

## **TI\_GERICHTE 32.2010.115 vom 30. März 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-03-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.115)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.115 du 30 mars 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.115 del 30 marzo 2010

### **Regeste**

Decisione dopo stralcio per ritiro ricorso (reformatio in peius). Riduzione della rendita in via di riconsiderazione. E' manifestamente errato ritenere un grado d'invalidità per la parte salariata se la percentuale della capacità lavorativa residua é pari alla percentuale della parte salariata

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

maggio 2008, è da considerarsi manifestamente errata e se la sua rettifica riveste una rilevante importanza. Pacifico è che la riduzione della rendita non è giustificata sulla base dell'art. 17 LPGA (in merito alla revisione ex art. 17 LPGA cfr.: DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b), poiché dall'emanazione della decisione del 13 agosto 2009 a quella del 30 marzo 2010, qui impugnata, lo stato di salute dell'assicurata non é sicuramente migliorato. Al proposito va qui rilevato che tutta la documentazione medica prodotta in sede ricorsuale vuole piuttosto documentare e comprovare un peggioramento della situazione medico-valetudinaria. Nella decisione impugnata, l'Ufficio AI ha così motivato la riduzione della rendita: " (...)

#### **E. 5**

Nel caso specifico occorre ricordare che il diritto alla mezza rendita le era stato concesso con decisione formale del 13.08.2009. A quel momento l'amministrazione aveva definito il grado di invalidità conformemente allo specchietto sottostante: Attività Limitazione Grado d'invalidità parziale Salariata 20% impedimento 50% grado AI 10% Casalinga 80% Impedimento 52% grado AI 41,5% grado ponderato AI 52% Dopo riesame degli atti, tenuto conto dei principi fondati sulle procedure di riconsiderazione, rispettivamente di revisione, occorre in concreto ed indiscutibilmente diminuire l'attuale prestazione da mezza rendita a un quarto di rendita. Questo in quanto nella perizia psichiatrica del 19.02.2009 il Dr. \_\_\_\_\_ e il Dr. \_\_\_\_\_ hanno concluso che: "l'inabilità medico teorica per qualsiasi altra attività lucrativa si attesta sempre al 50%. Queste indicazioni sono valide dal mese di maggio 2007 in maniera continuativa" e il Dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico 23 marzo 2009, ha attestato che "le certificazioni mediche presenti nel dossier non documentano incapacità lavorativa". Dall'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 9 aprile 2009 è inoltre emerso che lei dal 1980 ha esercitato nell'azienda del marito (senza percepire un salario) in misura pari al 20% e che ha ridotto il suo impegno dall'estate del 2006 per motivi di salute. Considerato che dal punto di vista medico lei è stata ritenuta abile al lavoro nella misura del 50% in qualsiasi attività, e quindi anche in quella a suo tempo esercitata presso la ditta di suo marito, vi è da concludere che nell'ambito dell'attività salariata non subisce alcuna perdita di guadagno e che pertanto sotto questo aspetto il grado d'invalidità è nullo. E' dunque a torto che il nostro

