

TI_GERICHTE 32.2024.36 vom 3. April 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-04-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.36

FR: TI_GERICHTE 32.2024.36 du 3 avril 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.36 del 3 aprile 2024

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 LOG (pro multis STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se l'amministrazione ha correttamente o meno rifiutato di assegnare all'assicurata una rendita di invalidità. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). La cifra 9101 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2024) prevede che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". 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 e stato alla medesima data) prevedono 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 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. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1. gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. La cifra 9105 01/24 CIRAI prevede che: " Le rendite correnti delle persone assicurate che il 1° gennaio 2022 non hanno ancora compiuto 55 anni (persone nate negli anni dal 1967 al 2003) sono trasferite nel nuovo sistema di rendite lineare (art. 28b LAI), se sono adempite le condizioni di cui all'art. 17 LPG (modificazione del grado d'invalidità di almeno 5

punti percentuali)”. Nel caso concreto, la ricorrente non è mai stata al beneficio di una rendita AI. Inoltre, l’inizio dell’eventuale diritto alla prestazione sarebbe sorto il 1. dicembre 2023, sei mesi dopo la domanda di prestazioni inoltrata nel giugno 2023 (art. 29 cpv. 1 LAI). Visto quanto precede, torna applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022.

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGGA, 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 sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 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 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 agli artt. 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%. 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). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. 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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido,

sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi ; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). 2.4. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di incapacità di guadagno non è possibile, poiché – in simili condizioni – l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di un'attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore dal 1. gen-naio 2018, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, 1995, pag. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Va qui segnalato che dal 1. gennaio 2018 è entrato in vigore il nuovo art. 27 cpv. 1 OAI. Con la modifica dell'Ordinanza sono state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. R. Leuenberger - G. Mauro, "Changements dans la méthode mixte", in *Sécurité sociale* 1/2018 pag. 40 seg (45-46)). 2.5. 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, 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). Inoltre, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2 bis 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'articolo 6 LPGGA – 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. sentenza 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). 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; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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). 2.6. Nel caso concreto, nell'ambito dell'istruttoria l'amministrazione ha raccolto la necessaria documentazione medica (cfr. i rapporti del dr. med. _____ del 16 luglio 2020 [doc. 22 incarto AI] e 16 agosto 2023 [doc. 16 incarto AI] e i risultati di esami ematici del 13 luglio, 14 settembre e 21 dicembre 2021 [doc. 22 incarto AI]), che è stata valutata dal SMR. Come accennato, con rapporto del 6 novembre 2023 il SMR ha concluso per una “ sospetta artrite reumatoide sieropositiva ”. Esso ha in

