

## **TI\_GERICHTE 30.2018.14 vom 7. Oktober 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-10-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_30.2018.14\\_d20161007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_30.2018.14_d20161007)

FR: TI\_GERICHTE 30.2018.14 du 7 octobre 2016

IT: TI\_GERICHTE 30.2018.14 del 7 ottobre 2016

### **Regeste**

Domanda di aumento del grado AGI. Gli effetti della revisione decorrono dall'inoltro della richiesta documentata (cartacea, no orale). La Cassa non ha mai ricevuto il formulario inviato dalla clinica un anno prima, che non è un'autorità incompetente ai sensi della legge. Ass. doveva informare subito Cassa

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

cpv. 1 LPGA (art. 46 cpv. 1 LAVS). Per l'art. 46 cpv. 2 LAVS, se l'assicurato fa valere il diritto a un assegno per grandi invalidi più di dodici mesi dopo il sorgere di tale diritto, l'assegno gli è pagato soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta, in deroga all'art. 24 cpv. 1 LPGA. Sono accordati pagamenti retroattivi per periodi più lunghi, se l'assicurato non poteva conoscere i fatti determinanti il suo diritto alle prestazioni e se presenta la sua richiesta entro dodici mesi a partire dal momento in cui ha avuto conoscenza di tali fatti. Secondo l'art. 9 LPGA, è considerato grande invalido colui che, a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita. Gli atti ordinari della vita sono i seguenti (DTF 127 V 97; DTF 125 V 303; DTF 117 V 146 consid. 2): - vestirsi/svestirsi - alzarsi/sedersi/coricarsi - mangiare - provvedere all'igiene personale (cura del corpo) - andare al gabinetto (fare i propri bisogni) - spostarsi (in casa e all'esterno) e stabilire contatti sociali. L'art. 66bis cpv. 1 OAVS dispone che l'art. 37 cpv. 1, 2 lett. a e b e 3 lett. a-d OAI è applicabile per analogia alla valutazione della grande invalidità. L'art 37 OAI definisce la grande invalidità di grado elevato, di grado medio e di grado lieve, mentre l'art. 38 OAI il bisogno di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. 2.2. Nell'evenienza concreta, l'8 febbraio 2018 (doc. 15) il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in geriatria e medicina interna generale, ha compilato l'apposito modulo di richiesta di un assegno per grandi invalidi AVS per RI 1, indicando essere presente una demenza di Alzheimer e una schizofrenia cronica. Il 14 febbraio 2018 (doc. 13) il medico curante ha quindi informato l'Ufficio AI che la situazione cognitiva-funzionale del paziente era molto peggiorata nel corso dell'ultimo anno e mezzo e quindi chiedeva una rivalutazione del grado di invalidità, che egli reputava essere elevato vista la dipendenza da terzi per tutti gli atti ordinari della vita. Contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, l'art. 69bis cpv. 1 OAI dispone espressamente che il modulo di richiesta dell'AGI deve contenere tutte le indicazioni necessarie per la determinazione del diritto all'assegno per grande invalido. Non è dunque sufficiente una comunicazione orale alla Cassa cantonale di compensazione da parte dell'assicurato sulle sue condizioni e ciò non solo nell'ambito della prima domanda di prestazioni, ma anche quando si tratta di una domanda di revisione. Infatti, l'art. 66bis cpv. 2 OAVS prevede che gli artt. 87-88bis OAI sono applicabili per analogia alla revisione

dell'assegno per grandi invalidi dell'AVS. Ora, secondo l'art. 87 cpv. 2 OAI, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Ciò è evidentemente possibile soltanto se la domanda viene fatta per iscritto e quindi se si dimostra, mediante certificati medici o altra documentazione valida, che le condizioni si sono modificate. Pertanto, quando anche la moglie del ricorrente avesse effettivamente telefonato più volte alla Cassa di compensazione per avvisare del peggioramento delle condizioni di salute del marito, ad ogni modo tale circostanza doveva essere debitamente comprovata mediante specifica documentazione medica, ciò che in concreto è avvenuto soltanto il 14 febbraio 2018 con lo scritto del dr. \_\_\_\_\_ e con l'apposito formulario compilato l'8 febbraio 2018. 2.3.

