

## **TI\_GERICHTE 32.2017.127 vom 25. Juli 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-07-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.127](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.127)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.127 du 25 juillet 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.127 del 25 luglio 2017

### **Regeste**

L'Ufficio AI ha giustamente compensato la rendita attribuita retroattivamente all'assicurato con le prestazioni assistenziali anticipate dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento. Non è necessario il consenso dell'assicurato al rimborso, essendo dedotto da una norma legale. Decorrenza del D

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

luglio 2017 sono state inviate erroneamente ancora al precedente domicilio di \_\_\_\_\_. Va innanzitutto segnalato che, come figura chiaramente sulle decisioni impugnate, il ricorso deve sì avvenire entro 30 giorni dalla notifica, ma è altresì indicato che tale termine è sospeso dal 15 luglio fino al 15 agosto incluso. Pertanto, considerato che le decisioni sono state emesse durante le ferie giudiziarie, il termine legale iniziava a decorrere soltanto dal 16 agosto 2017 e quindi l'interessato aveva tempo fino al 14 settembre 2017 per contestarle davanti al Tribunale. A ben vedere, comunque, questo disguido non ha pregiudicato l'assicurato nell'agire tempestivamente inoltrando al TCA il ricorso del 22 agosto 2017, soprattutto se si pone mente che egli è riuscito comunque in una settimana a scrivere 10 fitte pagine di ricorso e ad allegare una cospicua documentazione. 2.2. Il ricorrente si è rivolto al Tribunale chiedendo, in modo un po' confuso, il versamento della somma di Fr. 64'432,25 definendola "valore complessivo economico sottratto al Grande Invalido", cifra relativa a "Spese Minime, Prestazioni Minime senza aggiunta Diritti di Complementare". Nella misura in cui l'assicurato pretende il riconoscimento dell'importo di Fr. 64'432,25 a titolo di prestazioni complementari all'AI non versategli per tutta la durata della procedura AI, tale richiesta deve essere dichiarata irricevibile. Infatti, per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 cons. 2a, DTF 110 V 51 cons. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 2005 AHV Nr. 19; SVR 1997 UV Nr. 81). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 cons. 2.1; DTF 125 V 414 cons. 1A; DTF 119 Ib 36 cons. 1b). In concreto il TCA può pronunciarsi esclusivamente sul tema oggetto della decisione impugnata e meglio l'attribuzione al ricorrente di una rendita intera di invalidità dal 1° ottobre 2012 al 31 gennaio 2014 e ancora dal 1° aprile 2014 in poi. Per contro, la questione del mancato versamento di prestazioni complementari per migliorare le sue condizioni economiche e permettergli di condurre una vita più serena dal lato finanziario e quindi anche seguire le necessarie terapie mediche, esula dalla presente vertenza ed è dunque irricevibile. Su tale argomento nessuna decisione è stata emanata secondo l'art. 49 LPGa e, pertanto, in assenza di una decisione impugnabile giusta l'art. 52 LPGa, il TCA non può pronunciarsi sul

ricorso (art. 56 LPGA). Alla stessa stregua vanno trattate le richieste ricorsuali di rimborso dei costi per la piscina (Fr. 200.-), l'elettricità (Fr. 295,15 + Fr. 375.-), la Cassa malati (Fr. 101,45 + Fr. 41,05 + Fr. 2,75 + Fr. 101,45 + Fr. 11,10) e l'Ufficio esazione e condoni (Fr. 134,65), che esulano dalla competenza dell'Ufficio assicurazione invalidità e dalle decisioni del 25 luglio 2017 ora qui impugnate davanti al Tribunale. Medesima va conclusione va tratta per la richiesta del ricorrente al TCA di avere un "sostegno definitivo" per alcune spese, quali le cure dentarie, il pagamento dell'elettricità, i premi dell'assicurazione malattia obbligatoria LAMal, l'aiuto domiciliare, i massaggi terapeutici, le cure speciali e l'aiuto domiciliare. Va comunque al riguardo rilevato che, da quanto consta al TCA, con l'attribuzione della rendita d'invalidità l'assicurato percepisce le prestazioni complementari all'AI retroattivamente dal 2012 e quindi può (in parte) beneficiare del rimborso di queste spese.

