

TI_GERICHTE 32.2025.39 vom 21. März 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.39

FR: TI_GERICHTE 32.2025.39 du 21 mars 2025

IT: TI_GERICHTE 32.2025.39 del 21 marzo 2025

Regeste

Ricorso (respinto) contro la decisione di rifiuto di prestazioni. Corretto il conferimento del mandato peritale. Conclusioni peritali confermate anche a fronte dei rapporti dei curanti. Eventuale peggioramento successivo alla decisione impugnata. Esclusi provvedimenti professionali. AG respinta

Erwägungen

E. 31

dicembre 2021, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022. La data della modifica determinante è determinata secondo l'articolo 88a OAI [...]". La cifra 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2025) prevede che: "[...] le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022". Secondo la cifra 4102 CIRAI "Se una prima decisione di rendita prevede contemporaneamente la concessione di una rendita e la sua successiva riduzione o soppressione, la riduzione o soppressione della rendita d'importo più elevato è decisa con effetto da uno dei momenti menzionati all'art. 88a capoverso 1 OAI. La rendita è ridotta o soppressa il primo giorno del mese successivo, dopo la scadenza del termine di tre mesi. Non si tratta di una revisione, ragion per cui non è applicabile l'articolo 88bis capoverso 2 lettera a OAI (DTF 121 V 264; RCC 1980 pag. 595)." Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa successivamente. In caso di modifica rilevante ex art. 17 LPGA a partire dal 1. gennaio 2022 torna applicabile il nuovo sistema di rendite, ad eccezione degli assicurati facenti parte

del cosiddetto gruppo «diritti acquisiti» (persone nate negli anni dal 1957 al 1966). In concreto RI 1 è nato nel 1978 e ha presentato la (prima) domanda di prestazioni nel giugno 2022 (cfr. supra consid. 1.1.), ragione per cui l'eventuale diritto ad una rendita è insorto in ogni caso al più presto nel dicembre 2022 (cfr. art. 29 cpv. 1 LAI). Conformemente alla cifra 9102 CIRAI, in casu un'eventuale modifica determinante (ai sensi dell'art. 17 LPG; cfr. STF 8C_658/2022 del 30 giugno 2023 consid. 3.2.) successiva al 31 dicembre 2021 risulta ininfluente. Visto quanto precede, in casu torna applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPG, 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 quindi 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 (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). 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 LPG). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPG 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 LPG, 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 LPG 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 LPG) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPG) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPG 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) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua

invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . S econdo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). 2.4. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGGA 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. 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 LPGGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). 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. 29 bis OAI 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). Giusta l'art. 29 bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce nè un caso di revisione, nè un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64-65). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una

revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità, l'art. 88 bis cpv. 1 OAI stabilisce che l'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto: se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (lett. a); se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (lett. b); se viene constatato che la decisione dell'ufficio AI, sfavorevole all'assicurato, era manifestamente errata, a partire dal momento in cui il vizio è stato scoperto (lett. c). L'art. 88 bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88 bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale

federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un' affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). Nella STF 8C_104/2024 del 22 ottobre 2024 l'Alta Corte ha modificato la prassi vigente per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di obesità (forte sovrappeso). Secondo la vecchia giurisprudenza – basata sul convincimento che l'obesità potesse essere superata con la sola forza di volontà – il diritto ad una rendita d'invalidità era di principio escluso se l'obesità era trattabile, a meno che l'obesità fosse causa di seri danni alla salute o se insorgeva quale loro conseguenza. Con la recente pronunzia il TF ha rilevato che non vi è alcun motivo per considerare l'obesità in modo diverso dalle altre affezioni e che il solo fatto che essa possa in linea di principio essere trattata non esclude il diritto ad una rendita. Conseguentemente, la Massima Istanza ha sancito che anche l'accertamento del diritto ad una rendita in caso di obesità va effettuato tenuto conto del singolo caso e nel quadro di una procedura probatoria strutturata che determini in che misura l'affezione influisce sulla capacità lavorativa dell'assicurato, fermo restando l'obbligo di quest'ultimo di ridurre il danno (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 21 novembre 2024). 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del

