

TI_GERICHTE 32.2009.68 vom 16. Februar 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-02-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.68

FR: TI_GERICHTE 32.2009.68 du 16 février 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2009.68 del 16 febbraio 2009

Regeste

La soppressione in via di riconsiderazione della mezza rendita all'A. non è giustificata sulla base del 53 cpv. 2 LPGA. L'agire dell'UAI può essere discutibile nella misura in cui non ha approfondito le attività leggere e adeguate che l'A. avrebbe potuto svolgere, ma non ha commesso errore manifesto

Erwägungen

E. 1

Le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza.

E. 2

L'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza.

E. 3

L'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso." I principi relativi alla riconsiderazione e alla revisione processuale sviluppati dalla giurisprudenza precedentemente alla LPGA, sono stati concretizzati all'art. 53 LPGA (cfr. DTF 133 V 50, consid. 4.1, pag. 52; STFA del 12 marzo 2004 nella causa D., K 147/03, consid. 5.3 in fine; STFA del 22 marzo 2004 nella causa M., U 149/03, consid. 1.2.; STFA dell'8 febbraio 2005 nella causa G., I 133/04, consid. 1.2). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (cfr. STFA del 3 maggio 2006 nella causa E. (I 512/05), consid. 3 e riferimenti). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 119 V 479 consid. 1b/cc e i riferimenti ivi citati). Mediante la riconsiderazione, si corregge un'errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un'errata constatazione derivante dall'apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo

inappropriato (DLA 1996/97 n. 28, p. 158 consid. 3c). Ciò è segnatamente il caso quando l'amministrazione accorda una rendita di invalidità in violazione del principio della priorità della riforma professionale sulla rendita (STFA I 559/02 del 31 gennaio 2003). Per contro, non si è in presenza di un errore manifesto quando il versamento della prestazione dipende da condizioni materiali la cui valutazione implica un potere d'apprezzamento, in relazione a taluni aspetti o elementi, e che la decisione appare ammissibile tenuto conto della situazione di fatto e di diritto (STFA I 790/01 del 13 agosto 2003, consid. 3). In una sentenza I 406/05 del 13 luglio 2006, consid. 6, l'Alta Corte ha dichiarato manifestamente errata la decisione formale mediante la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto a un assicurato una mezza rendita di invalidità per il motivo che, nella sua abituale professione di coiffeur, presentava una inabilità lavorativa del 50% (con corrispondente riduzione del reddito). Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) vista l'inidoneità della professione di coiffeur a causa delle cervicalgie sofferte, considerata l'inesistenza di elementi medici che potessero escludere l'esercizio di un'attività adeguata e ritenuta la mancanza della volontà di cambiare orientamento professionale, l'amministrazione avrebbe invece dovuto esaminare se l'assicurato, sul mercato generale del lavoro, esercitando un'attività sostitutiva, era in grado di meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua. Anche nella sentenza I 302/04 28 marzo 2006 il TFA ha ritenuto come errore manifesto l'agire dell'Ufficio AI di aver considerato un assicurato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività, riconoscendogli quindi il diritto ad una rendita intera, senza aver tenuto conto che dal punto di vista medico egli era stato ritenuto abile al lavoro in attività leggere adeguate e senza procedere alla valutazione economica mediante il raffronto dei redditi. Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 263; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95ss). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.4. 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. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, 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%. Questa graduazione è stata ripresa all'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). 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). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, 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 (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.5. A seguito della sentenza del 17 settembre 2007 (inc. no. 32.2006.211), l'UAI ha interpellato il Dr. _____, FMH in medicina generale, chiedendo un rapporto dove si quantifichi, in quale misura e in quali epoche l'assicurata era ritenuta abile al lavoro in attività adeguata (doc. AI 105-1). Il Dr. _____ ha fornito la seguente presa di posizione: " rispondo alla sua lettera del 28.11.2007. Riferendomi ai punti 2.10 e 2.11 della sentenza del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni lei mi chiede le

