

## **TI\_GERICHTE 32.2021.100 vom 28. Juli 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-07-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.100)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.100 du 28 juillet 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.100 del 28 luglio 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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 LPGGA, 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 LPGGA 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA 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) . 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. Nel caso concreto, dal punto di vista medico l'Ufficio AI ha incaricato il dr. med. \_\_\_\_\_ di allestire una perizia cardiologica. Con rapporto 17 giugno 2019 lo specialista in cardiologia, dopo aver proceduto ad un esame clinico ed alla valutazione dei reperti relativi alla cardiopatia ischemica, ha ritenuto l'assicurato totalmente inabile a svolgere attività estremamente pesanti, con un'inabilità ridotta al 50% se si tratta di attività con sforzi fisici moderati (doc. 43). Tenuto poi conto dei rapporti di decorso del 2 ottobre 2019 (doc. 57), del 12 novembre 2019 (doc. 61) e del 21 ottobre 2020 (doc. 88) del \_\_\_\_\_ (doc. 57), con annotazioni 30 marzo 2021 il dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR, confermando il suo precedente rapporto del 23 luglio 2019 (doc. 48), ha considerato l'assicurato inabile al 100% nella sua professione ed in altre attività dal 27 aprile 2018, inabile al 50% (inteso come riduzione di rendimento nell'arco di una giornata) quale falegname ma abile al 100% in attività adeguate dal 1° ottobre 2018 (doc. 100). L'assicurato non contesta esplicitamente la succitata valutazione, segnala tuttavia difficoltà di memorizzare le informazioni e la sopraggiunta stanchezza in situazioni in cui deve concertarsi, circostanze che lui reputa che dovrebbero essere approfondite. Con osservazioni 18 ottobre 2021 egli poi, con riferimento ad un sito internet sulla salute, rileva che vi è una relazione tra l'infarto e la perdita di memoria. Ora, dalle valutazioni cardiologiche agli atti non risultano simili disturbi successivi all'attacco cardiaco dell'aprile 2018. Infatti, il perito aveva riscontrato come "l'evoluzione sia stata estremamente favorevole con un paziente che non mostra sequele neurologiche rilevanti, anche a livello neuropsicologico non mi sembrano evidenti deficit particolari ... " (sottolineatura del redattore, pag. 166 inc. AI). Inoltre, nelle citate osservazioni l'assicurato rileva che al momento della perizia cardiologica "non vi era l'esigenza di procedere anche ad una perizia di altra natura", dichiarandosi ora disponibile a sottoporsi a degli specifici test, senza sapere tuttavia a che medico rivolgersi. Va 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). Nel caso in esame, l'assicurato non ha prodotto alcun documento medico (come, ad esempio, del proprio medico curante) dal quale si possa evincere un rilevante peggioramento della problematica legata alla memoria ed alla concentrazione. Non sono quindi necessarie altre indagini mediche. Ciò non toglie che, ribadito come il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti del ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4), il ricorrente ha se del caso la facoltà di presentare una nuova domanda di prestazioni (come si vedrà nel prosieguo, la decisione di rifiuto va confermata), adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado di inabilità. Per questi motivi, la valutazione medico-teorica posta alla base della decisione impugnata va confermata. 2.4. Occorre ora procedere alla verifica dell'aspetto economico. In primis va

fatto presente che, una volta preso atto che l'assicurato aveva rinunciato ad una formazione breve (in quanto voleva continuare con la sua attività di falegname indipendente anche se a tempo parziale e perché non reputava di continuare contemporaneamente a lavorare ed a seguire la formazione; cfr. rapporto settembre 2020 doc. 84), con rapporto 6 ottobre 2020 il consulente IP ha ritenuto esigibili al 100% le "attività non qualificate leggere, semplici, che rispettano i limiti funzionali dello stesso" e "che tali attività non richiedono una preparazione professionale specifica ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione sul posto di lavoro e un breve periodo d'adeguamento, rappresentante nella categoria 4.2" (delle tabelle salariale statistiche federali, n.d.r.). Per questi motivi non sono stati ritenuti necessari provvedimenti professionali (doc. 86).