31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4, pag. 261; 115 V 133 consid. 2, pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/2010 del 29

settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a) cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a) cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.7. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni nel giugno 2022, al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurato l'Ufficio AI ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare in ambito reumatologico, neurologico e psichiatrico le cui conclusioni sono state fatte proprie dal medico SMR (cfr. supra consid. 1.1. e 1.9.). Il ricorrente contesta la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata, censurando sia il procedere dei periti che le loro conclusioni e prevalendosi delle refertazioni dei curanti (cfr. supra consid. 1.11., 1.12., 1.14. e 1.16.). Questo Giudice,

chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni. 2.7.1. Il ricorrente rimprovera al perito neurologo di aver mostrato un "ingiustificato profondo interesse [...] nei confronti delle mie finanze (a tal proposito mi chiedo quanto sia la norma e quanto sia legale che il neurologo abbia accesso ai miei dati sensibili, come il formulario delle mie tassazioni comparso sullo schermo del suo computer nell'ambito dell'accertamento neurologico) rispetto ad un giustificato confronto sulla percezione del dolore", ritenendo "che il comportamento del neurologo [...] sia invalidante nei confronti del suo accertamento", osservando come le valutazioni sul perito lasciate su internet siano "di una stellina su cinque" e che "se fossi il medico dell'AI alla ricerca di un perito, presterei più attenzione a questi moderni dettagli". (I, pag. 3; VI, pag. 1). Invano. Per quanto concerne l'attribuzione di perizie pluridisciplinari, vale quanto segue. Per la cifra 3095 della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2025), in caso di perizia pluridisciplinare l'Ufficio AI invia all'assicurato una comunicazione che comprende gli elementi seguenti (art. 44 cpv. 2 e 3 LPGGA): - il tipo di perizia, - le discipline mediche previste, - indicazione della possibilità di presentare, entro un termine di 10 giorni, domande supplementari per iscritto; - informazioni sulla registrazione dei colloqui su supporto audio perizia (incl. il modulo di rinuncia ufficiale; vedi N. 3117), - copia del «Mandato per una perizia medica» (incl. «Struttura della perizia» v. Allegati III e IV), e le eventuali domande. Per la cifra 3102 CPAI l'ufficio AI esamina se i periti proposti dal centro peritale soddisfano i criteri per l'esecuzione di una perizia (art. 7m OPGA). Se sussistono incertezze, l'ufficio AI contatta il centro peritale per chiarire i fatti. Per la cifra 3103 CPAI dopo l'attribuzione da parte di SuisseMED@P, l'ufficio AI comunica all'assicurato [...] il centro peritale e i nomi delle persone incaricate della perizia con i relativi titoli di specializzazione. [...]. Per la cifra 3104 1/24 CPAI l'ufficio AI accorda all'assicurato un termine di 10 giorni dall'invio della comunicazione per formulare motivi di ricusazione (art. 44 cpv. 2 e 3 LPGGA). Questo termine non può essere prorogato. Nessun tentativo di conciliazione ha luogo (art. 7j cpv. 3 OPGA). [...]. Tornando alla fattispecie in disamina e per quanto qui di pertinenza, dalla documentazione all'inserto si evince che l'amministrazione ha debitamente informato l'assicurato circa il procedere, la struttura e gli specialisti coinvolti nella perizia pluridisciplinare (cfr. doc. 70, pagg. 240-242e doc. 80 incarto AI). In tal senso, RI 1 non aveva sollevato alcuna obiezione entro il termine (improrogabile) di 10 giorni dall'intimazione della comunicazione, di modo che le doglianze dell'insorgente s'appalesano, oltre che inconferenti, tardive. Per quanto concerne l'asserito ingiustificato interesse del perito neurologo per la situazione finanziaria dell'assicurato, si rileva che la struttura della perizia deve comprendere l'anamnesi sociale, la quale, a sua volta, include domande inerenti alla situazione finanziaria e debitoria (Allegato IV, p.to 3.2 CPAI). Nella fattispecie in disamina si evince come l'assicurato già prima dell'affezione invalidante percepiva redditi estremamente esigui (cfr. estratto conto individuale, doc.19, pagg. 84-89 incarto AI), ammettendo di non avere "mai fatto dei conti economici, bilanci, etc., ma ho sempre notificato all'ufficio competente tramite il questionario per indipendenti senza contabilità" (doc. 11, pag. 47 incarto AI), circostanze di cui, di tutta evidenza, occorre tener conto nella valutazione complessiva. Quo alla censura afferente alla liceità dell'accesso alla documentazione fiscale da parte del perito neurologo, essa cade nel vuoto essendo stato lo stesso assicurato a fornirla nel corso