ufficio ha considerato un grado d'invalidità del 10% per la parte di attività salariata allorché per questa attività, come sopra esposto, lei non subisce alcuna perdita di guadagno, potendo lavorare in una percentuale del 50% superiore a quella in cui è stata a suo tempo impiegata del 20%. Di conseguenza, in applicazione del metodo misto e conformemente a quanto disposto dall'art. 28a cpv. 2 e 3 LAI, ritenuto che nell'ambito dell'attività di salariata non subisce alcuna perdita di guadagno, il grado d'invalidità complessivo è dato unicamente dal grado d'invalidità riscontrato nell'ambito dell'attività di casalinga e quantificato dall'assistente sociale in un 41,5%. Decidiamo pertanto: La mezza rendita versata finora viene ridotta a un quarto di rendita. La riduzione della prestazione decorre dal primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2, lett. a dell'Ordinanza sull'Assicurazione Invalidità (OAI)). A fronte delle osservazioni ricevute il 02 marzo 2010 in sede di audizione, nonostante le stesse fossero palesemente intempestive, abbiamo riesaminato la fattispecie ed in merito possiamo esprimere le seguenti considerazioni. Intanto, per quanto attiene allo stato di salute, occorre dire che le indicazioni relative ad un presunto peggioramento dello stato di salute non risulta oggettivo, mancando ogni e qualsiasi certificazione medica in proposito. Per quanto riguarda invece l'applicazione del metodo misto, tale modo di procedere è stato dettato dagli atti economici acquisiti in sede di istruttoria, in particolare dall'analisi della carriera professionale, come pure dal resoconto dell'inchiesta esperita al domicilio dell'assicurata. D'altro canto, non possiamo neppure astenerci dal contenuto della relazione 23.11.2009 intimata dal Giudice del Tribunale cantonale delle assicurazioni, laddove è stata fatta luce sulla dinamica del caso assicurativo. In conclusione, ribadito come la procedura di riconsiderazione trovi conferma sul piano giurisprudenziale, non sussistono elementi di importanza tale da inficiare il nostro progetto di decisione, il quale è pertanto riconfermato (...)" (doc. AI 78/2-3) 2.3. L'art. 53 LPGa prevede che: " 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. 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. 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 ( DTF 133 V 50, consid. 4.1, pag. 52; STFA K 147/03 del 12 marzo 2004, consid. 5.3 in fine; STFA U 149/03 del 22 marzo 2004, consid. 1.2.; STFA I 133/04 dell'8 febbraio 2005, consid. 1.2). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può in ogni tempo 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 (STFA I 512/05 del 3 maggio 2006, consid. 3 e riferimenti confermata nella STF I 832/05 del 25 aprile 2007). 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 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti). 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 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). 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 (STF 9C\_181/2010 del 12 agosto 2010, consid. 3 con riferimenti). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (STF 9C\_457/2008 del 3 febbraio 2009, consid. 4.2.1 con riferimento alla STF 9C\_439/2007 del 28 febbraio 2008, consid. 3.1). Nella STF 8C\_107/2010 del 18 gennaio 2010 l'Alta Corte – chiamata a pronunciarsi in un caso in cui l'autorità giudiziaria cantonale aveva ritenuto manifestamente errata la conclusione con cui l'amministrazione, ritenuta la capacità lavorativa residua corrispondente alla capacità lavorativa nell'attività svolta prima del danno alla salute, aveva concluso per un tasso d'invalidità nullo per la parte di salariata, e, pertanto, riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita – ha sviluppato le seguenti considerazioni: "(...) Lorsqu'une personne dispose d'une capacité de travail résiduelle, pour l'exercice d'une activité lucrative, identique à celle qu'elle aurait effectivement mise en valeur sans atteinte à la santé dans la même activité, elle ne subit pas d'incapacité de gain. Son taux d'invalidité pour la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative est nul. Il est toutefois possible, pour autant que la personne assurée mette effectivement en valeur sa capacité résiduelle à exercer une activité lucrative, de prendre en considération le fait que les efforts fournis dans ce champ d'activité influencent sa capacité résiduelle de travail dans l'autre champ d'activité (tâches ménagères et éducatives). La diminution de l'aptitude à exercer les travaux habituels, résultant des efforts accomplis lors de l'exercice de l'activité lucrative, ne saurait dépasser 15 %. A l'inverse, la jurisprudence admet aussi de prendre en considération, lors de l'évaluation de la capacité résiduelle de gain, la fatigue résultant de l'exercice des travaux habituels lorsque la personne concernée y aurait consacré, sans invalidité, plus de temps qu'à celui d'une activité lucrative. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, les efforts supplémentaires résultant du cumul d'activités lucrative et non lucrative est pris en considération dans le champ d'activité où ces efforts se font le plus sentir (cf. ATF 134 V 9 ; arrêts I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 6.2 [SVR 2006 IV no 42 p. 151]; 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4). (...) Les premiers juges ont notamment reproché à l'Office AI d'avoir commis une erreur manifeste, dans la mesure où le calcul de l'invalidité effectué par cet office pour la période courant dès le 1er août 2006 prend en considération une invalidité nulle pour la part correspondant à l'exercice d'une activité lucrative. Ils ont considéré qu'« adapté de moitié en raison des parts égales déterminées, cela représente un taux d'invalidité de 25 % » pour la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative. Ce point de vue ne peut être suivi. Dès lors que la capacité résiduelle de travail retenue par l'Office AI dans l'activité de femme de ménage (50 %) correspondait au taux d'activité auquel l'assurée aurait exercé cette même activité sans atteinte à la santé (50 %), toujours selon les constatations de l'Office AI, ce dernier a conclu à juste titre à l'absence de diminution de la capacité de gain de l'assurée et à un taux d'invalidité nul pour la part correspondant à

