invalidità al 55% conferente diritto a ½ rendita dal 1. febbraio 2019. Tuttavia, anche in questo caso senza procedere con un'inchiesta domiciliare per l'AGI, con decisione datata 29 aprile 2021 l'Ufficio AI ha respinto la domanda d'assegno su indicazione dei medici SMR; questi ultimi avevano ritenuto i certificati medici dei curanti – presentati quali osservazioni al preavviso – inconferenti. Diversamente da quanto avvenuto precedentemente, in quest'occasione la ricorrente ha impugnato la decisione del 29 aprile 2021 con ricorso al TCA, censurando, tra l'altro, il fatto che l'amministrazione non abbia mai esperito un'inchiesta domiciliare per valutare il diritto all'AGI (doc. 265, pag. 808 e segg. incarto AI) e allegando in particolare i rapporti medici della curante dr.ssa _____ del 13 aprile 2021 (pag. 829 incarto AI) e quello della dr.ssa _____ del 20 aprile 2021 (pag. 835 incarto AI). Questi rapporti sono stati considerati dal medico SMR sufficienti per effettuare un'inchiesta domiciliare, da cui l'adesione da parte dell'Ufficio AI alla richiesta dell'assicurata di procedere in tal senso e, di conseguenza, l'accoglimento del gravame da parte del TCA. Esperita l'inchiesta domiciliare il 19 gennaio 2022, il consulente AI ha chiesto il 26 gennaio 2022. al medico SMR se "i rapporti medici della dr.ssa _____ del 13.04.2021 e della dr.ssa Aletti del 30.04.2021, permettono di considerare l'inizio dell'anno di carenza del danno alla salute

dell'assicurata a decorrere dal mese di aprile 2021 ” (doc. 276 incarto AI). Il 28 gennaio 2022 il medico SMR si è così espresso: “[...] dal punto di vista medico la dottoressa _____ [...] segnala come dal 23.11.2020 l'assicurata benefici di una presa a carico medica psichiatrica e multidisciplinare, pertanto tale data va presa in considerazione come data di inizio anche di eventuali bisogni di assistenza dell'assicurata nello svolgimento degli atti ordinari della vita ” (doc. 277 incarto AI). Conseguentemente, nel rapporto del 31 gennaio 2022 dell'inchiesta domiciliare, il consulente _____ ha ritenuto l'assicurata dipendente da terzi per quattro atti ordinari della vita e necessitante di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. “ La situazione descritta è tale dal mese di novembre 2020 ”, con il versamento dell'AGI di grado medio “ a decorrere dal mese di novembre 2021, un anno dopo l'inizio della dipendenza ” (doc. 278, pag. 865 incarto AI). In concreto il medico SMR riconduce il bisogno regolare e notevole di terzi nello svolgimento degli atti ordinari della vita e nell'organizzazione della realtà quotidiana al momento della presa a carico multidisciplinare da parte del Servizio _____ di _____ (_____), ossia al 23 novembre 2020, come attestato dalla dr.ssa Aletti nel suo rapporto del 30 aprile 2021. L'insorgente chiede il riconoscimento del diritto all'AGI a far tempo dal 1. agosto 2021, ossia ad un anno dal rapporto del 29 agosto 2020 della dr.ssa _____ (cfr. supra consid. 1.7.). Quest'ultimo, corredato da ulteriore refertazione medica agli atti e riportata nel ricorso, indicherebbe, a mente dell'insorgente, come il bisogno di assistenza da terzi fosse già dato il 29 agosto 2020. A tal proposito, come rettamente rilevato dall'amministrazione, l'insorgente ha riportato nell'allegato ricorsuale dei frammenti di documentazione pregressa che, come già visto in precedenza, è stata ritenuta insufficiente per oggettivare il costante e durevole bisogno dell'aiuto di terzi per eseguire gli atti ordinari della vita e, dunque, il diritto all'AGI. Infatti, tale refertazione, che consiste prevalentemente in certificazioni dei curanti rese nel corso degli anni e asserzioni della ricorrente, rispettivamente della di lei figlia, evidenziavano certamente uno stato valetudinario compromesso, senza tuttavia oggettivare sufficientemente le condizioni conferenti diritto all'AGI. Certo, se l'amministrazione avesse agito immediatamente come poi fatto, ossia sperendo un'inchiesta domiciliare, non è da escludere che le condizioni per il diritto all'AGI sarebbero state rilevate ben prima. Tuttavia, non avendo l'insorgente sollecitato tale procedere, eventualmente adendo anche al TCA (cfr. supra consid. 2.8., 2.8.1. in fine, 2.8.2. in fine e 2.8.3.), essa deve assumersi le conseguenze di una (eventuale) carenza probatoria in questa sede. Quo al certificato medico del 29 agosto 2020 della dr.ssa Podella Turano, giova riportare le considerazioni afferenti alle ripercussioni dello stato valetudinario dell'assicurata nello svolgimento delle sue attività ordinarie, (sottolineature del redattore): “ [...] sono in grado adesso di confermare la diagnosi [di sindrome dissociativa con crisi psicogene non epilettiche, n.d.r.], che pur non avendo la dignità istituzionalmente riconosciuta di una sindrome epilettica, comporta forse un carico ancora più elevato sia sul piano clinico, sia sul piano terapeutico, sia sul piano sociale. ” “ Le crisi della paziente, determinate dall'enorme carico psichico, rappresentano il focus su cui ruotano le vite non solo della paziente, ma anche dei due figli, _____, praticamente autonominatasi infermiera della madre, e _____, poco cosciente della gravità delle condizioni della madre ma testimone emotivamente coinvolto nelle manifestazioni cliniche di essa.” A mente di questa Corte, il certificato della curante, il cui valore probatorio è di per sé relativo (cfr. pro multis STCA 32.2021.87 del 7 marzo 2022 consid. 2.4. con molteplici rinvii giurisprudenziali), non è sufficiente a fissare ad agosto 2020 il momento a partire dal quale l'insorgente aveva necessità di aiuto regolare e notevole di terzi nello