dell'istruttoria amministrativa (doc. 11, pagg. 47-57 incarto AI). 2.7.2. Il ricorrente si prevale del rapporto dell'11 gennaio 2025 del dr. _____, già prodotto in sede d'audizione (cfr. supra consid. 1.11.) e che presenta il seguente tenore (I, allegato A 2): "[...] Ho preso visione della Decisione [...] del 21.3.2025 [...]. [...] la contesto e ritengo che debba essere [...] rivista in quanto la valutazione della sua capacità lavorativa non è corretta e non tiene conto delle sue problematiche cliniche e delle relative conseguenze sulle sue attività professionali e domestiche. La diagnosi che impedisce tutt'ora al paziente di svolgere un'attività professionale è la seguente: - spondilosi L5 bilat. - instabilità L5-S1 con spondilolistesi fino a 7 mm c/o RX funzionali - discopatia e spondilartrosi L5-S - riposizione della spondilolistesi L5-S1, spondilodesi L5-S1 con TLIF e decompressione della radice L5 a sin. (12.2022). Non è corretto ritenere il paziente abile al lavoro al 90% per attività semplici e ripetitive a partire dal 21.6.2023 in quanto [...] l'intervento chirurgico [...] del dicembre 2022 ha migliorato solo transitoriamente i dolori lombari irradianti agli arti inferiori [...] e le forti limitazioni funzionali del rachide lombo-sacrale. Il decorso è stato caratterizzato da lievi fluttuazioni dello stato clinico [...] per quanto riguarda la problematica lombo-sacrale e nel tempo la tendenza è al peggioramento. Dal 21.6.2023 al 31.1.2024 ho certificato [...] inabile al lavoro all'80% per qualsiasi attività [...], anche leggere di tipo artistico o amministrativo, in quanto gli riesce impossibile perfino rimanere nella stessa posizione, sia seduto che in piedi, per più di venti minuti senza accusare dolori alla schiena. Dato sembrava essere leggermente migliorato grazie alla fisioterapia, l'ho certificato inabile solo al 50% dal 1.2.2023 al 10.3.2024, ma aumentando le sue attività i suoi dolori e le sue difficoltà di movimento sono subito peggiorate nuovamente al punto che ho dovuto certificarlo di nuovo inabile al lavoro all'80% dall'11.3.2024 al 30.6.2024. Per un ulteriore peggioramento dall'1.7.2024 al 31.5.2024 l'ho certificato inabile al lavoro al 100%. Dall'1.11.2024 al 22.4.2025 ho potuto certificarlo inabile solo all'80%, ma dall'ultimo mio consulto del 23.4.2025 l'ho certificato di nuovo inabile al 100% fino al 31.5.2025 almeno per un ulteriore peggioramento della lombalgia e dei dolori agli arti inferiori con parestesie che si manifestano dopo poche decine di metri di cammino. Gli risulta anche molto difficile per i dolori viaggiare in automobile quale passeggero. A causa del quadro clinico che non è mai migliorato significativamente e che anzi tende ad aggravarsi negli ultimi mesi ho chiesto ulteriori accertamenti specialistici e proprio in queste settimane è in corso una valutazione da parte del Dott. _____ [...] e della Dott.ssa _____ [...]. In conclusione le valutazioni peritali chieste dall'AI e la Decisione dell'AI del 21.3.2025 non corrispondono alla problematica clinica del sig. RI 1 e vanno completamente riviste." Va innanzitutto rilevato che secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3. e 3.8.) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_508/2022 del 24 gennaio 2023) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3.; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2.; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8.; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4.) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8.). Ora, sebbene – come visto poc'anzi – non determinante ai fini del giudizio, in casu il quadro diagnostico descritto dal dr. _____ è sostanzialmente sovrapponibile a quello

