

## **TI\_GERICHTE 32.2017.100 vom 16. Mai 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-05-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.100)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.100 du 16 mai 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.100 del 16 maggio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) 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). 2.7. Nell'evenienza concreta il TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunta la perita CPAS e questo per le seguenti ragioni. Quanto alle divergenti diagnosi poste dalla perita del CPAS e dal perito incaricato dall'\_\_\_\_\_ si ricorda che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e

che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non va in ogni modo dimenticato che il perito dell'assicuratore indennità giornaliera ha individuato una prognosi lavorativa positiva con un prevedibile ripristino della completa capacità lavorativa entro al più tardi a metà ottobre 2015, ciò che collima - nel risultato - con la valutazione fatta dalla perita incaricata dall'Ufficio AI che ha ritenuto un'abilità al lavoro dell'80% in attività adeguate e del 50% nella precedente professione. Certo, le conclusioni della perizia CPAS risalgono alla fine del 2015 e non corrispondono a quanto recentemente attestato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel succitato stringato rapporto 1° settembre 2016 (cfr. consid. 2.5) la quale - oltre alla diagnosi di disturbo della personalità emotivamente instabile, di tipo impulsivo (ICD10: F60.3) - ha valutato una riduzione della capacità lavorativa del 50% almeno dal maggio 2015 senza tuttavia specificare in quale tipologia di attività. Inoltre, la documentazione prodotta pendente causa da parte dell'insorgente non permette di apportare nuovi elementi di giudizio. Al tal riguardo, l'assicurato ha prodotto il rapporto 13 giugno 2017 della succitata dr.ssa \_\_\_\_\_ e lo scritto 14 giugno 2017 dello psicologo \_\_\_\_\_. Nel citato rapporto la dr.ssa \_\_\_\_\_, confermando un disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo instabile e discostandosi da quella di disturbo bipolare, ha in particolare evidenziato: "(...) Sono così confrontata con un quadro psichico fluttuante fra aspetti depressivi, tematiche persecutorie, rabbia repressa o talvolta agita in maniera impulsiva e solo verbale, verso la famiglia. L'obiettivo terapeutico è che il paziente abbia più fiducia nelle sue risorse personali e familiari. Quindi i colloqui medici si basano sulla valutazione di quelle che sono le relazioni sociali, familiari in particolare, e i comportamenti adeguati o meno del sig. RI 1 in rapporto a essi. Per questi ragioni il sig. RI 1 ha spesso mostrato di essere piuttosto fragile e facilmente suscettibile, caratteristiche poco compatibili con un rientro totale in ambito lavorativo. Il sig. RI 1 ammette di sostenere alcune mansioni di aiuto presso l'asilo della moglie, ma di non riuscire a occuparsi per l'intera giornata. Allo stesso tempo non ci sono state le motivazioni sufficienti a sostenere una segnalazione di aggravamento all'Ufficio dell'AI. Per quanto detto ritengo che, secondo la mia impressioni clinica, allo stato attuale, il sig. RI 1 manifesti una riduzione della capacità lavorativa per motivi psichiatrici pari al 50%." (doc. C) A tal riguardo nelle annotazioni 14 agosto 2017 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha pertinentemente osservato: "La documentazione medica ricevuta non è atta a modificare la valutazione del CPAS e non si rendono necessari accertamenti in quanto: - nel certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ nonostante l'assicurato venga trattato come un bipolare si legge che è affetto da un disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline e inoltre si evincono argomentazioni ed interpretazioni psicodinamiche nonostante venga ben precisato non stia facendo un lavoro psicoterapico ma bensì "colloqui medici" di sostegno. Pertanto il certificato non apporta elementi clinici oggettivi, chiari e significativi per poter modificare la posizione della perizia. - Nel certificato del Sig. \_\_\_\_\_ si evince chiaramente che vengono seguiti la moglie e i figli ma non l'assicurato. La situazione di "nervosismo" che viene riferita non si può considerare clinicamente rilevante nè che si ripercuota diversamente da come è stato stabilito in perizia sulla CL dell'assicurato." (doc. VIII/1) Nel successivo rapporto 11 settembre 2017 la dr.ssa \_\_\_\_\_, confermando uno stato di salute stabile, ha in particolare rilevato che l'assicurato ha accettato di svolgere un paio di colloqui di coppia, non intendendo comunque di sottoporsi ad una terapia familiare motivo per cui la