2.4.1. In merito alla determinazione del reddito da valido va ricordato che, secondo la giurisprudenza, occorre stabilire quanto la persona assicurata, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nella decisione contestata l'Ufficio AI ha fatto riferimento al reddito senza invalidità di fr. 98'762,14 determinato nell'ambito dell'inchiesta per indipendenti. Come si evince dal rapporto 28 agosto 2020 l'ispettore ha poi preso in considerazione il reddito di fr. 97'400 iscritto nel conto individuale relativo all'ultimo anno precedente il subentrare del danno alla salute (2017), adeguandolo al 2019, appunto, a fr. 98'762,14 (cfr. doc. 101). Secondo la giurisprudenza, siccome l'art. 25 cpv. 1 OAI equipara i redditi ipotetici comparativi dell'assicurazione invalidità ai redditi da lavoro soggetti a contribuzione AVS, il reddito da valido può essere determinato sulla base dei redditi iscritti nel conto individuale. Ciò vale in particolare per gli indipendenti (SVR 2010 IV nr. 26 pag. 79, cfr. STF 8C\_554/2013 del 14 novembre 2013 consid. 2.1, 8C\_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 3; cfr. in tal senso il marg. 3032.1 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità, CIGI). Spetta all'assicurato dimostrare che tali dati si discostano in maniera rilevante dalle effettive entrate (STF 9C\_111/2009 del 21 luglio 2009 con riferimento a SVR 1999 IVG nr. 24; STFA I 705/05 del 29 gennaio 2003 consid. 2.2.1.). Inoltre, sempre in merito alla determinazione del reddito da valido di un indipendente, la giurisprudenza ritiene adeguato tener conto della media dei redditi percepiti negli ultimi tre esercizi prima del danno alla salute (AJP 1999 p. 484 e confermata in STF I 686/03 del 29 ottobre 2004; cfr. anche STF 8C\_611/2007 del 23 aprile 2008 e, fra

le tante, STCA 32.2016.145 del 6 giugno 2017 consid. 2.12.2 e 32.2015.29 del 30 novembre 2015 consid. 2.7.1). Ritornando alla fattispecie concreta, va fatto presente che l'Ufficio AI non ha preso in considerazione la media dei redditi degli ultimi tre anni prima dell'insorgenza del danno alla salute, ma il reddito maggiore dei tre, ossia quello relativo al 2017. Questa scelta va nel concreto a favore dell'assicurato, poiché la suddetta media risulta essere inferiore al reddito annuo del 2017 e di conseguenza il reddito da valido sarebbe stato inferiore a quello considerato nella decisione contestata. L'insorgente fa presente che il reddito aziendale è stato fortemente influenzato dagli importanti ammortamenti effettuati. Nel ricorso egli postula che questi ammortamenti – fiscalmente accettati ai fini della determinazione del reddito aziendale netto che viene iscritto nel conto individuale – siano ripresi per determinare un reddito superiore ai fr. 100'000. Quindi, con riferimento agli ammortamenti contabilizzati e riconosciuti in sede fiscale di cui ora il ricorrente ne chiede la ripresa (sostenendo implicitamente che erano inferiori a quanto in realtà lo fossero), nelle annotazioni 30 settembre 2021 l'ispettore AI ha pertinentemente spiegato: " Il fatto che l'assicurato abbia provveduto ad ascrivere sotto la voce contabile degli ammortamenti importi maggiori di quelli che in realtà fossero dovuti, risultano una questione meramente contabile che la legge permette, in effetti se le autorità fiscali hanno ritenuto che tali importi fossero ammessi non sta all'ufficio AI correggerli unicamente allo scopo di favorire l'assicurato. I dati oggettivi e considerati a termine di legge sono dati cresciuti in giudicato (chiaramente se disponibili) presso le autorità fiscali." (IV/1) Difatti, fa stato il reddito aziendale fiscalmente accertato (sul carattere vincolante delle comunicazioni fiscali in merito alla determinazione di reddito di un indipendente cfr. Pratique VSI 1993, pag. 242 segg.).

2.4.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è 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") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'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 statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). Se un assicurato, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito da valido considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale - tale limite essendo stato fissato al 5% - senza che vi si sia spontaneamente accontentato, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). Il parallelismo dei redditi tiene quindi conto della circostanza che l'assicurato da invalido non è realisticamente in grado di realizzare il salario statistico medio, per cui occorre

riconoscergli un salario da invalido conseguentemente più basso. Per contro, laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile, rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio di tale reddito (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4). In sostanza, nel parallelismo dei redditi il confronto va effettuato tra quanto effettivamente realizzato prima dell'evento assicurato e la media svizzera usuale nel settore specifico. Inoltre, il parallelismo dei redditi si giustifica non solo in ragione della differenza considerevole (già una differenza del 5% è sufficiente per apparire considerevole) tra il reddito effettivamente conseguito e quello mediamente realizzabile (a livello nazionale) nel settore specifico, ma anche e soprattutto per l'involontarietà di questa differenza.