formulato dal dr. _____ (cfr. supra consid. 1.9.). Quest'ultimo ha tuttavia ritenuto che una parte delle problematiche che affliggono la colonna vertebrale dell'assicurato non hanno una ripercussione sulla capacità lavorativa. Ciò premesso, si rileva che il dr. _____ non si è mai confrontato con le conclusioni peritali del dr. _____, limitandosi ad esprimere una propria valutazione "a compartimento stagno" circa la situazione valetudinaria e la capacità lavorativa (residua), facendo riferimento alle proprie certificazioni allestite nel corso degli anni che, come si evince dalla documentazione all'inserto (doc. 93, pagg. 361-363, 366, 368, 372, 375, 378, 380 incarto AI), sono state debitamente considerate dal perito neurologo. Inoltre, il dr. _____ non ha prodotto alcun nuovo elemento medico idoneo a sconfessare le conclusioni peritali, comunicando unicamente ulteriori esami specialistici in corso. Oltre a ciò, l'asserzione del curante secondo cui ad RI 1 è "impossibile perfino rimanere nella stessa posizione, sia seduto che in piedi, per più di venti minuti senza accusare dolori alla schiena" risulta inconciliabile con quanto accertato dal perito: "L'A. è giunto alla consultazione [in Via _____ a _____, n.d.r.] coi mezzi pubblici, spostandosi a piedi dalla stazione [FFS di _____, n.d.r.]"; "Durante la raccolta dell'anamnesi si è molto spesso alzato dalla sedia, senza particolari misure antalgiche e senza manifestazioni verbali o non verbali di dolore, limitandosi a scusarsi ed a dire che necessita di mantenersi in movimento"; "Durante l'esaminazione si è mosso con particolare disinvoltura, vestendosi e svestendosi in scioltezza, muovendo senza limitazioni o restrizioni la colonna vertebrale in toto, senza particolari smorfie. Buona anche la corsa per qualche metro."; "La mobilitazione della colonna lombare è clinicamente completa e quasi indolente in tutte le direzioni, anche all'osservazione indiretta, l'A. si muove in modo sciolto e senza particolari limitazioni funzionali. Durante la visita nel mio studio, assenza di espressioni verbali o comportamentali di particolare sofferenza o disagio" (doc. 93, pag. 391 e seg.). D'altronde, è lo stesso insorgente ad aver dichiarato alla perita internista di "risentire meno delle algie quando cammina e che mantenersi in movimento rappresenta per lui un modo per "curare la schiena" [...]" (doc. 93, pag. 324 incarto AI). Ora, anche se per ipotesi di lavoro si prendesse per fedefacente l'asserzione del ricorrente secondo cui "nei giorni di accertamenti, come sempre prontamente dichiarato, avevo assunto pastiglie di Tramadol retard da 100mg" (I, pag. 3; va osservato che le 50 pastiglie di Tramadol sono state ritirate il 31 gennaio 2023, ossia ben 22 mesi prima della visita peritale del 25 ottobre 2024 ed erano di 50 mg cadauna, cfr. doc. 93, pag. 343 e doc. 120, pag. 574 incarto AI), ciò non deporrebbe a suo favore, giacché egli ha sostanzialmente ammesso che con un'adeguata compliance farmaceutica ed accortezza potrebbe sopportare ancora meglio la sintomatologia dolorosa (significativo in tal senso quanto messo a verbale dal perito neurologo di cui al doc. 93, pag. 390 incarto AI: "assume Tramadolo pastiglie ca. 5 giorni al mese, evita di prenderne di più da una parte perché sopporta bene il dolore, dall'altra perché senza dolore è portato a compiere movimenti e sforzi eccessivi, sentendone poi le conseguenze una volta terminato l'effetto del medicamento"). Ad ogni buon conto, gli esperti esterni indipendenti hanno tenuto conto di tale aspetto (vedasi ad esempio doc. 93, pagg. 307, 324, 359, 368, 374, 377 incarto AI), atteso che dagli esami di laboratorio emerge un tasso farmacologico del tramadolo manifestamente inferiore al dosaggio terapeutico, e meglio inferiore al 0,01 umol/l a fronte di un range terapeutico di 0,38-3,8). Va peraltro sottolineato che, di principio, in caso di lite non ci si può fondare sulla posizione del medico curante, ancorché specialista (cfr. supra consid. 2.6.), atteso che in concreto il dr. _____ non è un neurologo ma un medico generico (cfr. supra consid. 1.1.). In sintesi,