2.3. Nell'eventualità in cui il ricorrente intendesse chiedere invece all'assistenza sociale il versamento dell'importo di Fr. 64'432,25, visto che si è lamentato che tutte le spese che egli ha sopportato sono state "calcolate si nelle prestazioni assistenziali ma infine rimborsate a quest'ultima, significa non aver ricevuto alcun sostegno di Diritto al caso in questi sei anni di attesa in malattia ed infortunio costante aggravandosi" (pag. 6), va osservato quanto segue. Per quanto concerne la liceità della compensazione della rendita di invalidità operata dall'Ufficio AI a favore dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento, va rilevato che essa è avvenuta in ragione di Fr. 46'955.- per il periodo dal 1° aprile 2014 al 31 luglio 2017, mentre l'importo di Fr. 18'690.- che gli spettava per il periodo dal 1° ottobre 2012 al 31 gennaio 2014 è stato compensato per Fr. 2'345,65 e il restante ammontare di Fr. 16'344,35 è stato riconosciuto e versato all'assicurato.

2.4. Giusta l'art. 22 cpv. 1 LPGA, il diritto alle prestazioni non può essere ceduto né costituito in pegno. Qualsiasi cessione o costituzione in pegno è nulla. Per l'art. 22 cpv. 2 LPGA, i versamenti retroattivi di prestazioni dell'assicuratore sociale possono tuttavia essere ceduti:

a. al datore di lavoro o all'assistenza pubblica o privata, se questi versano anticipi; b. a un'assicurazione che fornisce prestazioni anticipate. L'art. 85bis dell'Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) precisa in proposito che: "1 I datori di lavoro, gli istituti di previdenza professionale, le assicurazioni contro le malattie, gli organismi d'assistenza pubblici o privati o le assicurazioni di responsabilità civile con sede in Svizzera che, in vista della concessione di una rendita dell'assicurazione invalidità, hanno effettuato anticipi possono esigere che si versi loro l'arretrato di questa rendita come compensazione e fino a concorrenza dei loro anticipi. È fatta salva la compensazione prevista dall'articolo 20 LAVS. Gli organismi che hanno consentito anticipi devono far valere i loro diritti per mezzo di un formulario speciale al più presto all'atto della domanda di rendita e, al più tardi, al momento della decisione dell'Ufficio AI. 2 Sono considerati anticipi le prestazioni:

a. liberamente consentite, nella misura in cui l'assicurato si sia impegnato a rimborsarle e abbia acconsentito per scritto al pagamento dell'arretrato al terzo che gli ha concesso l'anticipo;

b. versate contrattualmente o legalmente, nella misura in cui il diritto al rimborso, in caso di pagamento di una rendita, possa essere dedotto senza equivoco dal contratto o dalla legge. 3 Gli arretrati di rendita possono essere versati all'organismo che ha effettuato anticipi fino a concorrenza di questi ultimi e per il periodo nel quale sono stati forniti." La citata disposizione di legge, in essere dal 1994, non è stata modificata dall'art. 22 cpv. 2 LPGA (SVR 2007 IV Nr. 14 pag. 52) e nemmeno dalla 5a revisione dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2008. Va qui evidenziato che per poter parlare di un diritto al rimborso senza equivoco nei confronti dell'AI, il diritto deve derivare