epoche nelle quali l'assicurata "abile al lavoro al 100% in un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali posti." (citazione della sentenza, pagina 19). Premetto che l'assicurata non ha una formazione professionale completa e ha seguito sempre solo corsi interni. Da decenni lavora nella vendita alimentare. Partiamo dunque dalla premessa che tutte le altre considerazioni hanno puramente valore teorico e non pratico. Ricordo che ora lavora nella vendita alla _____ dove riesce abbastanza bene ad assumersi piuttosto i lavori leggeri, delegando quelli più pesanti alle sue colleghe. Ricordo ugualmente che la paziente, dopo una mezza giornata di lavoro, va a casa e deve sdraiarsi sul divano per diverse ore. Non da dimenticare che assume in pratica ogni giorno dell'Irifen come analgesico. Anche ipotizzando un lavoro ancora più leggero di quello che già sta facendo non vedo come l'abilità lavorativa potrebbe essere aumentata. Siccome già adesso evita (grazie alla disponibilità della _____) lavori piuttosto pesanti, anche in un futuro avrà dei dolori e dopo ½ giornata dovrà andare a sdraiarsi. Anche immaginandomi un lavoro nel settore terziario che di solito dà molto meno possibilità di cambiare le posizioni (segretaria) non vedo un guadagno in termine da abilità lavorativa. Come medico curante sono convinto che al momento sia raggiunto l'equilibrio ottimale. Vedo difficile in una donna di 48 anni, senza formazione compiuta in qualsiasi campo di lavori leggeri, che si possa raggiungere un grado di integrazione lavorativo maggiore di quello attuale. (Doc. AI 110-1) L'UAI ha inoltre predisposto un accertamento medico ambulatoriale presso il Dr. _____, spec. FMH in reumatologia, il quale nella perizia del 22 gennaio 2008, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi e le constatazioni oggettive, ha posto la seguente valutazione: "(...) La signora RI 1, nata il 4.5.1959, _____, da me da ultimo peritata il 6.9.2006, mi viene ripresentata per una visita di decorso; il 6.9.2006 riferiva dolori cervicali a destra girando la testa, pesantezza cervicale stando seduta prolungatamente, formicolii diffusi alle dita delle mani, sensazione di scosse al gomito destro, dolori localizzati al gomito radiale a sinistra. Ora riferisce dolori piuttosto scapolari, meteodipendenti, proiettanti verso la regione omerale, in aumento girando la testa verso destra; la mobilità cervicale risultava libera, come pure ora, ai movimenti passivi in ogni direzione; si riconferma la presenza di epicondilopatie omeroradiali dalle due parti, assenti deficit cervicoradicolari; il 6.9.2006, avevamo realizzato una radiografia della colonna cervicale, alla quale si notavano minime alterazioni degenerative ai sensi di un'uncartrosi e spondilosi C5/6. Sempre alla visita peritale precedente del 6.9.2006, l'assicurata lamentava dolori toracolombari prevalentemente lombari, irradianti dorsali fino al tallone nella gamba sinistra, in aumento in posizioni statiche, deambulando in salita, le lombalgie attualmente descritte irradianti dorsali nella coscia sinistra fino al ginocchio sinistro, sono simili a quelle descritte durante la visita peritale precedente, come pure la mobilità del rachide lombare con allora uno Schober a 10/13,5 cm, rimasto uguale alla visita odierna a 10/13,5 cm, per una distanza dita-suolo anteriore il 6.9.2006 a 30 cm, ora a 28 cm, si riconferma assente il riflesso achilleo a sinistra; la radiografia della colonna lombare del 6.9.2006 evidenziava una minima condrosi L4/5, lievemente progressiva rispetto alle lastre precedenti del 6.3.1989, una condrosi L5/S 1 rimasta uguale a quella notata il 6.3.1989; da notare che dall'ultima visita peritale del 6.9.2006, non sono più state realizzate radiografie della colonna vertebrale. `De novo', rispetto alla visita precedente del 6.9.2006, constato 12 su 18 punti fibromialgici positivi, che, come tali, definiscono la diagnosi di sindrome fibromialgica generalizzata. Sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta, dell'esame clinico, possiamo dunque porre le diagnosi di sindrome toracolombospondilogenica cronica sinistra, con possibile componente radicolare irritativa S 1 in esito da discectomia L5/S 1 a sinistra il