l'exercice d'une activité lucrative. L'adaptation « de moitié en raison des parts égales déterminées » à laquelle les premiers juges ont procédé résulte soit d'une constatation manifestement inexacte de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, soit plus vraisemblablement d'une mauvaise application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. (...)" (STF 8C\_107/2009 del 18 gennaio 2010, consid. 4.3 e 6) Nella menzionata DTF 134 V 9, circa le condizioni necessarie per poter prendere in considerazione una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore, il TF ha osservato: " (...) 7.3 Anlässlich ihrer Sitzung vom 25. Juni 2007 gemäss Art. 23 Abs. 2 und 3 BGG haben die vereinigten sozialrechtlichen Abteilungen im vorliegend zu beurteilenden Fall die Grundsätze zur Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich (im Sinne des Art. 27 IVV [in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung]) wie folgt präzisiert: 7.3.1 Bei der Prüfung der Frage, ob die in den beiden Tätigkeitsbereichen vorhandenen Belastungen einander wechselseitig beeinflussen (können), ist namentlich deren unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Die versicherte Person ist im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht gehalten, im Umfang ihrer noch vorhandenen Leistungsfähigkeit eine dem Leiden angepasste erwerbliche Tätigkeit auszuüben (vgl. Art. 28 Abs. 2ter IVG [eingefügt auf 1. Januar 2004] in Verbindung mit Art. 16 ATSG ; BGE130 V 97 E. 3.2 S. 99 mit Hinweisen), d.h. es ist ihr zumutbar, eine Beschäftigung zu wählen, bei der sich die gesundheitliche Beschränkung minimal auswirkt. Die erwerbliche Tätigkeit muss jedoch, entsprechend ihren jeweiligen Anforderungen, grundsätzlich allein ausgeführt werden. Bezogen auf die häuslichen Verrichtungen ist eine Wahl des Tätigkeitsgebietes demgegenüber nur beschränkt möglich, da die mit der Haushaltsführung einhergehenden Aufgaben als solche anfallen und erledigt werden müssen. Es besteht in diesem Bereich dafür eine grössere Freiheit in der zeitlichen Gestaltung der Arbeit und es ist den Familienangehörigen eine gewisse Mithilfe zuzumuten (vgl. E. 7.2 hievore), womit allenfalls vorhandene Einschränkungen abgefedert werden können. Schliesslich erscheint die Möglichkeit einer gegenseitigen Beeinflussung geringer, je komplementärer die Anforderungsprofile der Tätigkeitsgebiete ausgestaltet sind (beispielsweise Haushalt eher körperlich belastend, Erwerbstätigkeit eher intellektuell). Damit die sich durch die schlechte Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung berücksichtigt werden kann, muss sie folglich offenkundig und unvermeidbar sein (beispielsweise körperlich anstrengende Berufs- und Haushaltsarbeit oder psychisch belastende berufliche und familiäre Situation [kranker Partner, behindertes Kind etc.]). Von einer vermeidbaren Wechselwirkung ist demgegenüber nach dem Gesagten auszugehen, wenn sie durch die - auf Grund der gesamten Umstände zumutbare - Wahl einer anderen Erwerbstätigkeit ausgeschlossen werden kann. 7.3.2 Wechselwirkungen sind nur dann zusätzlich zu berücksichtigen, wenn aus den Akten erhellt, dass die Arzt- und (Haushalts-) Abklärungsberichte nicht bereits in Kenntnis der im jeweils anderen Aufgabenbereich vorhandenen Belastungssituation erstellt worden sind, und konkrete Anhaltspunkte bestehen, dass eine wechselseitige Verminderung der Leistungsfähigkeit im Sinne des in E. 7.3.1 hievore Dargelegten vorliegt, die in den vorhandenen Berichten nicht hinreichend gewürdigt worden ist. 7.3.3 Im hier massgeblichen Kontext beachtliche gesundheitliche Auswirkungen vom Erwerbs- in den Haushaltsbereich können nur angenommen werden, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Tätigkeitsgebiet voll ausgenützt wird, d.h. der - für den Gesundheitsfall geltende - Erwerbsanteil die Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich übersteigt oder mit dieser