La costante giurisprudenza ha stabilito che qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibili di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGa. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Nella DTF 133 V 108, modificando la giurisprudenza, l'Alta Corte ha stabilito che il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado d'invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alle prestazioni è, dal profilo temporale, l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 30/31, pag. 430-433). Nella sentenza pubblicata in DTF 130 V 64 il TFA ha precisato che nel caso in cui l'assicurato non ha reso verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non risulta essere applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita (rispettivamente nella domanda di revisione) l'assicurato non rende verosimile la rilevante mutazione, facendo tuttavia riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione, quest'ultima deve impartire all'interessato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l'avvertenza che in caso contrario non entrerà nel merito della domanda (DTF 130 V 64 consid. 5.2.5). Va ancora rilevato che per quanto concerne l'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento e non è richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida nell'ambito delle assicurazioni sociali. Non è necessario portare la prova piena per convincere l'amministrazione che è subentrato un rilevante cambiamento rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato. È tuttavia sufficiente che in tal senso vi siano indizi per una simile modifica, anche se permane la possibilità che un'analisi

approfondita dimostri che questo cambiamento in realtà non è subentrato (STF 9C\_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 4.2; STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3; STF 9C\_688/2007 del 22 gennaio 2008; STF I 55/07 del 26 novembre 2007; SVR 2002 IV Nr. 10 consid 1c/aa). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 3 e 4 OAI del rilevante cambiamento (“(…) Aus dem Normzweck ergibt sich, dass die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen hat, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen sind (BGE 109 V 114 Erw. 2b, 123 Erw. 3b und 264 Erw. 3, je mit Hinweisen)(…)” , riportato nella STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3). Va ricordato che l’art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d’invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d’ufficio o su richiesta. Per l’art. 17 cpv. 2 LPGA, ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d’ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l’hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell’art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). 2.4. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L’art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell’8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L’art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un’invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Quanto agli effetti della revisione, per l’art. 88bis cpv. 1 OAI l’aumento della rendita, dell’assegno per grandi invalidi e del contributo per l’assistenza della rendita avviene al più presto: a. se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata; b. se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista. In virtù dell’art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell’assegno per grandi invalidi o del contributo per l’assistenza è messa in atto, in particolare, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L’art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer , Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller , Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l’applicazione dell’art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell’AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l’art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l’assicurato ha violato il suo obbligo di

informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). Per quanto concerne la censura del ricorrente secondo cui l'art. 88bis OAI non sarebbe applicabile al caso di specie in quanto il rinvio dell'art. 66bis cpv. 2 OAVS sarebbe contrario alla LAVS, come tale essa non va tutelata. Va al riguardo citata la STFA I 244/04 del 7 settembre 2005, in cui l'Alta Corte ha accolto il ricorso di un assicurato contro la sentenza del TCA con cui la causa è stata rinviata all'Ufficio AI con l'invito ad esaminare approfonditamente, mediante una valutazione reumatologica, in quale misura l'insorgente fosse ancora in grado, almeno sino al momento della resa del querelato provvedimento, di svolgere la sua ultima attività. Al considerando 6, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha accolto il ricorso di diritto amministrativo nel senso della richiesta principale dell'assicurato e ha ritornato gli atti all'amministrazione. A titolo abbondanziale, l'Alta Corte ha ricordato che “ un eventuale aumento dell'attuale mezza rendita del ricorrente potrà in ogni caso al più presto avvenire a partire dal giugno 2000, mese, questo, in cui la domanda di revisione è stata in concreto inoltrata (cfr. art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI). ”. Alla luce di ciò, non v'è dubbio alcuno che anche nel caso in esame il TCA debba riconoscere l'aumento del grado della grande invalidità del ricorrente a decorrere dalla domanda di revisione che sua moglie e il Servizio sociale della Clinica \_\_\_\_\_ hanno compilato (verosimilmente) nel mese di febbraio 2018 e che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha avallato l'8 febbraio 2018. Ad ogni modo, la domanda di revisione è stata ribadita più esplicitamente dal medico curante il successivo 14 febbraio 2018. È dunque soltanto a decorrere dal mese di febbraio 2018 che può essere concesso l'aumento a grado medio dell'AGI AVS. La circostanza che lo stesso dottor \_\_\_\_\_ abbia indicato nel suo predetto scritto che era da un anno e mezzo che la situazione cognitiva-funzionale dell'assicurato era molto peggiorata, non può portare a un diverso risultato. Il TCA ricorda, infatti, come nella richiesta di revisione si debba dimostrare che il grado di grande invalidità sia cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni e ciò è avvenuto soltanto con il certificato medico del 14 febbraio 2018. Quand'anche in quell'occasione il medico curante, o l'assicurato stesso per il tramite della moglie, avesse presentato la cartella clinica relativa alla degenza dal 29 maggio al 13 giugno 2017 presso la Clinica \_\_\_\_\_, ciò non toglie che, in virtù dell'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, gli effetti della modifica del diritto all'AGI si manifestano comunque al più presto a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata e quindi sempre da febbraio 2018.