L'assicurato non può infatti fare ricadere sulla collettività degli assicurati le conseguenze di una sua scelta personale. In simile evenienza nessun intervento, anche solo parziale, può essere richiesto dall'AI (STF 9C\_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 3; STF 9C\_430/2013 del 22 luglio 2013). Inoltre, 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), 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. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Il 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato nella sentenza 8C\_80/2013 che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C\_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nel caso concreto, ritenendo che l'assicurato può metter a maggior frutto la sua residua capacità lavorativa in attività adeguate (nella misura del 100%), l'Ufficio AI ha preso in considerazione la tabella TA dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica. Utilizzando i dati della citata tabella relativa ad attività semplici e ripetitive, tenuto conto di una riduzione del 15% per attività leggere, l'amministrazione ha fissato il reddito da invalido, aggiornandolo al 2019, in fr. 58'107,18 (cfr. la decisione contestata). L'assicurato contesta la prassi del Tribunale federale di far capo ai dati statistici nazionali, sottolineando come in Ticino i salari si situano ben al di sotto della media nazionale. Questo TCA non ha motivo per scostarsi dalla consolidata

giurisprudenza federale. Si rileva comunque che sul tema della determinazione del reddito senza invalidità sono state previste delle modifiche (cfr. interpellanza del 13 settembre 2021 del consigliere nazionale Marco Romano [n. 21.3986] e risposta del 17 novembre 2021 del Consiglio federale). In particolare, dal 1° gennaio 2022, sono entrati in vigore i nuovi art. 26 cpv. 2-4 OAI che in sostanza riprendono il concetto del parallelismo dei redditi, estendendone l'applicazione rispetto alla giurisprudenza federale [cfr. al riguardo Rapporto esplicativo (successivo alla procedura di consultazione) sulle Disposizioni d'esecuzione relative alla modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI) edito dall'UFAS e datato 3 novembre 2021, in particolare il commento in merito all'art. 26 cpv. 2 OAI, pag. 49 del citato rapporto]. Va tuttavia precisato che il Tribunale federale ha stabilito che, di regola, il parallelismo dei redditi per gli indipendenti non va attuato (DTF 135 V 58; STF 8C\_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 4.4), come è il caso in esame (cfr. anche nuovo art. 26 cpv.3 lett. b OAI). L'assicurato contesta inoltre la riduzione del 15% del reddito operata dall'amministrazione che comprende "... una serie di varianti tra cui le limitazioni funzionali appurate dal punto di vista medico ..."; cfr. decisione impugnata) poiché non tiene conto degli svantaggi salariale ticinesi funzionali. Postula che venga riconosciuta la riduzione massima del 25%. Con rapporto 12 aprile 2021 il consulente IP, esaminate le circostanze specifiche concrete, tenuto conto delle limitazioni funzionali rilevate dal perito e confermate dal SMR, ha valutato una riduzione del 5% legata al fatto che l'assicurato può svolgere unicamente attività leggere e del 10% per altri fattori (doc. 280 e 281 inc. AI). In questo contesto, è ancora utile segnalare che l'incapacità per motivi di salute di continuare a svolgere lavori pesanti non implica necessariamente una riduzione del reddito ipotetico da invalido. Il semplice fatto che siano ormai esigibili soltanto dei lavori leggeri non giustifica l'applicazione di una riduzione supplementare, siccome il salario statistico comprende, nel livello di qualifica 1, già un gran numero di attività leggere (cfr. STF 8C\_841/2017 del 14 maggio 2018, consid. 5.2.2.2 e riferimenti). Pertanto, nel caso in esame, la succitata deduzione del 5% risulta essere generosa. Da ultimo va detto che non costituisce, come visto, fattore di riduzione l'utilizzo delle tabelle statistiche salariali federale, i cui possibili "correttivi" (parallelismo dei redditi, estensione dell'applicazione di tale principio) sono stati riportati sopra. Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 15%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. 2.4.3. Dal raffronto tra il reddito da valido di fr. 98'762,14 ed il reddito da invalido di fr. 58'107,18 risulta un grado d'invalidità del 41%. Ritenuto che il termine di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI scade nel mese di aprile 2018, dal 1° aprile 2019 l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita (cfr. consid. 1.2). Visto quanto sopra, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.5. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis 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 1000 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 di fr. 500 vanno poste a carico del ricorrente.

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