identisch ist. 7.3.4 Ein allfälliges reduziertes Leistungsvermögen im erwerblichen Bereich infolge der Beanspruchung im Haushalt kann ferner lediglich für den Fall berücksichtigt werden, dass Betreuungspflichten (gegenüber Kindern, pflegebedürftigen Angehörigen etc.) vorhanden sind. Dies ergibt sich u.a. daraus, dass die Reduktion des zumutbaren erwerblichen Arbeitspensums, ohne dass die dadurch frei werdende Zeit für die Tätigkeit in einem Aufgabenbereich nach Art. 27 IVV (in der seit 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung) verwendet wird, für die Methode der Invaliditätsbemessung, d.h. für die Statusfrage, ohne Bedeutung ist. Wäre eine versicherte Person gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, vermindert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit (für Hobbys etc.) zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Allein stehende Personen werden bei einer freiwilligen Herabsetzung des Beschäftigungsgrades nicht gleichsam automatisch zu Teilerwerbstätigen mit einem Aufgabenbereich Haushalt neben der Berufsausübung ( BGE 131 V 51 E. 5.1.2 und 5.2 S. 53 f., je mit Hinweisen). Ist demnach eine Haushaltsführung ohne weiter gehende häusliche Obliegenheiten wie Betreuungsaufgaben etc. nicht in jedem Fall statusrelevant, kann auch nicht von einer dadurch verursachten, IV-rechtlich abzugeltenden erheblichen Belastung im erwerblichen Bereich ausgegangen werden. 7.3.5 Allfällige Wechselwirkungen sind stets vom anteilmässig bedeutenderen zum weniger bedeutenderen Bereich zu berücksichtigen. Sind beide Bereiche mit 50 % zu veranschlagen, ist sie dort beachtlich, wo sie sich stärker auswirkt. Nicht möglich im hier zu beurteilenden Zusammenhang ist demgegenüber, dass Wechselwirkungen kumulativ in beide Richtungen ihren Niederschlag im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit im je anderen Tätigkeitsbereich finden, führte dies doch zu einer doppelten Gewichtung. 7.3.6 Das in der Erwerbsarbeit oder im häuslichen Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld reduzierte Leistungsvermögen kann sodann nur berücksichtigt werden, wenn es offenkundig ist und ein gewisses normales Mass überschreitet. Dessen Ermittlung hat stets auf Grund der konkreten Gegebenheiten im Einzelfall zu erfolgen. In Anlehnung an den so genannten leidensbedingten Abzug vom statistischen Lohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens von nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit mehr ausübenden Versicherten ( BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 mit Hinweisen), welcher unter Einbezug aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % begrenzt ist ( BGE 126 V 75 E. 5b/cc S. 80; AHI 2002 S. 69 ff., E. 4b/cc, I 82/01), erscheint vorliegend eine Limitierung der als erheblich anzusehenden Wechselwirkungen ebenfalls sachgerecht. Da invaliditätsfremde Aspekte, anders als beim erwähnten Leidensabzug, keine Rolle spielen, rechtfertigt sich jedoch ein niedrigerer, auf 15 ungewichtete Prozentpunkte festgesetzter Maximalansatz. 7.3.7 Eine Rückweisung an die Verwaltung zur näheren Abklärung ist schliesslich nur für den Fall angezeigt, dass das Endergebnis selbst bei Annahme einer entsprechend verringerten Leistungsfähigkeit im einen Tätigkeitsgebiet durch die Beanspruchung im anderen überhaupt beeinflusst würde. (...)" (DTF 134 V 9, consid. 7, pag. 12-14) Al riguardo la giudice federale Leuzinger-Naef nello studio "Die familienbezogene Rechtsprechung der sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts im Jahre 2007" in FamPra.ch 1/2009 pag. 112 seg. ha, in particolare, ritenuto: "(...) 4. Invaliditätsbemessung Hier ist auf die neueste Rechtsprechung zur sogenannten gemischten Methode hinzuweisen, da sie hauptsächlich Anwendung findet auf Personen mit familiären Betreuungspflichten, die ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilzeitlich erwerbstätig und im Übrigen im Aufgabenbereich, insbesondere im Haushalt, tätig wären: Für den Erwerbsbereich wird das Erwerbseinkommen im Gesundheits- und im