2.5. Occorre inoltre rilevare che, proprio per le considerazioni esposte, l'art. 46 cpv. 1 LAVS invocato dall'insorgente non trova applicazione nell'evenienza concreta, non trattandosi infatti qui di recuperare il pagamento di assegni per grande invalido arretrati. Nemmeno è applicabile l'art. 46 cpv. 2 LAVS, che prevede che se l'assicurato non ha fatto valere il diritto a un assegno per grandi invalidi più di dodici mesi dopo il sorgere di tale diritto, l'assegno gli è pagato soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta, in deroga all'art. 24 cpv. 1 LPGA. Questa norma vale infatti unicamente nel caso in cui l'assicurato richiede l'AGI per la prima volta quando è trascorso più tempo rispetto all'anno di attesa previsto dall'art. 43bis cpv. 2 LAVS. È dunque certamente esclusa la domanda di revisione di cui all'art. 87 cpv. 2 OAI, a cui rinvia espressamente l'art. 66bis cpv. 2 OAVS.

2.6. Il ricorrente ha infine osservato di avere compilato l'apposito formulario di richiesta dell'AGI AVS già il 7 giugno 2017 (doc. A3) e che sua moglie avrebbe preso più volte contatto con la Cassa di compensazione per sollecitare una decisione all'invio dell'apposito formulario

nel giugno 2017. Per l'art. 28 cpv. 1 LPGA, gli assicurati e il loro datore di lavoro devono collaborare gratuitamente all'esecuzione delle varie leggi d'assicurazione sociale. Colui che rivendica prestazioni assicurative deve fornire gratuitamente tutte le informazioni necessarie per accertare i suoi diritti e per stabilire le prestazioni assicurative (art. 28 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 31 cpv. 1 LPGA, inoltre, l'avente diritto, i suoi congiunti o i terzi ai quali è versata la prestazione sono tenuti a notificare all'assicuratore o, secondo i casi, al competente organo esecutivo qualsiasi cambiamento importante sopraggiunto nelle condizioni determinanti per l'erogazione di una prestazione. Per l'art. 31 cpv. 2 LPGA, qualsiasi persona o servizio che partecipa all'esecuzione delle assicurazioni sociali ha l'obbligo di informare l'assicuratore se apprende che le condizioni determinanti per l'erogazione di prestazioni hanno subito modifiche. Pertanto, come prescrivono gli artt. 28 e 31 LPGA, l'assicurato avrebbe dovuto comunicare senza ritardo alla Cassa cantonale di compensazione il peggioramento della sua situazione, affinché il suo diritto fosse così rivisto tenuto conto dei nuovi elementi (STCA 33.2018.1 del 22 agosto 2018; STCA 36.2014.96 dell'11 marzo 2015 consid. 9).

2.7. Giova innanzitutto rammentare che nel diritto delle assicurazioni sociali, e quindi dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio. Il Tribunale accerta quindi d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente senza essere legato da regole formali. Il giudice ha inoltre facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. È dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia assoluto, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (STFA K 207/00 del 26 settembre 2001, consid. 3c; STFA K 202/00 del 18 settembre 2001, consid. 3b; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, in: Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; Kurmann, Verwaltungsverfahren und Verwaltungspflege in erster Instanz, in: Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; Beati in: Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali, Lugano 1993, pag. 1 seg.). Infatti, nella procedura amministrativa federale, il principio inquisitorio dispensa le parti dall'obbligo di provare i fatti ma non le libera dall'onere di sopportare le conseguenze della mancanza di prova, nel senso che in tal caso il giudice deciderà a sfavore di quella parte che intendeva dedurre un diritto dalla circostanza di fatto rimasta non provata. L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, dispensa dunque le parti dall'obbligo di provare, ma non le libera comunque dall'onere della prova, ossia non rende privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. Pertanto, in caso di mancanza di prove, tocca alla parte che voleva