direttamente da una norma legale o contrattuale (DTF 133 V 14 consid. 8.3 con riferimenti). A proposito dei pagamenti retroattivi effettuati a terzi, i l N. 10063 delle Direttive concernenti le rendite (DR) dell'assicurazione vecchiaia, superstiti e invalidità federale, edite dall'UFAS, valide dal 1° gennaio 2003, stato 01.01.2017, prevede quanto segue: " Gli anticipi concessi da un datore di lavoro, un istituto di previdenza del datore di lavoro, un organo di assistenza pubblico o privato oppure un'assicurazione di responsabilità civile con sede in Svizzera possono essere restituiti direttamente fino all'importo delle rendite che devono essere versate retroattivamente per lo stesso periodo ." ( la sottolineatura è della redattrice ). Per il N. 10063.1 DR, " Per «stesso periodo» si intende che l'intero periodo di compensazione va considerato come un tutt'uno e i pagamenti retroattivi non vanno ripartiti in mesi o anni civili. Tale frazionamento è possibile e necessario solo nel caso in cui il versamento di prestazioni di un terzo che ha concesso anticipi sia stato interrotto (VSI 1995 pag. 200 segg. e DTF 121 V 17)." I NN. 10065, 10066, 10067, 10068 e 1068.1 DR enunciano che: " Sono considerati anticipi che possono essere direttamente rimborsati a terzi che li hanno concessi: – le prestazioni concesse facoltativamente nell'attesa del versamento di una rendita che l'assicurato ha ottenuto con riserva del rimborso approvando per iscritto la restituzione diretta al terzo che le ha concesse; – le prestazioni concesse per contratto o per legge se dal contratto o dalla legge risulta esplicitamente il diritto al rimborso in caso di pagamento retroattivo della rendita (in questo senso, non è sufficiente che un contratto o la legge preveda semplicemente una clausola di divieto di sovrassicurazione). Sono considerate prestazioni concesse per contratto quelle che sono state versate sulla base delle condizioni assicurative generali di un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera, sono state erogate come assicurazione contro gli infortuni in campo sovraobbligatorio o sulla base di statuti di una cassa pensioni. Nel caso di prestazioni erogate in base ad una regolamentazione di legge, vanno menzionate soprattutto quelle dell'aiuto sociale pubblico. Nel caso della prestazione di un terzo, si può valutare se si tratti di un anticipo solo nel momento in cui si hanno a disposizione tutte le richieste di versamento a terzi. Se si constata che il terzo in questione avrebbe dovuto effettuare un pagamento del medesimo importo anche nel caso in cui la rendita fosse stata versata dall'inizio del diritto, non si tratta di un anticipo." ( la sottolineatura è della redattrice ). Secondo i NN. 10069, 10070 e 10071 DR, " L'accordo sottoscritto è necessario in tutti i casi in cui dal contratto o dalla legge non risulta esservi un diritto esplicito e diretto di esigere il rimborso nei confronti dell'AVS o dell'AI. Il terzo che ha concesso anticipi e che ne rivendica il rimborso deve presentare la sua richiesta per iscritto alla cassa di compensazione competente in ogni caso prima dell'emanazione della decisione d'attribuzione di una rendita. A questo scopo è preferibile utilizzare il modulo 318.183 (VSI 1993 pag. 89). Si può tener conto delle richieste di versamento retroattivo presentate da terzi che hanno concesso anticipi solo a condizione che gli organi esecutivi di altre assicurazioni sociali non facciano valere pretese nei confronti di questo pagamento." Per il N. 10072 e il N. 10073 DR, " Non appena la cassa di compensazione è a conoscenza dell'importo e della durata del diritto retroattivo alla rendita, ma ancora prima di emanare la relativa decisione, invita il terzo che ha concesso anticipi a comunicarle entro 20 giorni l'importo degli anticipi, giustificando il suo diritto di richiedere il rimborso o allegando l'autorizzazione scritta dell'assicurato. A tal fine, la cassa di compensazione può utilizzare il modulo 318.183. Le richieste di versamento retroattivo inoltrate da terzi che hanno concesso anticipi possono essere ammesse solo nella misura in cui le condizioni formali poste per questo pagamento sono adempite senza eccezione. Bisogna verificare in