situazione in famiglia rimane tesa. In ambito lavorativo essa ha evidenziato che il suo paziente "... riferisce di svolgere qualche mansione semplice per l'asilo nido della moglie, e attività di manutenzione del proprio domicilio. Appare piuttosto incline a svolgere lavori manuali e individuali o comunque con la presenza di poche persone. Pertanto ritengo che questo sia il contesto lavorativo in cui sia esigibile una ripresa lavorativa, in ogni caso non totale, a mio avviso." (doc. E) Riguardo a questo ultimo punto, anche nella perizia del CPAS è stato rilevato che "l'assicurato potrebbe svolgere prevalentemente attività ripetitive, semplici e dovrebbe essere sottoposto a scarse pressioni" (pag. 137 incarto AI). Fatto sta che, come visto, dal punto di vista clinico la situazione rispetto alla perizia del CPAS è rimasta sostanzialmente invariata, rispettivamente dalla documentazione medica prodotta, in particolare quella della dr.ssa \_\_\_\_\_, non risulta un peggioramento. In queste circostanze, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, la perizia del CPAS va confermata. Infine, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dal ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se 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. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti ). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.8. L'assicurato sostiene come irrealistico l'inizio di una nuova attività lavorativa tenuto conto del suo stato di salute, del fatto di aver lavorato oltre 30 anni presso le \_\_\_\_\_ e, in seguito alle dimissioni (2010), presso l'asilo condotto dalla moglie, nonché della sua età (59 anni) (cfr. ricorso punto no. 17): Va rammentato che all'insorgente incombe l'obbligo di ridurre il danno e deve di conseguenza intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, essendo tenuto a trovare, accettare o conservare ogni attività esigibile adeguata alla sua invalidità come anche procedere a tutti i cambiamenti per sfruttare al meglio la capacità lavorativa residua (cfr. Circolare sull'invalidità e la grande invalidità, marginale 1408.1). Ai 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 (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017, consid. 4.1 che conferma la DTF 110 V 273, consid. 4b pag. 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se – ipotesi non realizzata nella fattispecie – l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017; ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a). Detta ipotesi (reintegrabilità sul mercato normale del lavoro) è confermata anche dal fatto che spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività

economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C\_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5). Nel caso in esame, l'assicurato è stato visto dal consulente in integrazione professionale il 14 giugno 2016 (doc. 57 incarto AI) e nel successivo rapporto 30 giugno 2016, ai fini del raffronto dei redditi, lo stesso consulente ha ritenuto esigibile lo svolgimento di attività semplici e ripetitive (pag. 165 incarto AI). Del resto, come visto al considerando precedente, anche dal punto di vista medico l'assicurato può svolgere attività semplici senza pressioni. In merito all'assunto fatto dall'assicurato relativo alla sua età avanzata (59 anni nel 2017, corrispondente al momento della decisione contestata), va fatto presente che ai sensi della DTF 138 V 457 il momento in cui la questione della messa a profitto della capacità lavorativa (residua) di un assicurato in età avanzata viene esaminata corrisponde a quello in cui è stato accertato che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico. Si tratta del momento in cui gli incarti medici permettono di accertare i fatti in modo circostanziato (DTF 138 V 457). Nel caso di specie, come rettammente fatto valere in sede di risposta, il momento determinante ai sensi della DTF 138 V 457 è il 15 dicembre 2015 allorquando il medico SMR ha allestito il rapporto finale in seguito alla perizia del CPAS, confermando dal mese di ottobre 2015 un'abilità lavorativa dell'80% in attività adeguate (doc. 47 incarto AI). In quel momento l'assicurato aveva da poco compiuto 57 anni. A tal riguardo, nella STF I 293/05 del 17 luglio 2006 il TFA ha ritenuto ancora ragionevolmente esigibile pretendere che un'assicurata, 59enne al momento in cui ha recuperato una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate, riprendesse un'attività lavorativa rispettosa dei suoi limiti funzionali, evidenziando che ella aveva ancora a disposizione quasi 5 anni di attività prima di poter beneficiare di una rendita di vecchiaia. In un'altra fattispecie il TF, nella STF I 304/06 del 22 gennaio 2007, nel caso di un assicurato di 60 anni totalmente inabile nella sua precedente attività di saldatore ma abile a svolgere nel corso di un'intera giornata un'attività leggera adeguata con una flessione del rendimento del 30% (per problemi reumatologici e cardiologici), lo ha ritenuto realisticamente ancora in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato. Nella STF I 359/2006 del 22 giugno 2007, l'Alta Corte, confermando la decisione del 10 marzo 2006 del TCA (cfr. inc. 32.2005.100), ha ritenuto esigibile lo sfruttamento della residua capacità (del 100%) sul mercato equilibrato del lavoro da parte di un assicurato, 58enne al momento della decisione dell'amministrazione, dato che dal profilo dell'età non erano realizzate le condizioni per ammettere una totale incapacità di guadagno per mancanza di possibilità reale di sfruttarne la residua capacità. Di analogo tenore anche la STF 9C\_124/2010 del 21 settembre 2010 concernente un assicurato di 61 anni e mezzo al momento della decisione. Con tale pronuncia il TF, annullando il giudizio cantonale che aveva ritenuto che la residua capacità lavorativa dell'assicurato non era più sfruttabile sul mercato del lavoro, ha ritenuto esigibile lo sfruttamento della residua capacità sul mercato equilibrato del lavoro sottolineando come il fattore dell'età avanzata costituisce essenzialmente "solo" uno dei diversi fattori personali che influiscono sulle concrete opportunità professionali. Ai fini dell'esame della sfruttabilità assume un ruolo rilevante la capacità lavorativa residua, ritenuto come la possibilità di prestare ancora un'attività a tempo pieno, pur in considerazione di determinate limitazioni funzionali (segnatamente con riferimento alle attività pesanti o alla posizione da osservare durante l'attività lavorativa) gioca un ruolo

importante nell'esame della reintegrabilità dell'assicurato. Sempre in merito alla reintegrabilità nel mondo del lavoro avuto riguardo all'età vedi anche la STCA 32.2015.114 del 27 giugno 2016 con ulteriori diversi riferimenti giurisprudenziali. Ritornando alla fattispecie concreta, sulla scorta della succitata giurisprudenza, questo TCA ritiene da una parte che l'assicurato (sia come 57 che 59 enne) può mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro considerato che egli ha ancora davanti a sé diversi anni prima del pensionamento, dall'altra parte che egli può svolgere attività semplici e ripetitive tenuto in particolar modo conto della pluridecennale esperienza professionale presso \_\_\_\_\_.

2.9. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), valido al momento del miglioramento dello stato di salute (ottobre 2015), il cui calcolo, rimasto incontestato, è stato esposto nella decisione impugnata.

2.9.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9\_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, 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). Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha determinato il reddito da valido in fr. 68'640.--, corrispondente al salario percepito nel 2015.

2.9.2. 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). 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. Il TFA 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). 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; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). L'Ufficio AI, applicate le succitate tabelle statistiche, considerata una capacità lavorativa dell'80% e riconosciuta una riduzione del 10%, ha fissato il reddito da invalido a fr. 48'200.--, dato aggiornato al 2015. Dal raffronto tra i redditi si giunge ad un grado d'invalidità del 30% ( $(68'640 - 48'200) \times 100 : 68'640 = 29,7\%$ ), arrotondato secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). L'Ufficio AI ha di conseguenza correttamente soppresso la rendita intera dal 1° febbraio 2016, ossia tre mesi dopo il miglioramento della capacità lucrativa - fissato al mese di ottobre 2015 (perizia CPAS) - come prescritto dall'art. 88a cpv. 1 OAI (cfr. consid. 1.2). In conclusione, visto quanto sopra, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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