Krankheitsfall verglichen, für den Aufgabenbereich ist der Umfang der Behinderung im Aufgabenbereich massgeblich. Anschliessend werden die Invaliditätsgrade der beiden Bereiche im Verhältnis der beiden Tätigkeitsbereiche gewichtet. In BGE 125 V 146 war offengelassen worden, ob eine allfällige verminderte Leistungsfähigkeit im erwerblichen Bereich oder im Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen ist. Laut Urteil I 156/04 vom 13. Dezember 2005 sind die Arbeitsunfähigkeit sowie die noch zumutbaren Tätigkeiten in beiden Bereichen grundsätzlich gleichzeitig, unter Berücksichtigung allfälliger Wechselwirkungen, zu beurteilen. In BGE 134 V 9 wurden die Grundsätze der Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich präzisiert. So muss die sich aus der schlechten Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung offenkundig und unvermeidbar sein. Die Wechselwirkungen sind zudem nur dann gesondert zusätzlich zu berücksichtigen, wenn sie in den Arzt- und Haushaltsabklärungsberichten nicht bereits berücksichtigt wurden, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Bereich voll ausgenützt wird und wenn Betreuungspflichten vorhanden sind (ansonsten gar keine im Aufgabenbereich vorliegt). Sie sind in jenem Bereich zu berücksichtigen, in dem sie sich stärker auswirken, und die Berücksichtigung ist auf (ungewichtet) 15 % beschränkt. Im Fall einer stark sehbehinderten Frau, die vollzeitlich als Telefonistin tätig gewesen war und nach der Geburt ihres Kindes ihre Erwerbstätigkeit auf 40% reduzieren wollte, diese Absicht aber nicht verwirklichen konnte, da sie wegen ihrer Sehbehinderung neben der familiären Mehrbelastung über keine Kapazitäten für die Ausübung der Berufstätigkeit verfügte, führten diese Präzisierungen zu einer Verneinung des Rentenanspruchs. (...)" (FamPra.CH 1/2009, pag. 115-116) 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; 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. 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). Nel caso

in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI (cfr. art. 28 cpv. 2ter LAI in vigore fino al 31 dicembre 2007) secondo cui: " Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa parte è determinata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti." Giusta l'art. 27bis OAI (cfr. art. 27bis cpv. 2 OAI nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2003 ): " Quando si possa presumere che gli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa o lavorano gratuitamente nell'azienda del coniuge, senza soffrire di un danno alla salute, eserciterebbero al momento dell'esame del loro diritto alla rendita un'attività lucrativa a tempo pieno, l'invalidità è valutata esclusivamente secondo i principi validi per le persone esercitanti un'attività lucrativa." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg. e STFA I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita in DTF 133 V 504 e nella STF 9C\_15/2007 del 25 luglio 2007. 2.5. Nell'evenienza concreta, ritenuto che con il ritiro del ricorso la decisione del 13 agosto 2009 è cresciuta in giudicato (cfr. consid. 1.1), questo Tribunale deve considerare come acquisito fino a quel momento quanto segue: - vista la situazione medico-valetudinaria – e meglio le risultanze della perizia 19 febbraio 2009 del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_, direttore e medico assistente del \_\_\_\_\_ (doc. AI 24/2-7), del rapporto medico 23 marzo 2009 del dr. \_\_\_\_\_, medico SMR (doc. AI 31/1-4) e dell'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica (doc. AI 37/1-11) – l'assicurata va ritenuta abile al lavoro nella misura del 50%, per qualsiasi attività che rispetti i limiti funzionali posti dal dr. \_\_\_\_\_, dal maggio 2007; - dall'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica del 9 aprile 2009 (doc. AI 37/1-11) risulta che l'assicurata va considerata quale casalinga all'80% e salariata al 20%, che l'attività lavorativa svolta nella ditta del marito rispettava i limiti funzionali posti dal dr. \_\_\_\_\_ e che per la parte di casalinga la percentuale d'invalidità ammonta al 52%. In questo senso, sicuramente fino al 13 agosto 2009, le censure, peraltro del tutto generiche, circa la valutazione medica e le risultanze dell'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica, vanno quindi respinte. Del resto va qui rilevato che, come risulta dalle annotazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_, medico SMR, del 19 novembre 2008 – "(...) l'assicurata dichiara disturbi quali depressione (per la quale si reca dallo psichiatra regolarmente) e disturbi del sistema muscolare scheletrico ("dolori dappertutto" per i quali si reca da un reumatologo). Il pemfigo in sè non pone in realtà limiti funzionali con impatto sulla CL (non viene attestata una IL dal dermatologo curante). (...)" (doc. AI 19/1) – , del 21 gennaio 2009 – "(...) per ciò che concerne i "dolori dappertutto" non vengono presentate diagnosi di carattere ortopedico o reumatologico ma unicamente un'osteopenia (non ancora un'osteoporosi) per la quale l'assicurata beneficia di cure farmacologiche. Tale disturbo