ogni caso rilevato che non sono mai stati attestati periodi di incapacità lavorativa e che non sussistono né limitazioni funzionali né un'incapacità lavorativa nelle mansioni consuete, con prognosi stazionaria (doc. 24 incarto AI). Con annotazione del 5 dicembre 2023 ha poi precisato che “ non è presente alcuna diagnosi con influo sulla capacità lavorativa in assenza di positività agli esami ematici presentati ” (doc. 26 incarto AI). Altre patologie non sono state riscontrate. Con osservazioni del 13 dicembre 2023 al progetto di decisione, la ricorrente ha asserito che “ la mia malattia comporta una incapacità lavorativa ” (doc. 27 incarto AI). Ella ha poi prodotto uno scritto del 12 gennaio 2024 del dr. med. _____, del seguente tenore: " in qualità di medico curante, dal 1984, ritengo che il vostro progetto di decisione debba essere rivisto e rivalutato presso la vostra sede in quanto, secondo il mio parere, la paziente ha diritto ad avere una invalidità per la sintomatologia dolorosa che accusa” (doc. 29 incarto AI). A tal riguardo, con annotazione del 2 aprile 2024 il medico SMR ha pertinentemente rilevato (sottolineatura del redattore): " Ho preso visione di breve certificato del Dr. _____ del 12.01.2024 priva di descrizione di status , riferito ad una generica sintomatologia dolorosa non altrimenti diagnosticata rispettivamente privo di indicazioni di trattamento e prognosi . In assenza di dati oggettivi , rimane valida la precedente posizione SMR” (doc. 30 incarto AI). Il ricorso del 3 maggio 2024 è stato completato il 6 maggio 2024 con un certificato del dr. med. _____ datato 3 maggio 2024. Nel certificato egli ha indicato: " la paziente soffre, da anni, di artrite reumatoide che non le permette di lavorare a causa dei dolori generalizzati” (doc. IV 1). Pronunciandosi in merito al suddetto certificato, con annotazione del 16 maggio 2024 il medico SMR ha osservato: " Prendo visione del breve certificato del Dr. _____ del 03.05.2024, il quale si riferisce a diagnosi di artrite reumatoide senza alcuna indicazione dei limiti funzionali se non dolori generalizzati non meglio precisati che impedirebbero all'assicurata di lavorare rispettivamente non è precisato lo status e l'evoluzione della malattia. Rilevo che nell'agosto 2023 lo specialista reumatologo Dr. _____ negava limiti funzionali pur affermando che l'ultima visita risaliva al 21.11.2021. Tuttavia, non sono stati versati successivamente atti medici dettagliati che permettano anche solo di ipotizzare un peggioramento sia in un'ipotetica attività lavorativa sia nelle mansioni domestiche, attività quest'ultima in cui una persona è libera di scegliere i propri tempi e ritmi e le mansioni da svolgere. In conclusione, confermo la posizione SMR espressa con il rapporto finale del 06.11.2023” (doc. 36 incarto AI). Esaminati gli atti, questo Giudice non può che confermare le conclusioni del SMR, ossia che la patologia di cui la ricorrente soffre non causa un'incapacità di lunga durata di svolgere le mansioni consuete e non è quindi invalidante. Certo, non si misconosce che la malattia provochi dei dolori, ma detti dolori non sono tali da rendere inesigibile lo svolgimento delle mansioni consuete da parte della ricorrente. Questa è d'altronde la conclusione a cui è giunto il dr. med. _____, specialista in reumatologia e ultimo medico che ha avuto in cura la ricorrente (dal 15 luglio 2020 al 21 dicembre 2021). Egli, inizialmente, ha infatti sì rilevato dei dolori poliarticolari (cfr. doc. 22 incarto AI); ma poi, pur confermandoli, non ha attestato alcuna incapacità lavorativa, non ha descritto limiti funzionali particolari (nemmeno quanto alla durata dell'attività), ha risposto che la ricorrente poteva svolgere qualsiasi attività, non ha rilasciato una prescrizione medica né ha indicato una prognosi di incapacità lavorativa (cfr. doc. 16 incarto AI). Per quanto riguarda il certificato del dr. med. _____ datato 3 maggio 2024 (doc. IV 1), esso riporta unicamente che la ricorrente soffre di dolori generalizzati. Pertanto, questo Giudice non può che confermare quanto valutato dal SMR nell'annotazione del 16 maggio 2024, ossia che non vi è alcuna indicazione dei limiti

funzionali (cfr. doc. 36 incarto AI). Quanto ai due documenti trasmessi il 5 giugno 2024 (docc. VIII L ed M), il primo è il verbale di un'udienza tenutasi nell'ambito della procedura di divorzio della ricorrente e non riguarda lo stato di salute di quest'ultima. Il secondo è un certificato medico del dr. med. _____ datato 10 maggio 2019 che attesta un'inabilità al lavoro dal 15 aprile 2019 in poi a causa di malattia, nel quale però non viene specificato quale sia la malattia e quali limiti funzionali questa comporti; esso, perciò, non è di alcuna utilità ai fini della presente procedura. Altre patologie non sono state riscontrate. Né del resto l'insorgente ha prodotto documentazione medica attestante la presenza di un'incapacità durevole di svolgere le mansioni consuete ai sensi dell'art. 4 LAI (cfr. consid. 2.3). Al riguardo 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). Va infine detto che, correttamente, l'Ufficio AI non ha effettuato un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica al domicilio della ricorrente. In effetti, secondo quanto stabilito dall'Alta Corte nella sentenza 9C_103/2010 del 2 settembre 2010, l'esperimento di un'inchiesta domestica non costituisce un obbligo imposto dal diritto federale, alla stessa potendovi rinunciare segnatamente qualora, come nel presente caso, " gemäss der ärztlichen Einschätzung keine Einschränkung in diesem Aufgabengebiet besteht ". Visto quanto sopra, tenuto conto delle affidabili e convincenti conclusioni del SMR, alle quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.5), con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 139 V 218 consid. 5.3) è da ritenere dimostrato che la ricorrente non presenta un danno alla salute causante un'incapacità di lunga durata di svolgere le mansioni consuete e quindi un'invalidità. La decisione contestata merita pertanto conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.7. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (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 per fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

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