dedurre un diritto sopportarne le conseguenze (DTF 117 V 264 consid. 3), a meno che l'impossibilità di provare un fatto possa essere imputata alla controparte (citata STFA del 26 settembre 2001, consid. 3c; citata STFA del 18 settembre 2001, consid. 3b; DTF 124 V 375 consid. 3; RAMI 1999 pag. 418, consid. 3). 2.8. In concreto, in merito alla sorte del formulario compilato il 7 giugno 2017, risulta che lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_, nel suo scritto del 14 marzo 2018 (doc. 18), ha affermato che “ Per delle ragioni che non mi è stato possibile comprendere, il formulario, che avrebbe dovuto essere completato da parte mia, non è giunto alla mia attenzione e non l’ho quindi riempito. Solo tardivamente, avvisato dalla moglie del paziente, che pensava che fosse stato riempito ed inviato, ne ho compilato una copia che vi ho mandato in data 08.02.2018. Si tratta, ovviamente, di una situazione di cui sono molto spiacente e posso testimoniare che il signor RI 1, già nel giugno 2017, risultava molto peggiorato nel suo grado di indipendenza funzionale e cognitiva. ”. Da quanto precede discende che, non avendo, per errore, seguito il suo iter e non essendo quindi stato spedito all’amministrazione dopo avere ottenuto l’approvazione del medico curante – che in specie fa per l’appunto difetto -, il formulario di richiesta dell’assegno per grandi invalidi AVS che RA 1 ha compilato e sottoscritto il 7 giugno 2017 non è senza alcun dubbio mai giunto alla Cassa di compensazione. Di conseguenza, tale domanda non può in alcun modo essere considerata come termine di partenza per gli effetti, ex art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, dell’aumento del grado della grande invalidità su esplicita domanda di revisione del ricorrente. 2.9. Nemmeno viene in aiuto all’assicurato il sollevato art. 29 LPGA: " 1 Colui che rivendica una prestazione deve annunciarsi all'assicuratore competente nella forma prescritta per l'assicurazione sociale interessata. 2 Gli assicuratori sociali consegnano gratuitamente i formulari per la domanda e per l'accertamento del diritto a prestazioni; questi formulari devono essere trasmessi al competente assicuratore dopo essere stati compilati interamente e in modo veritiero dal richiedente o dal suo datore di lavoro ed eventualmente dal medico curante. 3 Se una domanda non rispetta le esigenze di forma o se è trasmessa a un servizio incompetente, per quanto riguarda l'osservanza dei termini e gli effetti giuridici collegati alla domanda è determinante la data in cui essa è stata consegnata alla posta o inoltrata a tale servizio.”. Se la data del deposito di una domanda è contestata, spetta all’assicurato provare i fatti che allega e sopportare le conseguenze negative dell’assenza di prove (STF 9C\_402/2011 del 3 ottobre 2011 consid. 3.3; STFA I 292/69 del 5 febbraio 1970 consid. 3 in RCC 1970 pag. 476; Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 2a ed. 2009, n. 19 ad art. 29 LPGA). Inoltre, come ribadito ancora recentemente dal Tribunale federale, conformemente alla giurisprudenza relativa all’art. 29 cpv. 3 LPGA, la data determinante il rispetto dei termini e gli effetti giuridici di una domanda è quella alla quale la richiesta è stata consegnata alla posta o depositata presso questo organo (STF 9C\_573/2017 del 23 gennaio 2018 consid. 5; STFA C 272/03 del 9 luglio 2004 consid. 2.3; cfr. anche Kieser , ATSG-Kommentar, 3a ed. 2015, n. 36 pag. 461 ad art. 29 LPGA). Per servizio incompetente , si intende un’autorità incompetente, la quale ha l’obbligo di trasmettere d’ufficio gli atti a quella competente. Tale interpretazione discende dall’applicazione in connessione dell’art. 30 LPGA, giusta il quale tutti gli organi esecutivi delle assicurazioni sociali hanno l’obbligo di accettare le domande, le richieste e le memorie che pervengono loro per errore. Essi registrano la data d’inoltro e trasmettono i relativi documenti al competente servizio. Contrariamente alla tesi sostenuta dal ricorrente, la Clinica presso cui egli è stato degente nella primavera 2017 non può essere intesa come un organo esecutivo delle assicurazioni sociali. Pertanto, non è possibile applicare il principio dell’osservanza dei termini giusta l’art. 29 cpv. 3 LPGA al caso di specie e quindi

nemmeno concludere che la consegna del formulario di richiesta dell'AGI AVS il 7 giugno 2017 all'assistente sociale del predetto nosocomio stabilisca il momento a partire dal quale è stata chiesta la revisione del suo diritto all'assegno grande invalido e ne faccia esplicitare gli effetti ex art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI. Non si tratta certamente di un servizio incompetente nel senso voluto dal legislatore. Altrimenti, se si tutelasse l'interpretazione data dal ricorrente, si estenderebbe all'infinito e arbitrariamente la protezione delle rivendicazioni del diritto alle prestazioni a qualsiasi ente, istituto, associazione, persona fisica e giuridica, ecc. a cui dovesse pervenire un atto da parte degli assicurati, soluzione che contrasterebbe con la via scelta della certezza del diritto regolamentata dall'art. 29 e dall'art. 30 LPGA. 2.10. Sulla scorta delle considerazioni esposte, il TCA conferma la correttezza della decisione su opposizione della Cassa cantonale di compensazione. Ne discende, quindi, che va ribadita la decorrenza dell'aumento del diritto dell'insorgente all'AGI AVS a grado medio dal 1° febbraio 2018, ovvero dal momento in cui l'esplicita richiesta in tal senso da parte del dr. \_\_\_\_\_, unica e valida domanda di revisione, è pervenuta all'amministrazione conformemente all'art. 87 cpv. 2 OAI. Il ricorso deve pertanto essere respinto.

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