a fronte di un quadro clinico sostanzialmente sovrapponibile il curante generalista ha valutato diversamente la capacità lavorativa dell'insorgente, rinviando alle precedenti certificazioni e prescindendo dal confrontarsi con le risultanze peritali, senza produrre nuovi elementi medici ed adducendo delle limitazioni inconciliabili con quanto oggettivamente osservato dal dr. _____ in sede peritale. Lo scritto del 31 maggio 2025 del dr. _____ indirizzato ai curanti dr. _____ e alla dr.ssa _____ (VI, allegato B; cfr. supra consid. 1.14.) nulla muta, trattandosi di una riproposizione della diversa valutazione della capacità lavorativa rispetto a quanto accertato dal perito neurologo. Ad ogni buon conto, nella misura in cui il dr. _____ adduce un peggioramento dello stato valetudinario, attestato dal curante dal 23 aprile 2025, tale circostanza è irrilevante al fine della presente procedura, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli essendo limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell'emanazione di tale decisione (pro multis DTF 136 V 24 consid. 4.3., 130 V 445 consid. 1.2. con rinvii), in concreto il 21 marzo 2025. 2.7.3. A supporto delle sue tesi, nelle more della procedura il ricorrente ha prodotto due rapporti del 27 giugno 2025 della dr.ssa _____ (cfr. supra consid. 1.16.). Invano. Infatti, le citate refertazioni attestano di una serie di test svolti il 19 maggio 2025 (X 2) e di un'infiltrazione peridurale avvenuta il 22 maggio 2025 (X 1), senza alcun confronto con le conclusioni peritali e senza neppure un'indicazione circa la capacità lavorativa. Per tacere del fatto che tali procedure sono avvenute successivamente alla data dell'emanazione della decisione impugnata che, lo si rammenta, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (cfr. supra consid. 2.7.2. in fine). È quindi con pertinenza che con annotazione del 16 luglio 2025 il medico SMR, valutati i surriferiti referti, ha concluso che " l'attuale rapporto del 27.6.2025 indica solamente l'esecuzione di un esame diagnostico. Il rapporto risulta privo di nuovi elementi e non riporta neanche le conclusioni cliniche dell'esame diagnostico eseguito " (XII 1). 2.7.4. Il ricorrente menziona in modo generico le conclusioni del curante dr. _____ (specialista in ortopedia e traumatologia), ritenendo che le diagnosi e conclusioni formulate da quest'ultimo siano preferibili a quelle a cui è addivenuto il perito neurologo (I, pag. 4 e seg.). Va qui rilevato che il principio inquisitorio che vige nella procedura delle assicurazioni sociali non è da intendere quale principio assoluto ma trova il suo correlato nel dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c con rinvii). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa ed ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con rinvii). In casu, l'insorgente non ha prodotto alcuna refertazione del medico curante, né in fase d'audizione e neppure nella presente procedura, ciò che era ragionevolmente esigibile. Ne consegue che, conformemente alla surriferita giurisprudenza, egli deve sopportare le conseguenze della carenza di prove. A titolo abbondanziale, si rileva che nel riportare quanto asseritamente attestato dal dr. _____, l'insorgente non ha neppure indicato se, per quali periodi, in che attività e in che misura il curante abbia accertato un'incapacità lavorativa. Per il resto vale quanto detto precedentemente circa la valenza probatoria di una perizia esterna indipendente per rapporto alle attestazioni del curante (cfr. supra consid. 2.6. e 2.7.2.). Visto quanto precede, la valutazione medica va integralmente confermata. 2.8. Il ricorrente non contesta di per sé la valutazione economica operata dall'ufficio AI e questo Giudice non ha motivo per discostarsene. A titolo