trattato adeguatamente non pone limiti funzionali. Sul piano psichiatrico, invece, la situazione è meno chiara e la “sindrome depressiva” sembra essere la patologia che più incide sulla CL. La documentazione è però insufficiente per esprimersi in merito (...)” (doc. AI 22/1) – e del 4 marzo 2009 – “(...) dr. \_\_\_\_\_ invia una lettera nella quale indica che l’assicurata ha presentato in passato una distorsione alla caviglia sinistra, una periartropatia e una listesis L5-S1. Tali patologie non erano chiaramente indicate in passato e la lettera non presenta obiettività. Non rimane che prevedere anche una visita reumatologica per integrare anche questi elementi nella valutazione medica SMR (...)” (doc. AI 26/1) – , è proprio per queste ragioni che l’Ufficio AI ha predisposto una perizia psichiatrica a cura del Centro peritale delle assicurazioni sociali e una visita medica a cura del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 23/1-2 e 27/1). Tanto il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, quanto il dr. \_\_\_\_\_, nei loro referti 19 febbraio 2009 (doc. AI 24/2-7) e 23 marzo 2009 (doc. AI 31/1-4), hanno potuto pertanto esprimere le loro valutazioni – a cui va conferita piena forza probatoria poiché, oltre a non essere state validamente contestate, risultano essere complete, concludenti, motivate e prive di contraddizioni e di elementi che portano a dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 351) – in conoscenza di tutti i danni alla salute lamentati dall’assicurata e dai suoi medici curanti. Va qui pure ricordato 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). Inoltre, 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\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Viste le risultanze appena esposte – osservato come l’assicurata non abbia sfruttato la sua capacità lavorativa residua e ribadito che va ritenuta abile al lavoro nella misura del 50% in qualsiasi attività rispettosa dei limiti funzionali posti dal dr. \_\_\_\_\_ e che l’occupazione al 20% svolta prima del danno alla salute presso la ditta del marito rispettava questi limiti – , conformemente alla giurisprudenza citata (cfr. consid. 2.3), questo Tribunale deve dunque concludere che la decisione 13 agosto 2009 (doc. AI 49/1-2 e le motivazioni sub doc. AI 46/1-3) – con la quale l’Ufficio AI aveva ritenuto un grado d’invalidità del 10% per la parte di salariata – era manifestamente errata. Quanto all’ulteriore presupposto necessario per poter sopprimere la rendita finora erogata in via di riconsiderazione, ovvero quello dell’importanza rilevante della correzione, lo stesso è nella specie realizzato considerato che, ritenuto correttamente solo il grado d’invalidità per la parte di casalinga del 42% ( $80 \times 52\% = 41.6\%$  arrotondato al 42% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 21 consid. 3.2), all’assicurata andava riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita e non alla mezza rendita (art. 28 cpv. 2 LAI). 2.6. Riguardo alla nuova documentazione medica prodotta, viste le annotazioni 7 luglio 2010 nelle quali il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_, entrambi medici SMR, si sono così espressi: “ (...) prescrizione di cura balneo-termale da parte del dr. \_\_\_\_\_ del 21.4.2010 rapporto dr. \_\_\_\_\_, psichiatra, del 16.6.2010: diagnosi: stato depressivo ricorrente F 33.2 cronicizzato sindrome dolorosa somatoforme persistente rapporto dr. \_\_\_\_\_, immunologo, del 9.6.2010: - presenza di pemfigo volgare da 14 anni - a partire dall’11.2009 nuova recrudescenza della malattia con indicazione a riprendere il trattamento con Mabthera Il rapporto medico del Dr. \_\_\_\_\_ conferma la