20.9.1989, alterazioni degenerative del rachide lombare (spondilosi laterale a destra L2/3, minima condrosi L4/5, condrosi L5/S1, spondilosi associate L4/5 e L5/S1), disturbi statici del rachide (appiattimento della lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare compensata) / decondizionamento muscolare, sindrome cervicovertebrale in minime alterazioni degenerative della colonna cervicale (spondilosi ed uncartrosi C5/6), sbilancio muscolare, epicondilopatia omeroradiale bilaterale, sindrome fibromialgica generalizzata. Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale residua, descritta nell'allegato. Visto che sul piano oggettivo - funzionale, la patologia al rachide lombare all'ultima visita del 6.9.2006, non era sostanzialmente cambiata rispetto alla visita peritale precedente dell' 1.10.1990 e che alla visita peritale odierna non riscontro uno stato di salute, per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico residua, sostanzialmente mutato, rispetto alla visita precedente del 6.9.2006, l'attuale capacità lavorativa é sovrapponibile a quella giudicata il 6.9.2006 e applicabile dall'ultima visita peritale dell' 1.10.1990. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100 con un rendimento massimo del 100 %, a decorrere dall' 1.10.1990. Sempre a decorrere dal 1990, giudico l'assicurata, nella sua ultima ed attuale attività lavorativa principale come venditrice presso il reparto frutta e verdura del negozio _____, funzione svolta in posizione eretta con necessità di sollevamento pesi fino a 14 kg, a seguito dei limiti funzionali e di carico menzionati, abile al lavoro nella misura del 50 %. Rispondo alle vostre domande: A. Basi cliniche 1. Anamnesi Vedasi quanto precede. 2. Dati soggettivi dell'assicurato Vedasi quanto precede. 3. Costatazioni obiettive Vedasi quanto precede. 4. Diagnosi Sindrome toracolombospondilogenica cronica sinistra, con possibile componente radicolare irritativa S 1 in - Esito da discectomia L5/S 1 a sinistra il 20.9.1989 - Alterazioni degenerative del rachide lombare (spondilosi laterale a destra L2/3, minima condrosi L4/5, condrosi L5/S1, spondilosi associate L4/5 e L5/S1) - Disturbi statici del rachide (appiattimento della lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare compensata) / decondizionamento muscolare Sindrome cervicovertebrale in - Minime alterazioni degenerative della colonna cervicale (spondilosi ed uncartrosi C5/6) - Sbilancio muscolare Epicondilopatia omeroradiale bilaterale Sindrome fibromialgica generalizzata B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale residua, descritta nell'allegato. Visto che sul piano oggettivo-funzionale, la patologia al rachide lombare all'ultima visita del 6.9.2006, non era sostanzialmente cambiata rispetto alla visita peritale precedente dell' 1.10.1990 e che alla visita peritale odierna non riscontro uno stato di salute, per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico residua, sostanzialmente mutato, rispetto alla visita precedente del 6.9.2006, l'attuale capacità lavorativa è sovrapponibile a quella giudicata il 6.9.2006 e applicabile dall'ultima visita peritale dell' 1.10.1990. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100 con un rendimento massimo del 100 %, a decorrere dall' 1.10.1990. Sempre a decorrere dal 1990, giudico l'assicurata, nella sua ultima ed attuale attività lavorativa principale come venditrice presso il reparto frutta e verdura del negozio _____, funzione svolta in posizione eretta con necessità di sollevamento pesi fino a 14 kg, a seguito dei limiti funzionali e di carico menzionati, abile al lavoro nella misura del 50 %. (Doc. AI 113/5-8) 2.6. 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment

énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) 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). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) 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). 2.7. Una decisione è manifestamente errata " wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit - möglich (vgl. BGE 125 V 393 oben; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2. Auflage, Bern 1997, S. 362; Kieser, Kommentar ATSG, Ziffer 20 zu Art. 53). Dabei ist nach dem eingangs Gesagten (Erw. 1.2. hievor) vom Rechtszustand auszugehen, wie er sich bei Verfügungserlass präsentierte ." (sentenza H 97/03 del 10 settembre 2003, sottolineatura del redattore). In una sentenza 9C_332/2008 del 19 febbraio 2009 il Tribunale federale ha ricordato come: " Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas

remplies (arrêts 9C_221/2008 du 14 janvier 2009 consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).” (sottolineature del redattore) Nella sentenza 9C_71/2008 del 14 marzo 2008 l’Alta Corte aveva rilevato: “ (...) le fait d’autre part que l’office AI se soit borné à reprendre le taux d’incapacité fonctionnelle retenu par le corps médical, sans chercher concrètement à savoir – en violation du droit (ATF 114 V 310 consid. 3c p. 314) - quelles activités étaient exigibles de la part de l’assuré compte tenu de son atteinte à la santé, ni quels revenus il aurait pu réaliser dans une activité adaptée à son handicap, ne permet pas encore de conclure au caractère manifestement erroné de la décision initiale de rente. Pour pouvoir supprimer le droit à une rente par la voie de la reconsidération, il convient bien plutôt d’établir – au regard de la situation de fait et de droit de l’époque – qu’une évaluation correcte de l’invalidité aurait conduit à un autre résultat que celui alors retenu (arrêt 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid.

E. 3.3

in fine et les références; cf. également arrêt I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 5.2.1 in fine). En l’occurrence, le recourant ne tente nullement d’établir que le résultat auquel il a abouti à l’époque était parfaitement insoutenable et qu’une gestion diligente du dossier aurait conduit à la seule solution réellement envisageable dans le contexte. Plutôt que de procéder à une appréciation à la lumière des circonstances de fait et de droit existant à l’époque de la décision initiale de rente, le recourant examine la situation de l’assuré telle qu’elle se présentait au moment où la décision de révision du droit à la rente a été rendue, puis transpose le résultat de son évaluation à l’époque de la décision initiale de rente.” In un’altra sentenza 9C_575/2007 del 18 ottobre 2007 il TF ha sottolineato che: “ Ebenfalls nicht durchzudringen vermag die Beschwerdeführerin mit dem Argument, die IV-Stelle habe bei der Invaliditätsbemessung im Dezember 2002 unzulässigerweise von der Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf auf die Erwerbsunfähigkeit/Invalidität geschlossen. Der Umstand allein, dass bei der Invaliditätsbemessung von der Arbeits- auf die Erwerbsunfähigkeit gefolgert wird, gestattet - auch wenn dieses Vorgehen nach der Rechtsprechung grundsätzlich unzulässig ist (BGE 114 V 310 E. 3c S. 314) und nur ausnahmsweise zur Anwendung gelangen darf (s. etwa Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 35/01 vom 30. Mai 2001, E. 3a) - noch nicht den Schluss auf zweifellose Unrichtigkeit der sich darauf stützenden Rentenverfügungen. Hierfür genügt auch nicht, wenn beim der Rentenzusprechung zu Grunde gelegten Einkommensvergleich nur auf den angestammten Beruf - als Verweisungstätigkeit - abgestellt wurde. Um eine zugesprochene Rente wiedererwägungsweise aufheben zu können, müsste vielmehr - nach damaliger Sach- und Rechtslage - erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (vgl. etwa Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 353/04 vom 26. September 2005, E.2.4 und I 276/04 vom 9. Mai 2005, E. 5.2). Dies trifft hier nicht zu.“ (sottolineatura del redattore) 2.8. Secondo questa Corte la decisione dell’UAI del 23 novembre 1990 di assegnare all’assicurata una mezza rendita a far tempo dal 1° febbraio 1990, non è manifestamente errata ai sensi dell’art. 53 cpv. 2 LPGA (cfr. la giurisprudenza federale riprodotta ai consid. 2.3 e 2.7). Dalla documentazione medica agli atti emerge infatti che l’amministrazione si era allora basata sulle certificazioni dei medici curanti, Dr. _____, FMH in medicina generale (doc. AI 4-1) e Dr. _____, PD Dr. med. in neurochirurgia, (doc. AI 6-1), nonché sulla perizia del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica (doc. AI 11-1), per fondare il diritto dell’assicurata alla mezza rendita