abbondanziale, siccome il ricorrente chiede spiegazioni circa l'aiuto in capitale ex art. 18d LAI (I, pag. 6), giova illustrare brevemente in cosa consiste tale provvedimento di reintegrazione professionale. L'art. 18d LAI presenta il seguente tenore: "Un aiuto in capitale può essere accordato agli assicurati invalidi idonei all'integrazione, affinché possano intraprendere o sviluppare un'attività lucrativa come lavoratori indipendenti e allo scopo di finanziare gli adeguamenti necessari nell'azienda in seguito all'invalidità. Il Consiglio federale stabilisce le condizioni ulteriori e precisa le forme di questo aiuto." L'art. 7 OAI recita: " 1 Un aiuto in capitale può essere assegnato a un assicurato invalido, idoneo all'integrazione e domiciliato in Svizzera, il quale abbia le conoscenze professionali e le qualità psichiche necessarie all'esercizio di un'attività lucrativa indipendente, in quanto si diano i presupposti economici di un'attività duratura sufficiente all'esistenza dell'assicurato e una bastevole garanzia per il finanziamento. 2 L'aiuto in capitale può essere assegnato senza obbligo di rimborso oppure sotto forma di prestito infruttifero o a interesse. In sua vece si possono concedere impianti aziendali o prestare garanzie." Un aiuto in capitale può essere concesso esclusivamente se sono adempiuti i presupposti generali per il diritto ai provvedimenti d'integrazione di cui all'art. 8 cpv. 1 LAI: l'aiuto in capitale dev'essere necessario ed idoneo per ripristinare, conservare o migliorare la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete (DTF 97 V 162; STF 9C_644/2009 del 15 ottobre 2009 consid. 3.1 e segg., I 390/90). L'aiuto in capitale presuppone inoltre che l'assicurato non sia sufficientemente integrato nella precedente attività indipendente o dipendente (STFA 1961 249 del 25 settembre 1961; ZAK 1969 311). Ciò non significa che l'aiuto in capitale è automaticamente escluso ogni qualvolta un'attività dipendente è possibile o esigibile, ma è sufficiente che la l'avvio di un'attività indipendente risulti opportuna. L'aiuto in capitale dev'essere come tale necessario contestualmente all'attività indipendente precedentemente adeguata. Per quanto concerne i presupposti specifici dell'aiuto in capitale, è in primo luogo necessaria una specifica capacità d'integrarsi, ossia si deve poter supporre che il beneficiario dell'aiuto in capitale sia in grado, sotto il profilo valetudinario, di esercitare la prospettata attività indipendente per il resto della probabile durata della sua vita professionale (art. 8 cpv. 1 bis lett. d LAI). Inoltre, è presupposto che l'assicurato posseda le condizioni professionali e caratteriali per esercitare l'attività indipendente. Il concetto di attività indipendente è definito sulla base dello statuto secondo la LAVS. Dev'essere presumibile che l'attività indipendente perduri oltre al primo anno d'esercizio e che conferisca al beneficiario dell'aiuto in capitale un'entrata che gli garantisca la sussistenza in modo duraturo; è inoltre necessario fornire la garanzia di un sufficiente finanziamento dell'azienda. Un'attività che garantisce a lungo termine la sussistenza è data se l'assicurato durante il resto della sua vita professionale è in grado di generare un'entrata pari al valore medio tra la rendita pensionistica massima e minima, posto che in ogni caso dev'esserci un ragionevole rapporto tra i costi e benefici (Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG*, in: RBS 2023, pag. 212 e seg. con riferimenti). Va in ogni caso sottolineato che la concessione dell'aiuto in capitale è a discrezione dell'Ufficio AI. In tema vedasi anche Valterio, *Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)*, n. 1-9 ad art. 18d LAI e cifre 2301-2342 della Circolare sui provvedimenti d'integrazione professionale dell'assicurazione invalidità (CPIPr) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2025). In concreto l'insorgente non ha mai richiesto l'aiuto in capitale, ritenuto comunque che la consulente in integrazione professionale aveva escluso l'attuazione di ulteriori provvedimenti di reintegrazione (cfr. supra consid. 1.10.), come rettamente rilevato

dall'Ufficio AI (IV, pag. 4). 2.9. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va integralmente respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1fbis LAI nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGa 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 (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 fr. 500 sono poste a carico del ricorrente. 2.10. Come accennato (cfr. supra consid. 1.12.), il ricorrente ha chiesto l'assistenza giudiziaria che, non essendo patrocinato in causa, va intesa quale esenzione dalle tasse e spese processuali ex art. 3 cpv. 1 LAG. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (art. 29 cpv. 3 prima frase Cost.; artt. 2 e 3 cpv. 3 LAG; DTF 124 V 301 consid. 6.). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie, non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario (STF 2C_849/2013 del 30 dicembre 2013 consid. 4.2. con rinvii giurisprudenziali), sulla base degli atti all'inserto e per i motivi esposti ai considerandi 2.7.1.-2.8., la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso. In tali condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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