presenza di un disturbo depressivo cronicizzato, già identificato durante la perizia al Centro peritale del febbraio 2009 in cui l'episodio depressivo presente era rappresentato da una forma di grado medio grave e definito ormai come cronico. Il Dr. \_\_\_\_\_ riporta che i dolori che si accompagnano con lo stato depressivo sono compatibili con la diagnosi di una sindrome dolorosa somatoforme persistente. Tale diagnosi non era mai stata espressa nei certificati precedenti da parte dello psichiatra curante. A livello medico non vengono descritti quali siano i limiti legati alla patologia psichiatrica che portano lo psichiatra curante a definire una CL ridotta in maniera completa come salariata e all'80% come casalinga. Conclusioni: l'attuale documentazione conferma una situazione cronica nota, non risulta dagli attuali rapporti una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alle valutazioni precedenti. (...) " (XIII/bis) l'Ufficio AI ha escluso un peggioramento dello stato medico-valetudinario. Questo Tribunale non ravvede alcuna ragione per non fare proprie le conclusioni a cui sono giunti i medici SMR. Infatti, il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna e malattie reumatiche, nel certificato medico 21 aprile 2010 non pone delle nuove diagnosi rispetto a quelle considerate dal dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto medico 23 marzo 2009 (doc. AI 31/1-4) e un peggioramento della situazione valetudinaria non può essere dedotto per la sola prescrizione di cure balneo-termali. D'altra parte il dr. \_\_\_\_\_, caposervizio del Servizio di immunologia clinica e allergologia, dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, dopo che già nel rapporto 17 settembre 2009 – osservato che la terapia con Mabthera dal 2008 aveva portato ad un miglioramento clinico, ma non a una remissione completa – non aveva attestato alcuna incapacità lavorativa concludendo che il quadro clinico autoimmune "(...) configura una problematica cronica, recidivante, spesso complicata da infetti locali che impediscono quindi una normale quotidianità e che hanno sicuramente giocato un ruolo non trascurabile nelle problematiche ansioso depressive (...)" (doc. AI 60/2-3), anche nel certificato medico 9 giugno 2010 non si è espresso chiaramente sulla capacità lavorativa e, attestata una nuova recrudescenza della malattia dal novembre 2009, si è limitato a ribadire che "(...) il quadro clinico autoimmune presentato dalla Signora RI 1 è cronico, recidivante, spesso complicato pure da infezioni locali (attualmente non in corso) che impediscono quindi una normale quotidianità e che hanno sicuramente giocato un ruolo non trascurabile nelle problematiche ansioso-depressive (...)" (doc. F, la sottolineatura è del redattore). Infine, il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico 16 giugno 2010 (doc. C) ha posto per la prima volta la diagnosi di sindrome dolorosa somatoforme persistente senza tuttavia specificare quando questa sarebbe insorta rispettivamente le ragioni che escludono che la stessa possa essere superata con uno sforzo di volontà (secondo la giurisprudenza federale un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI; cfr. la STF 9C\_662/2009 del 17 agosto 2010, consid. 2.2 e i riferimenti ivi menzionati). Giova qui inoltre ricordare che secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione dell'Ufficio AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Essi stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato, determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGa, di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile. Sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. In questo senso scopo e senso 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 dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. la STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 2 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Quanto all'ulteriore documentazione medica prodotta in corso di causa (rapporto 19 agosto 2010 del dr. \_\_\_\_\_ sub doc. H; rapporto 28 luglio 2010 del dr. \_\_\_\_\_, medico aggiunto ortopedia, presso l'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, sub doc. G/1; Risonanza magnetica dell'arti-colazione sacro-iliaca del 29 luglio 2010, sub doc. G/2 e MR ginocchio sn nativo del 4 giugno 2010, sub. doc. G/3) la stessa è ininfluyente in quanto si riferisce ad un periodo posteriore alla decisione impugnata. All'assicurata va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una domanda di revisione. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4).

2.7. Visto tutto quanto precede e ritenuto che dal 13 agosto 2009 fino al 30 marzo 2010 (data della decisione impugnata) non è subentrato un peggioramento della situazione medico-valetu-dinaria – che pertanto il grado d'invalidità del 42%, considerate le quote parti di salariata (20%) e casalinga (80%), non è mutato (cfr. consid. 2.5) – è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha ridotto in via di riconsiderazione la mezza rendita a un quarto di rendita, con effetto dal 1. maggio 2010. Il ricorso va pertanto respinto.