d'invalidità. Sia il Dr. _____ che il Dr. _____ nei loro referti dell'8 giugno 1990 e 17 agosto 1990, dopo aver posto una diagnosi sostanzialmente sovrapponibile hanno entrambi attestato un'abilità lavorativa residua nell'attività di venditrice svolta dalla ricorrente (cfr. doc. AI 4-2, 6-2). Nella perizia del 1° ottobre 1990 anche il Dr. _____ ha posto la diagnosi di " Status nach operierter Diskushernie L5 links mit residuärem lumbo-ischialgischem Schmerzsyndrom links" e si è espresso in questi termini per quanto riguarda la capacità lavorativa: " (...) Arbeitsfähigkeit schwere körperliche Arbeit ist der Versicherten zur Zeit nicht möglich (grosse Wäsche, Einkauf mit Traglasten über 5-7 kg, analog bei der Berufsarbeit z.B. Auffüllen der Regale ect) ferner auch längere Gänge und Treppensteigen. Als Verkäuferin besteht zur Zeit eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Wahrscheinlich ist eine gewisse Steigerung in 3-6 Monaten möglich, doch wird dauernd eine Einschränkung bei körperlich schweren Arbeiten bleiben." (doc. AI 11-2) Nella decisione del 23 novembre 1990 l'UAI ha attribuito a RI 1 una mezza rendita d'invalidità con la seguente motivazione: " (...) La documentazione medico-specialistica acquisita agli atti permette di stabilire che le affezioni sofferte dall'assicurata giustificano una riduzione della capacità lavorativa, nell'attività di venditrice, del 50%." (doc. AI 12-3) In sede di revisione del 1991 il medico curante Dr. _____ si è riconfermato nella propria diagnosi e in merito alla capacità lavorativa residua ha posto un'incapacità lavorativa del 50% nell'attività di venditrice (doc. AI 17-1) Nella successiva perizia del Dr. _____, richiesta dall'Ufficio AI, il perito ha valutato la capacità lavorativa residua in questi termini: " (...) Arbeitsfähigkeit : entsprechend dem praktisch unveränderten Befund – verglichen mit der Untersuchung vom 1.10.1990 – hat sich keine ins Gewicht fallende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Eine allmähliche Verbesserung in den nächsten ein bis zwei Jahren ist aber durchaus möglich." (doc. AI 19-2) Nelle successive procedure di revisione del 1993 (doc. AI 23-1), del 1995 (doc. AI 27-1), del 1997 (doc. AI 33-1) e del 2000 (doc. AI 41-1), l'Ufficio AI ha sempre fatto riferimento ai rapporti medici del Dr. _____ che precisavano la capacità lavorativa residua dell'assicurata nell'attività di venditrice (cfr. doc. AI 24-1; 30-1; 36-1; 47-1). Nella procedura di revisione del 2005 il Dr. _____, al quesito se l'assicurata è in grado di svolgere altre attività ha così risposto "(...) ha già provato a fare la cassa ma stare seduta di fila per parecchie ore, spostando la merce sopra il lettore la situazione peggiora. Penso che attualmente ha trovato l'equilibrio ottimale. (...)". Il medico curante ha poi indicato i disturbi e limiti dell'assicurata sul proprio posto di lavoro e nelle mansioni di casalinga (doc. AI 61-1/3). In sede di procedura d'opposizione contro la decisione dell'11 gennaio 2006, l'UAI ha predisposto una rivalutazione peritale ad opera del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia, che nel proprio referto del 6 settembre 2006 ha posto la diagnosi di " Sindrome toracolombospondilogenica cronica sinistra, con possibile componente radicolare irritativa S1 in - Esito da discectomia L5/S1 a sinistra il 20.9.1989. - Alterazioni degenerative del rachide lombare (spondilosi laterale a destra L2/3, minima condrosi L4/5, condrosi L5/S1, spondilosi associate L4/5 e L5/S1). - Disturbi statici del rachide (appiattimento della lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare compensata)/decondizionamento muscolare. Sindrome cervicovertebrale in - Minime alterazioni degenerative della colonna cervicale (spondilosi ed uncartrosi C5/6). - Sbilancio muscolare. Epicondilopatia omeroradiale bilaterale" (doc. AI 79-7). Per quanto riguarda le conseguenze sulla capacità di lavoro il perito ha indicato che RI 1, in un lavoro adatto al suo stato di salute, è abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%. Per contro, nella sua ultima attività come venditrice l'assicurata è considerata abile al lavoro nella misura del 50% (doc. AI 79-8). A seguito