particolare se si tratta effettivamente di anticipi e se questi sono stati concessi per lo stesso periodo in cui la rendita può essere pagata retroattivamente. La rendita relativa al mese in cui è emanata la decisione non può essere compensata.”. Da ultimo, il N. 10078 DR dispone che " A terzi che hanno concesso anticipi deve essere inviata per principio una copia della decisione. Se il beneficiario di prestazioni non è d'accordo con il pagamento retroattivo o a terzi, può fare opposizione contro la decisione della cassa di compensazione o dell'ufficio AI. A differenza di quanto previsto per la procedura di compensazione relativa agli organi esecutivi di altre assicurazioni sociali non è ammessa l'opposizione nei confronti del terzo che ha versato l'anticipo.”. 2.5. Nella presente evenienza il 20 febbraio 2013 (doc. 26) l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento ha informato l'Ufficio assicurazione invalidità che erogava all'assicurato prestazioni assistenziali. Medesima comunicazione è stata inviata il 9 luglio 2015 (doc. 92) e il 22 maggio 2017 (doc. 146) e in uno scritto per posta elettronica sempre del 22 maggio 2017 (doc. 147) era allegata la circolare per la rivendicazione di eventuali rendite AI arretrate. Dalla decisione impugnata emerge che il ricorrente ha diritto a una rendita intera di invalidità di Fr. 1'160.- al mese per 3 mesi del 2012 (dal 1° ottobre al 31 dicembre) e di Fr. 1'170.- al mese per l'anno 2013 fino al 31 gennaio 2014. In totale, l'insorgente ha diritto a una rendita di Fr. 18'690.-. L'Ufficio AI, con la decisione del 25 luglio 2017 con la quale ha attribuito all'assicurato la rendita di invalidità retroattiva da ottobre 2012 a gennaio 2014, ha compensato parzialmente le prestazioni assistenziali richieste e percepite dall'interessato nel medesimo lasso di tempo ammontanti a Fr. 2'345,65. La differenza di Fr. 16'344,35 è stata invece direttamente versata all'assicurato. Inoltre, per il periodo dal 1° aprile 2014 e per tutto l'anno 2014 il diritto dell'assicurato ammonta sempre a Fr. 1'170.- al mese e dal 1° gennaio 2015 a Fr. 1'175.- mensili, per un importo totale di Fr. 46'955.- fino al 31 luglio 2017. In tal caso, l'amministrazione ha compensato l'intero importo di spettanza dell'assicurato con le prestazioni che egli ha ricevuto nel medesimo lasso di tempo dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento. In queste circostanze le prestazioni fornite dall'USSI, avendo il ricorrente beneficiario della pubblica assistenza almeno nel periodo in esame ed avendo egli diritto ad una rendita mensile dell'assicurazione invalidità dal 1° ottobre 2012 al 31 luglio 2017, eccetto per i mesi di febbraio e marzo 2014, assumono indubbiamente il connotato di “anticipi” ai sensi dell'art. 85bis OAI (STFA I 369/03 del 22 settembre 2003 consid. 4.1; SVR 2002 IV Nr. 37 pagg. 118 consid. 5c; STCA 32.2016.92 del 29 marzo 2017). Di conseguenza, gli organismi d'assistenza pubblici che, in vista della concessione di una rendita dell'assicurazione invalidità, hanno effettuato anticipi possono esigere che si versi loro l'arretrato di questa rendita come compensazione e fino a concorrenza dei loro anticipi (art. 85bis cpv. 1 OAI). Va poi fatto presente che nei casi di applicazione dell'art. 85bis cpv. 2 lett. b OAI non è necessario il consenso dell'assicurato al rimborso, essendo sostituito dall'esigenza di un diritto al rimborso “senza equivoco”. Per poter parlare di un diritto inequivocabile al rimborso nei confronti dell'AI, il diritto al rimborso diretto deve essere dedotto espressamente da una norma legale o contrattuale (STF 9C\_938/2008 del 26 novembre 2009; DTF 133 V 21 consid. 8.3 in fine con riferimenti; STCA 32.2016.92 del 29 marzo 2017). Il diritto al rimborso delle prestazioni fornite dall'USSI ai sensi dell'art. 85bis cpv. 2 lett. b OAI può essere dedotto senza equivoco dagli art. 33 lett. a Las e dall'art. 32 Laps, al quale la Las rinvia (per un diverso caso, cfr. DTF 135 V 2). In effetti, l'art. 33 lett. a Las (Legge sull'assistenza sociale) prevede che le prestazioni assistenziali corrisposte ai maggiorenni vanno rimborsate quando vengono effettuati dei versamenti a titolo di anticipo su prestazioni assicurative non ancora corrisposte, al momento in cui tali prestazioni

