

TI_GERICHTE 32.2013.165 vom 18. Juli 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-07-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.165

FR: TI_GERICHTE 32.2013.165 du 18 juillet 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.165 del 18 luglio 2013

Regeste

L'UAI ha rettamente attribuito all'assicurato un quarto di rendita d'invalidità.

L'amministrazione ha utilizzato il metodo ordinario mettendo a confronto il reddito conseguito dall'A. nel 2011, con il reddito conseguito come salariato, cui è stato aggiunto l'utile dell'esercizio contabile 2011

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se a ragione oppure no l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato un quarto di rendita AI dal 1° ottobre 2011. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della 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 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 (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, 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%. 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) e 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 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). 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 dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 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; DTF 114 V 313). Secondo 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 (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. Va poi ricordato che, secondo la giurisprudenza del TFA, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, occorre che la graduazione dell'invalidità avvenga, ispirandosi al metodo specifico applicabile alla persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s; Valterio, op. cit., p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario; Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 105 V 151, 104 V 138). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente, produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a). Se si volesse, nel caso di persone attive, fondarsi esclusivamente sul risultato ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b; cfr. in particolare STFA inedite del 27 agosto 2004 in re I, I 543/03 e del 12 maggio 2004 nella causa T., I 540/02). Secondo giurisprudenza infine, il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 in re I, consid. 4.3 e STFA I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b;

Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 205). Nel caso di un indipendente, il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha precisato che il solo raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza il TFA ha stabilito che i soli documenti contabili non sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c). 2.4. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto ai consid. 2.2. e 2.3. che precedono, va ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. A l medico compete la valutazione dello stato di salute del peritendo, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGA, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.2.). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza federale, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 782/03 del 24 maggio 2006; STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi

sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di famigliari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). 2.5. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; 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-Blaser,

Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione 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 (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello

amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) 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 (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.6. Dal punto di vista medico, l'amministrazione ha dapprima fatto riferimento alla valutazione specialistica del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e medicina interna, il quale nella perizia del 13 gennaio 2012, svolta per conto dell'assicurazione _____, ha posto la seguente diagnosi: " Esiti da sindrome della cauda equina con paraparesi agli arti inferiori con asportazione in urgenza di ernia discale L2/L3, il 5.10.2010; - Paresi del muscolo estensore dell'alluce lungo a sinistra. Esiti da discectomia percutanea L3/L4, per ernia discale ad ampio raggio L3/L4, il 13.12.2009. Alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare (protrusioni discali con spondilartrosi senza fenomeni neurocompressivi alla RM lombosacrale del 19.3.2011). Canale spinale lombare congenitamente ristretto. Esiti da morbo di Scheuermann. Disturbi statici del rachide (appiattimento della cifosi dorsale con protrazione del capo, scoliosi sinistro convessa al passaggio toracolombare). Decondizionamento muscolare. Probabile gonartrosi in varo bilaterale. Probabili alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale " (doc. LaMal 38-15). A mente del Dr. _____ l'assicurato nella sua ultima attività di farmacista è abile al lavoro sull'arco di una giornata normale di 8-9 ore, ma con una riduzione del rendimento del 50% a partire dal 14 gennaio 2012 (doc. LaMal 38-15). Il