della sentenza di questa Corte del 17 settembre 2007 (inc. no. 32.2006.211) l'UAI ha predisposto un ulteriore accertamento medico specialistico a cura del Dr. _____, il quale nel referto del 22 gennaio 2008 ha posto la diagnosi di "Sindrome toracolombospondilogenica cronica sinistra, con possibile componente radicolare irritativa S1 in - Esito da discectomia L5/S1 a sinistra il 20.9.1989 - Alterazioni degenerative del rachide lombare (spondilosi laterale a destra L2/3, minima condrosi L4/5, condrosi L5/S1, spondilosi associate L4/5 e L5/S1) - Disturbi statici del rachide (appiattimento della lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare compensata) / decondizionamento muscolare. Sindrome cervicovertebrale in - Minime alterazioni degenerative della colonna cervicale (spondilosi ed uncartrosi C5/6) - Sbilancio muscolare. Epicondilopatia omeroradiale bilaterale. Sindrome fibromialgica generalizzata" (doc. AI 113-7). Il Dr. _____ ha quindi precisato che l'insorgente in un lavoro adatto al suo stato di salute è abile al lavoro nella misura del 100%, con un rendimento massimo del 100%, a decorrere dal 1° ottobre 1990. Nell'attività di venditrice, sempre a decorrere dal 1990, RI 1, è considerata abile al lavoro nella misura del 50%. (doc. AI 113/5-8) Sulla base di questo referto e del rapporto finale del 5 ottobre 2006 (doc. AI 86-1) l'UAI, in applicazione dell'art. 53 LPGA, ha soppresso la mezza rendita d'invalidità all'assicurata con effetto dal 1° marzo 2006 (doc. AI 117-3). Dagli atti medici appena esposti risulta in particolare che il Dr. _____, nel referto del 1° ottobre 1990, ha indicato un'inabilità lavorativa del 50% nella precedente attività di venditrice. Per contro, a suo parere, non erano più possibili attività pesanti come fare il bucato, portare pesi superiori a 5-7 kg, camminare a lungo o ancora salire le scale: "(...) Arbeitsfähigkeit: schwere körperliche Arbeit ist der Versicherten zur Zeit nicht möglich (grosse Wäsche, Einkauf mit Traglasten über 5-7 kg, analog bei der Berufsarbeit z. B. Auffüllen der Regale etc) ferner auch längere Gänge und Treppensteigen." (doc. AI 11-2) Anche il Dr. _____, in sede di revisione nel 1991, ha espresso un'analoga valutazione indicando che la paziente è riuscita ad adattarsi sul posto di lavoro cambiando spesso posizione e facendosi aiutare nel sollevamento di pesi superiori a 6-8 kg. Il medico inoltre aveva precisato che: "ho problemi per potermi immaginare che un altro posto di lavoro potrebbe darle delle possibilità migliori per fare un lavoro adatto alla sua schiena" (doc. AI 17-3) Lo stesso Dr. _____, nel rapporto del 23 settembre 2005, al quesito se l'assicurata è in grado di svolgere altre attività ha così risposto "(...) ha già provato a fare la cassa ma stare seduta di fila per parecchie ore, spostando la merce sopra il lettore la situazione peggiora. Penso che attualmente ha trovato l'equilibrio ottimale. (...)". Il medico curante ha poi indicato i disturbi e limiti dell'assicurata sul proprio posto di lavoro e nelle mansioni di casalinga: "non alza le casse pesanti (per esempio dell'acqua minerale). Nel suo reparto (frutta e verdura) i pesi sono un po' minori, al massimo 10 kg per le casse di banane. Con lo spostamento all'interno della _____ non ha più il lavoro di servire al banco (che era ideale per lei), avendo tenuto conto il datore di lavoro però dei suoi limiti si arrangia piuttosto bene nelle 4 a 5 ore che lavora al giorno. Quando arriva a casa a mezzogiorno deve prima riposarsi; solo dopo può mettersi ai fornelli. A casa riesce a fare quasi tutti i lavori di casalinga, incluso lievi lavori di giardinaggio, ma sempre per tempi brevi, seguiti da intervalli di riposo" (doc. AI 61-1/3). Il Dr. _____, sia nel referto del 6 settembre 2006 che in quello del 22 gennaio 2008 ha posto la medesima diagnosi e valutato la capacità lavorativa residua della ricorrente nell'attuale attività di venditrice e in un lavoro adatto al suo stato di salute. Nel primo caso ponendo un'inabilità lavorativa del 50%, nel secondo giudicando l'assicurata abile in misura completa (100%). Nella perizia del 2008 il perito ha poi precisato che "in