saranno esigibili. L'autorità può parimenti esigere che le si versino direttamente gli arretrati (art. 32 Laps). L'art. 32 cpv. 1 Laps (Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali del 5 giugno 2000) prevede che l'organismo pubblico che, in vista della concessione di un'altra prestazione sociale ai sensi della Laps, di un sussidio per la riduzione dei premi per l'assicurazione di base contro le malattie o di una prestazione delle assicurazioni sociali, ha effettuato anticipi di prestazioni sociali ai sensi della presente legge, può esigere che gli si versi direttamente l'arretrato, fino a concorrenza dei suoi anticipi e per il periodo nel quale essi sono stati concessi. Alla procedura sono applicabili le disposizioni emanate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali in materia di prestazioni AVS e AI (art. 32 cpv. 2 Laps). L'art. 10c Reg. Laps, in vigore dal 2009 e relativo al versamento a terzi che hanno effettuato anticipi, enuncia che: " 1 L'organismo pubblico che ha beneficiato degli anticipi prende contatto con l'organismo pubblico che ha versato gli anticipi. 2 L'organismo pubblico che ha versato gli anticipi comunica all'organismo che ne ha beneficiato: a) l'importo dell'anticipo effettuato; b) il periodo per il quale ha effettuato l'anticipo. 3 Sulla scorta dei dati ottenuti, l'organismo pubblico che ha beneficiato degli anticipi procede al necessario rimborso." In specie, nel rispetto delle condizioni legali, va qui rilevato che i versamenti effettuati dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento si riferiscono ai medesimi periodi della rendita arretrata trattenuta interamente con le decisioni contestate. In conclusione, i principi suesposti permettono senza dubbio di confermare l'agire dell'Ufficio AI e quindi di convalidare la compensazione della rendita di invalidità con le prestazioni assistenziali anticipate all'assicurato dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento. nel merito 2.6. Il ricorrente non ha contestato l'attribuzione di una rendita intera di invalidità, con grado AI 100%, dal 1° ottobre 2012 al 31 ottobre 2014 e poi ancora intera, ma con grado AI 84%, dal 1° aprile 2014 in poi. Egli ha soltanto chiesto spiegazioni sulla decorrenza del suo diritto alla rendita di invalidità, facendo rilevare come la sua domanda AI, datata 23 aprile 2012, sia pervenuta all'Ufficio AI il 2 maggio 2012, mentre la rendita gli sia versata retroattivamente soltanto dall'ottobre 2012. 2.7. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di

cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). 2.8. Nell'evenienza concreta, come l'amministrazione ha accertato correttamente, l'inabilità lavorativa dell'assicurato è iniziata nel mese di ottobre 2011 con l'infortunio al tallone. In virtù dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, l'inabilità lavorativa deve perdurare almeno da un anno prima di potere avere diritto alle prestazioni, perciò è soltanto a giusta ragione dal 1° ottobre 2012 che è insorto il diritto del ricorrente alla rendita di invalidità. Considerato poi che la domanda di prestazioni AI è stata inviata nel marzo rispettivamente nell'aprile 2012, anche i presupposti dell'art. 29 cpv. 1 LAI sono rispettati, ritenuto che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni e quindi, ad ogni modo, non prima dell'ottobre 2012. 2.9. Stante quanto precede, poiché né l'aspetto medico né l'aspetto economico sono stati contestati come tali dall'assicurato, ciò porta il TCA a non verificare oltre tanto le conclusioni mediche tratte dal Servizio Medico Regionale nel

rapporto del 22 luglio 2016 (doc. 131) quanto il calcolo effettuato dall'Ufficio AI nella decisione impugnata. Va dunque ritenuto un grado di invalidità del 100% per il periodo dal 1° ottobre 2012 al 31 gennaio 2014 e dell'84% dal 1° aprile 2014 in poi, con conseguente diritto a una rendita intera di invalidità. Ne discende che, nella misura in cui il ricorso è ricevibile, lo stesso va respinto integralmente e le decisioni del 25 luglio 2017 confermate.

2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (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.-vanno poste a carico del ricorrente.

2.11. Quest'ultimo ha tuttavia implicitamente chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria facendo valere la sua indigenza. Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria è quindi respinta e il ricorrente non ha diritto all'esenzione dalle

tasse e dalle spese procedurali. Infine, per gli stessi motivi nemmeno può essere riconosciuto l'importo di Fr. 2'000.- preteso dall'assicurato per “ costi burocratici e legali per questo ricorso ” (doc. I pag. 7).

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