perito ha aggiunto che nel corso nei mesi successivi l'assicurato può raggiungere un rendimento quasi totale. Perciò egli ha consigliato, qualora nei 6 mesi seguenti (al più tardi al 1° luglio 2012), non avesse raggiunto la capacità lavorativa totale quale farmacista, di sottoporlo a una perizia neurologica (doc. LaMal 38-16). Nelle annotazioni del 3 febbraio 2012 il medico del SMR, Dr. _____, rifacendosi alla perizia del Dr. _____, ha ritenuto necessaria una valutazione neurologica (doc. AI 36-1). Nel mese di febbraio 2012 l'UAI ha quindi affidato al Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il mandato di svolgere una perizia specialistica. Nel rapporto del 23 aprile 2012 il Dr. _____, dopo aver riassunto la documentazione, esposto l'anamnesi e la valutazione obiettiva, nelle conclusioni ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “ 1. Sindrome dolorosa lombare cronica, in contesto degenerativo pluridiscale e interfaccettario: - ernia del disco L2-L3 con intervento di discectomia nel 2006; - ernia del disco L3-L4, stenosi del canale spinale lombare e intervento discectomia interlaminare con approccio sinistro nel ottobre 2010; - sindrome della cauda equina ottobre 2010. 2. Sindrome della cauda equina del ottobre 2010: - neuropatia assonale, sensitiva e motoria degli arti inferiori, predominante nei dermatomi L5, a destra ” (doc. AI 44-9). Il Dr. _____ ha concluso indicando che in considerazione delle limitazioni funzionali, come valutato anche dal Dr. _____, l'attività di farmacista non può più essere eseguita a una percentuale superiore al 50%. Per contro, un'attività puramente amministrativa o intellettuale e rispettosa dei limiti funzionali potrà eventualmente venire esercitata all'80% (riduzione del rendimento) (doc. AI 44-9/10). Nel rapporto finale del 28 giugno 2012 il medico del SMR, Dr. _____ ha ripreso la diagnosi del Dr. _____ e indicato i periodi d'inabilità lavorativa dell'assicurato (doc. AI 45-1). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle valutazioni peritali del Dr. _____ e del Dr. _____, che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Il ricorrente si è limitato a indicare che “ continua ad accusare una inabilità lavorativa al 50%” (doc. AI 68-1), senza tuttavia produrre alcuna certificazione medica. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). 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 e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In conclusione, rispecchiando le perizie del Dr. _____ e del Dr. _____, nonché la valutazione del SMR i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6.), alle stesse può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato

nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato è inabile al lavoro nella misura del 50% dal 14 gennaio 2012 (Dr. _____) nella sua ultima attività di farmacista, ma è da considerare abile al lavoro all'80% in attività adeguate e rispettose dei suoi limiti funzionali dal 16 marzo 2012 (Dr. _____).

2.7. Per quanto riguarda le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico, l'amministrazione ha constatato che Hossein Sodagari, oltre che salariato dipendente della Homa Pharma Sagl, ne risulta pure presidente con firma individuale (doc. AI 47-1, 59-4). L'Ufficio AI ha quindi ordinato all'ispettorato AI di esperire un'inchiesta economica per indipendenti eseguita il 20 novembre 2012 (doc. AI 59-1). Nel relativo rapporto l'incaricata, dopo avere esposto lo stato di salute, le indicazioni dell'assicurato, la situazione attuale dell'azienda e del personale, ha indicato: " (...) CONFRONTO TRA CAMPI DI ATTIVITÀ - vedi allegato 1

Acquisti: l'ordinazione più importante viene effettuata il giovedì, ma in settimana, giornalmente, possono essere effettuate piccole ordinazioni di merci che vengono consegnate durante la notte (per ridurre le spese). Arriva la mattina, spiega l'assicurato, e prima di tutto provvede ad aprire i pacchi contenenti la merce, consegnata durante la notte, con la collaborazione dell'assistente. Il lavoro di apertura, etichettatura e sistemazione della merce sugli scaffali richiede all'incirca una mezza giornata il giovedì, in occasione dell'ordinazione più corposa, e almeno 2 ore (in due persone) gli altri giorni. Si tratta di un lavoro delicato, poiché bisogna controllare anche la data di scadenza dei prodotti ed è importante eseguire una sorta di controllo incrociato. Lo stesso tipo di controllo, tra farmacista e assistente, si rivela indispensabile nella lettura della ricetta: il farmacista controlla il lavoro dell'assistente e altrettanto fa quest'ultima nei riguardi del farmacista. Delle ordinazioni più importanti, effettuate presso grossi fornitori, si fa carico la moglie, esperta di contabilità. Dopo il danno: Vi si dedica tuttora, ma evita di sistemare le merci sugli scaffali, attività che delega all'assistente. Vendita: mentre si sistema la merce, ci si dedica alla vendita, che è comunque attività svolta regolarmente, sull'arco della giornata, da tutto il personale presente. Dopo il danno: si tratta di un impegno evidentemente difficile da quantificare, ma prioritario rispetto alle altre attività, spiega l'assicurato. Nella vendita utilizza ora lo sgabello su cui resta seduto mentre l'assistente afferra i medicinali sugli scaffali. Contabilità e amministrazione: attività che comprende, giornalmente, la fatturazione, i pagamenti (quelli più importanti sono eseguiti via Internet, mentre gli altri presso l'ufficio postale), la contabilizzazione delle ricette su PC per l'invio alle Casse malati (scansate e inviate via Internet ogni due settimane); prima dell'invio le ricette sono sottoposte ad un controllo incrociato. Dopo il danno: è attività ancora possibile, eseguita generalmente il pomeriggio su un PC sistemato al piano superiore della farmacia. La contabilità vera e propria è affidata alla moglie, mentre l'assicurato si fa carico di altre attività amministrative, fatturazione e ordinazioni appunto. Consegna medicinali: possono essere richieste più consegne al giorno. In genere servono due cliniche, la Clinica _____ e la Clinica _____, che dispongono entrambe di ospiti in appartamenti privati; presso la seconda ci si reca una volta al giorno, mentre alla Clinica _____ anche 5-6 volte al giorno. La clinica può essere raggiunta comodamente a piedi, ma mentre l'assicurato attende alla preparazione dei farmaci, l'assistente si occupa della consegna.