un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, a decorrere dall'1.10.1990 " (doc. AI 113-6, la sottolineatura è del redattore). Ora, a mente di questa Corte, la valutazione dell'amministrazione al momento della decisione del 23 novembre 1990, e nelle successive procedure di revisione, si riferiva già ad un'attività leggera e adeguata allo stato di salute della ricorrente. Quando l'UAI ha ritenuto RI 1 inabile al 50% nell'attività di venditrice, considerava proprio tale attività come consona al suo stato di salute. I medici interpellati dall'amministrazione avevano espressamente indicato quali attività pesanti l'assicurata doveva evitare e per quali mansioni era considerata inabile in misura totale. In particolare, nel referto del 1° ottobre 1990 il Dr. _____, aveva indicato " schwere körperliche Arbeit ist der Versicherten zur Zeit nicht möglich (grosse Wäsche, Einkauf mit Traglasten über 5-7 kg, analog bei der Berufsarbeit z. B. Auffüllen der Regale etc) ferner auch längere Gänge und Treppensteigen " (doc. AI 11-2). Nel 1991 anche il Dr. _____ aveva specificato che la paziente, visto il suo quadro valetudinario, non era in grado di svolgere altre attività avendo già adottato numerosi accorgimenti sul posto di lavoro, per esempio cambiando spesso posizione e facendosi aiutare nel sollevamento di pesi superiori a 6-8 kg (doc. AI 17-3). Nel 2001 il medico curante indicava come stazionario lo stato di salute dell'assicurata, la quale " con qualsiasi lavoro leggermente più pesante " accusava dolori (doc. AI 47-1). Questa Corte ritiene dunque che la capacità di guadagno residua dell'assicurata è stata valutata tenendo conto già di un'attività leggera e adeguata: quella di venditrice. Secondo il medico curante in quest'attività RI 1 " ha trovato l'equilibrio ottimale" non sollevando pesi superiori ai 10 kg e avendo il datore di lavoro tenuto conto dei suoi limiti fisici (doc. AI 61-1/3)". Dunque anche il raffronto dei redditi è stato eseguito confrontando il reddito che l'assicurata avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuta invalida con quello che ella poteva realizzare, benché invalida, sfruttando la residua capacità lavorativa in un'attività da lei ragionevolmente esigibile in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi. A livello di valutazione economica va poi rilevato che i consulenti in integrazione professionale, partendo da limitazioni medico-teoriche simili a quelle di RI 1 e tenendo conto della configurazione della realtà economica del Cantone Ticino, hanno sovente ritenuto esigibili attività riconducibili a quella di venditrice svolta dall'assicurata. Nel caso di un'assicurata sofferente, in particolare, di fibromialgia primaria e sindrome panspondilogenica cronica su/con: insufficienza muscolare e lievi turbe statiche e alterazioni degenerative con spondilofiti anteriore L3/L4, spondilartrosi L4/L5 e L5/S 1 M. di Baastrup L4/L5, l'amministrazione aveva considerato esigibili una vasta gamma di attività sia nel settore secondario (operaia generica nell'industria farmaceutica, alimentare, meccanica con mansioni d'assemblaggio, produzione, stampa, rifinitura, controllo / sorveglianza del funzionamento e della qualità...) che nel settore terziario (cassiera presso distributori di benzina, portinaia...) (sentenza del 26 agosto 2009, inc. 32.2009.24, la sottolineatura è del redattore). Mentre per un'assicurata affetta da dolori lombosciatalgici cronici bilaterali in esiti da duplice intervento neurochirurgico alla colonna lombare, alterazioni degenerative del rachide lombare, disturbi statici del rachide e esiti da impianto di protesi totale alle anche bilaterali, la consulente in integrazione professionale aveva ritenuto esigibili attività quali: addetta alla vendita di carburanti e altri prodotti in stazioni combinate del tipo servisol, con compiti essenzialmente d'incasso; - operaia ausiliaria in lavori leggeri non qualificati (addetti al controllo, imballaggio, etichettatura, spedizioni, ausiliari) nelle cinque categorie presenti nel campo dell'abbigliamento, della confezione, della maglieria e simili