svolgimento degli atti ordinari della vita o il bisogno dell'aiuto di terzi nell'organizzazione della realtà quotidiana, la curante non essendosi espressa esaustivamente circa i singoli atti quotidiani ordinari, limitandosi a osservazioni troppo generiche. Per tacere della considerazione – censurabile – secondo cui “ Si può evitare lo stimolo alla persistenza delle crisi, eliminando la preoccupazione economica della paziente ”, ciò che ne relativizza ulteriormente il valore probatorio. La necessità di bisogno per espletare gli atti ordinari dell'attività quotidiana è stata per contro maggiormente sostanziata nel rapporto medico del 30 aprile 2021 della dr.ssa _____ (doc. 265, pag. 836) di cui si riproducono degli estratti (sottolineature del redattore): " La signora RI 1 [...] è seguita dal Servizio _____ di _____ dal 23.11.2020 e usufruisce di una presa a carico multidisciplinare medica, infermieristica e psicoterapeutica." “[...] La paziente presenta una marcata sintomatologia ansiosa, che la porta all' evitamento di tutte le situazioni sociali e difficoltà nell'esecuzione delle più ordinarie attività di vita quotidiana .” " [...] gli episodi sono testimoniati dalla figlia , principale caregiver della paziente, che dedica l'intera giornata all'accudimento della madre. ”. In effetti, la stessa dr.ssa _____ con il certificato del 13 aprile 2021 ha poi sostanziato maggiormente il bisogno di aiuto di terzi dell'insorgente (sottolineatura dal redattore): " La persistenza delle crisi notturne e la pericardite prostrano la paziente che conduce intere giornate senza uscire, depressa, mutacica, sorvegliata costantemente dalla figlia ”, che “[le affezioni di cui l'assicurata soffre] comportano per la paziente il bisogno continuativo di assistenza quotidiana e di accompagnamento in attività anche semplici, domestiche ed esterne. ” e che “ Le condizioni scadenti della paziente necessitano pertanto di assistenza quotidiana, che non può e non deve pesare tutta sulla giovane figlia ormai annichilita nel suo ruolo di care giver della madre .”. Tutto bene considerato, il TCA ritiene che la documentazione agli atti non sia sufficiente a provare con il grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6, 126 V 360) che nell'agosto del 2020 le condizioni conferenti il diritto ad un AGI di grado medio fossero già adempiute. Conseguentemente, la domanda dell'insorgente formulata in via subordinata e tendente al riconoscimento del diritto ad un AGI di grado medio con accompagnamento dal 1. agosto 2021, ossia dopo l'anno d'attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, va respinta. Occorre precisare che questa Corte non può escludere con certezza che lo stato di necessità di aiuto notevole e costante da parte di terzi per espletare le attività quotidiane ordinarie fosse presente dopo l'agosto del 2020 ma prima di novembre 2020. D'altronde, neppure l'amministrazione ha escluso tale evenienza, osservando comunque che è solo dal novembre 2020, ossia con il peggioramento dello stato di salute comportante la presa a carico psichiatrica e multidisciplinare, che si è palesato un “ maggior bisogno di aiuto di terzi, che poteva da allora essere considerato regolare e notevole ”. D'altra parte, l'insorgente non ha presentato nelle more ricorsuali nuova refertazione medica atta ad inficiare l'accertamento del medico SMR e del consulente _____ (sul tema del valore probatorio dell'inchiesta domiciliare cfr. STFA I 138/02 del 27 ottobre 2003 consid. 6.1.2. e seg.). 2.9. In sintesi, il TCA può far propria la presa di posizione dell'Ufficio AI circa le censure ricorsuali: “ tutti i passaggi riportati dalla ricorrente, estrapolati dalla documentazione medica agli atti, siano riferiti a dolori, difficoltà e impedimenti parziali e/o transitori ma non è mai stata medicalmente oggettivata la necessità di aiuto regolare e notevole per gli atti ordinari della vita ” e che “ È indubbio che determinati sintomi, ripresi dalla documentazione medica e istruttoria e riportati nel ricorso fossero presenti già da anni, ma questo ancora non vuol dire che essi fossero di entità tale da rendere necessario un aiuto regolare e notevole per gli atti

ordinari della vita. ”. Visto tutto quanto precede, il ricorso va integralmente respinto. 2.10. Secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell’art. 83 LPGGA in combinazione con l’art. 69 lett. a e f bis LPGGA nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell’AI è soggetta a spese. L’entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l’esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell’insorgente.

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