Evoluzione dei redditi dell'impresa – vedi allegato 2 Reddito dell'assicurato 2011 2010 2009 2008 2007 2006 2005 Salario senza IPG 35'968 27'611 Farmacia _____: 2607 lordo _____ Sagl: 52'298 lordi _____ 2220 lordi _____ Sagl 51'528 lordi _____ 3'150 lordi _____ Sagl 37'352 lordi _____ Sagl 33'515 lordi _____ Sagl 25'002 lordi Utile della _____

16'942 802 C.I. 54'905 53'748 40'502 33'515 25'002 PROVVEDIMENTI DI INTEGRAZIONE (tramite adattamento dell'azienda, dell'attività professionale, con la consegna di mezzi ausiliari) Lascio al segretario di valutare, eventualmente, la perdita di guadagno in attività adeguata. Ritiene necessaria una perizia ? No. VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ Reddito senza invalidità: abbiamo visto come l'assicurato, negli anni che hanno preceduto la malattia, sia stato assunto dapprima in misura del 60% e solo pochi mesi prima della malattia abbia svolto l'attività di farmacista a tempo pieno. Non disponiamo pertanto, di un reddito reale di riferimento e non possiamo che riferirci, per il raffronto, al reddito che l'assicurato (vedi questionario del datore di lavoro) si è attribuito come dipendente della società, ovvero fr. 85'600.- lordi . Dato che non si discosta sensibilmente, peraltro, da quanto riporta la Statistica struttura del salari del 2010, TA7, posizione 33, livello 2, uomini, che indica, per questa professione, un guadagno lordo di fr. 86'376.-. Reddito con invalidità: Quale reddito con invalidità prenderò invece a riferimento il guadagno che l'assicurato ha conseguito come salariato della _____ nel 2011, cui andrà aggiunto l'utile dell'esercizio contabile relativo a quell'anno, di fr. 35968.- lordi. A questo punto si impongono alcune riflessioni. La moglie dell'assicurato, _____, è l'unica proprietaria del capitale azionario della _____ l ; per contro, essa è indicata come "socia senza diritto di firma", mentre l'assicurato ricopre il ruolo di presidente della gerenza con firma individuale. A parte l'investimento finanziario e il ruolo di contabile, la signora _____ non " ha un influenza determinante sulla società " (marg. 3028.1 delle CIGI), influenza che invece caratterizza la funzione dirigenziale dell'assicurato. Ne consegue che nel definire il reddito dell'assicurato, dobbiamo computare anche l'utile della farmacia tenendo conto dell'apporto lavorativo dell'uno e dell'altro socio. Per quanto l'assicurato abbia dichiarato che la moglie lavora nella misura del 40%, di fatto essa riceve un salario per la tenuta della contabilità di fr. 12'800.-, valore che, raffrontato con il guadagno di una professionista del settore, corrisponde ad un impegno lavorativo inferiore al 20%. Va inoltre ricordato come l'assicurato, in qualità di gerente, abbia le competenze professionali per amministrare la farmacia e faccia capo alla collaborazione della moglie unicamente per gli aspetti contabili. Tenendo conto di siffatta ripartizione (80/20%), ne risulta un utile aggiuntivo per l'assicurato di fr. 13'553.- netti, fr. 14'260.- lordi, ed un reddito senza invalidità, per il 2011, di fr. 50'228.-. Applicando il metodo ordinario del raffronto dei redditi la perdita risulta essere del 41%, come mostra la tabella che segue:

Reddito ipotetico senza danno secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 86'376 ./.	2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.)	
Totale intermedio SFr. 85'600 + contributi personali AVS/AI/IPG		
Totale intermedio SFr. 85'600 ./.		quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %)
Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 85'600		
Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le indennità giornaliere o le rendite) - 2011 SFr. 50'228 ./.		2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.)
Totale intermedio SFr. 50'228 + contributi personali AVS/AI/IPG		
Totale intermedio SFr. 50'228 ./.		quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %)
Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 50'228		
Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute SFr. 35'372		
Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 41%		

Valutazione e proposta
Dall'applicazione del metodo ordinario si è giunti a definire la perdita di guadagno dovuta al danno alla salute nella misura del 41% valore che può essere ritenuto rappresentativo della situazione sul lungo periodo, limitatamente almeno all'attività abituale." (doc. AI

59-8+9+10+11). 2.9. Nel caso in esame, per la determinazione dell'incapacità al guadagno l'amministrazione ha utilizzato il metodo ordinario mettendo a confronto il reddito conseguito dall'assicurato nel 2011, secondo i dati del questionario di lavoro, con il reddito conseguito come salariato della _____, cui è stato aggiunto l'utile dell'esercizio contabile 2011 (doc. AI 73-1). Il ricorrente - da parte sua - ha contestato il calcolo economico producendo la dichiarazione del 1° agosto 2011 e l'estratto salariale del 2013 (doc. AI 68-1).

2.9. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2011.

2.9.1. Per quel che concerne il reddito da valido, l'Ufficio AI ha calcolato questo reddito sulla base del questionario del datore di lavoro, in cui viene indicato un salario annuo dal 1° agosto 2010 di fr. 85'800.-- (fr. 6'600.-- mensili) (l'amministrazione ha indicato un importo di fr. 85'600.--) (doc. AI 13-2). Il ricorrente ha contestato l'importo del reddito da valido producendo - in sede di osservazioni (doc. AI 68-1) - la dichiarazione della stessa _____ (datata 1° agosto 2011), secondo cui - in riferimento agli accordi presi nell'agosto 2010 - lo stipendio a partire dal 1° agosto 2011 sarebbe stato adeguato a fr. 8'650.-- lordi (doc. AI 69-2). Per determinare il reddito da valido, occorre stabilire, con il grado della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato avrebbe effettivamente potuto ottenere al momento determinante se non fosse stato invalido. Il reddito senza invalidità deve essere valutato il più concretamente possibile, motivo per cui lo si deduce di principio dall'ultimo salario conseguito dall'assicurato prima dell'insorgenza del danno alla salute, tenuto conto dell'evoluzione dei salari. Le possibilità teoriche di sviluppo professionale o di promozione devono essere prese in considerazione soltanto se è molto verosimile che esse si sarebbero concretizzate. Al riguardo, occorre esigere la prova d'indizi concreti che l'assicurato avrebbe di fatto ottenuto un avanzamento oppure un aumento corrispondente del proprio reddito, nel caso in cui non fosse insorto il danno alla salute. Ciò potrebbe essere il caso se il datore di lavoro ha lasciato intendere una simile prospettiva d'avanzamento o ha fornito delle assicurazioni in questo senso. Per contro, delle semplici dichiarazioni d'intento da parte dell'assicurato non sono sufficienti. Quando l'invalidità è la conseguenza di un infortunio, tali indizi devono esistere già al momento in cui quest'ultimo è accaduto (cfr. STF 8C_145/2012 del 9 novembre 2012 consid. 3.1 e riferimenti ivi menzionati). Secondo la dottrina (cfr. A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 263; T. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 331 n. 28) e la giurisprudenza, in presenza di due versioni differenti, la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha dato nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche. Le spiegazioni fornite in un secondo tempo non possono integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (cfr. SVR 2008 UV Nr. 12; RAMI 2004 U 524, p. 546; DTF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 3c; RAMI 1988 U 55, p. 363 consid. 3b/aa; STFA del 27 agosto 1992 nella causa M., non pubbl.; RDAT II-1994 p. 189; per una critica, cfr. U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 217, n. 546). Una "dichiarazione della prima ora", a cui attribuire un particolare valore probante, non è data qualora la prima descrizione in forma scritta della dinamica dell'infortunio, ha avuto