(sentenza del 26 agosto 2009, inc. 32.2008.241, la sottolineatura è del redattore). Va ancora rilevato che la fattispecie diverge dalla sentenza I 302/04 del 28 marzo 2006, dove il TFA aveva ritenuto come errore manifesto l'agire dell'Ufficio AI che aveva considerato un assicurato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività, riconoscendogli quindi il diritto ad una rendita intera, senza aver tenuto conto che dal punto di vista medico egli era stato ritenuto abile al lavoro in attività leggere adeguate e senza procedere alla valutazione economica mediante il raffronto dei redditi. In casu, l'assicurata, dal punto di vista medico, è stata valutata inabile al 50% nella precedente occupazione di venditrice che verosimilmente è da ritenersi la più leggera e adeguata che ella potesse svolgere, non essendovi agli atti alcun elemento che lasci presumere che nel 1990, e nelle successive procedure di revisione, vi fossero altre attività leggere e adeguate nelle quali RI 1 potesse essere considerata abile al 100%, come ritenuto poi dal Dr. _____ nel 2006 e nel 2008. Ora, è vero che l'agire dell'amministrazione può essere discutibile nella misura in cui non ha approfondito maggiormente lo spettro di attività leggere e adeguate che l'assicurata avrebbe potuto svolgere in considerazione dei suoi limiti medico-teorici, al di fuori di quella di venditrice. Tuttavia, secondo il TCA, ciò non basta per concludere che allorché ha attribuito all'assicurata mezza rendita AI, l'UAI ha commesso un errore manifesto, la cui rettifica riveste una notevole importanza ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA. Va infine rilevato che nella sentenza di questo Tribunale del 17 settembre 2007 (inc. no. 32.2006.211), cresciuta incontestata in giudicato, era già stata chiarita la questione circa la percentuale di lavoro dell'assicurata presso la _____ (61%) che aveva condotto l'UAI a sopprimere la rendita d'invalidità con decisione dell'11 gennaio 2006, dopo aver confrontato quanto RI 1 avrebbe potuto percepire senza il danno alla salute con quanto effettivamente percepiva nel 2005 (doc. AI 66-5). In proposito questo TCA aveva concluso che: " Neppure è possibile concludere che le conseguenze dello stato di salute sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole. Infatti, dopo il grado di occupazione del 61% dal 1. gennaio 2002, dal 1° marzo 2006 (momento a partire dal quale la mezza rendita è stata soppressa), il contratto di lavoro con la _____ prevedeva un orario di lavoro settimanale di 20.50 ore pari ad una percentuale di lavoro del 50%" (doc. AI 66/9 e 88/1). La decisione dell'amministrazione va dunque annullata. All'assicurata viene di conseguenza ripristinato il diritto alla mezza rendita d'invalidità a far tempo dal 1° marzo 2006. 2.9. 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 complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Inoltre l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili.

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