luogo lungo tempo dopo l'evento in questione. Al proposito, occorre osservare che la capacità di ricordarsi soprattutto delle particolarità di un determinato avvenimento, si smorza relativamente presto. Una descrizione dell'infortunio fornita per, la prima volta, dopo mesi, non può perciò essere a priori considerata più affidabile rispetto a versioni dei fatti presentate ancora più tardi (cfr. STFA U 6/02 del 18 dicembre 2002, consid. 2.2.). Tale principio non è, inoltre, applicabile se dall'istruttoria della causa siano da attendersi nuovi elementi cognitivi (cfr. RAMI 2004 U 524, p. 546 consid. 3.3.4; STFA U 236/98 del 3 gennaio 2000 e U 430/00 del 18 luglio 2001). Nulla impedisce pertanto di attenersi a una mutata versione dei fatti se essa risulta maggiormente convincente e corroborata da altri elementi probatori che il richiedente è riuscito a dimostrare con l'alto grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza (DTF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b). Occorre, poi, fondarsi sulla seconda versione quando questa si limita a completare e non contraddice la prima versione (cfr. STF U 33/07 del 20 marzo 2007). Nelle osservazioni del 18 aprile 2013 la consulente _____ ha confermato il contenuto della propria inchiesta rilevando che la dichiarazione della _____, di cui _____ è presidente con diritto di firma individuale, è “ una comunicazione a posteriori e per questo teorica, visto che di fatto non era tale il guadagno dell'assicurato prima dell'insorgenza del danno ” (doc. AI 71-1. Conclusioni che possono essere fatte proprie da questa Corte. Nella fattispecie, vista anche la restrittiva giurisprudenza suindicata, non vi sono indizi concreti che l'assicurato avrebbe di fatto ottenuto un salario mensile di fr. 8'650.-- a partire dal 1° agosto 2011, tranne la sola dichiarazione dell'assicurato. L'insorgente, sul questionario del 23 maggio 2011, ha indicato un salario di fr. 6'600.--mensili / fr. 85'800.-- annui senza alcuna indicazione di un aumento dal 1° agosto 2011 (doc. AI 13-1). Ritenuto poi che il danno alla salute è insorto nell'ottobre 2010 la dichiarazione che l'assicurato ha dato nella prima ora (reddito da valido di fr. 85'800.--) è da ritenere maggiormente verosimile rispetto a quanto asserito successivamente. Vedi su questo tema anche la sentenza 9C_329/2014 del 1° luglio 2014, dove l'Alta Corte si è scostata dal reddito attestato da una società a forte impronta familiare, di cui l'insorgente era delegato con diritto di firma individuale. 2.9.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido , la consulente _____ nell'inchiesta economica del 20 novembre 2012 ha preso in considerazione il guadagno che RI 1 ha conseguito come salariato della _____ nel 2011, ovvero fr. 35'968.-- (doc. AI 50-3), ed ha aggiunto un utile aggiuntivo di fr. 14'260.-- (80% di fr. 16'942), per un importo complessivo di fr. 50'228.--. La consulente ha aggiunto al salario l'80% dell'utile aziendale (fr.16'942), in considerazione del fatto che l'assicurato ricopre il ruolo di presidente della gerenza, con firma individuale, e dunque con un'influenza determinante sulla società. Per contro, la moglie dell'assicurato, benché proprietaria del capitale azionario e contabile non ha la medesima influenza sulla _____. Essa viene infatti indicata come " socia senza diritto di firma ". La consulente ha quindi ripartito nella misura dell'80% (marito) e 20% (moglie) i ruoli in seno all'azienda e di conseguenza aggiunto al salario dell'assicurato l'80% dell'utile aziendale (doc. AI 59-10). Queste conclusioni possono essere condivise dal TCA. Il ricorrente, da parte sua, si è infatti limitato a contestare la chiave di riparto indicando che “ l'apporto della moglie è ben superiore alla % da voi indicata ” (doc. AI 68-1), senza tuttavia fornire elementi oggettivi per inficiare le conclusioni della consulente _____. Partendo dunque da un salario da invalido di fr . 50'228.-- e confrontando questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 85'800.-- (consid. 2.9.1.) emerge un tasso d'invalidità del 41,4% arrotondato al 41% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41) che permette l'erogazione

di un quarto di rendita d'invalidità. Nella misura in cui l'UAI ha attribuito all'assicurato un quarto di rendita d'invalidità la sua decisione formale del 18 luglio 2013 merita quindi conferma. 2.10. L'assicurato nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di " una perizia medica neutra " (doc. AI 68-1). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 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 complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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