2.8. Quanto alle censure secondo le quali vi sarebbe stata una lesione del diritto di essere sentito – “(...) l'UAI non ha mai preannunciato l'intenzione di procedere con una riconsiderazione, né si è riservata tale facoltà al momento in cui si è posta la questione della reformatio in pejus, ciò che ha comportato un'inammissibile violazione del diritto di essere sentita della signora RI 1, indotta a ritirare il ricorso senza debita informazione e sufficiente cognizione di causa (...)” (doc. AI 80/10) – e la riconsiderazione sarebbe tardiva – “(...) l'attuale procedura di riconsiderazione avviata per i medesimi motivi che avevano giustificato l'ipotesi di reformatio in pejus in sede giudiziaria è improponibile e comunque tardiva (...)” (doc. AI 80/10) – il TCA rileva quanto segue. Innanzitutto l'assicurata non è stata indotta a ritirare il ricorso interposto contro la decisione del 13 agosto 2009, ma proprio avuto riguardo al suo diritto di essere sentita (cfr. al riguardo la STF 8C\_1027/2009 del 17 agosto 2010 e i riferimenti giurisprudenziali ivi indicati), è stata invitata dal vicepresidente del TCA ad esprimersi in merito ad una possibile decisione a suo sfavore e, conformemente alla giurisprudenza federale (DTF 125 V 417 consid. 2c, 122 V 166, cfr. anche STFA I 565/03 del 24 febbraio 2004 e STFA I 677/02 del 3 febbraio 2003), resa attenta circa la possibilità di ritirare il gravame. D'altra parte, con il progetto di decisione 21 gennaio 2010 (doc. AI 69/1-4), l'amministrazione ha preavvisato la sua intenzione di ridurre la mezza rendita a un quarto e l'assicurata, tramite l'avv. RA 1, si è espressa in merito con osservazioni del 23 febbraio 2010 (doc. AI 75/1-2). Quanto alla tempestività della riconsiderazione va qui ribadito che, conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può in ogni tempo 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 (STFA I 512/05 del 3 maggio 2006, consid. 3 e riferimenti confermata nella STF I 832/05 del 25 aprile 2007).

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 complessive fr. 200.-- vanno a carico della ricorrente. 2.10. L'assicurata ha chiesto l'assistenza giudiziaria. Ai sensi dell'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Schulthess 2009, ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. dal 104 al 108, pag. 788-789) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza federale, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004 consid. 4.1.2). Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'assicurata deve essere applicato l'importo base mensile per coniugi pari a fr. 1'700.--, stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento, quale Autorità di vigilanza cantonale e in vigore dal 1° settembre 2009, tuttora in uso. Questi importi comprendono già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo). Al minimo esecutivo va aggiunto un supplemento al massimo del 15-25%, secondo la giurisprudenza citata. In casu la ricorrente si trova nel bisogno. L'assicurata ha infatti dichiarato di percepire con il marito complessivamente una rendita mensile AI di fr. 2'717.-- (fr. 507.-- lei e fr. 2'210.-- il marito; doc. A allegato a IV/bis). Ella non ha inoltre dichiarato di possedere della sostanza, eccezion fatta per un'automobile VW Golf del 1999, e a carico di suo marito, fino al 20 ottobre 2009, risultano degli attestati di carenza beni per complessivi fr. 90'981.75 (doc. 15 allegato a IV/bis). Ritenuto che le voci riguardanti i figli vanno escluse – la figlia \_\_\_\_\_, nata nel 1981, è indipendente (doc. AI 37/7) e per il figlio \_\_\_\_\_, nato nel 1985, studente universitario, va rilevato che nella STCA dell'11 novembre 2009 (35.2009.79) questo Tribunale ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) dal profilo esecutivo invece, non appare equo porre a carico dei creditori del genitore escusso i costi di una formazione di tipo superiore. Spetta al figlio far capo autonomamente ai prestiti di studio (cfr. sentenza 15.2005.20 del 9 giugno 2005 della Camera di esecuzione e fallimenti del Tribunale d'appello, consid.

## E. 5.2

e dottrina e giurisprudenza ivi citate; si veda pure il punto II/6 della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, sotto il titolo “Spese per l’istruzione dei figli”) (...)” (STCA dell’11 novembre 2009, consid. 2.5.2) – il reddito della famiglia dell’assicurata ammonta dunque a fr. 2’717.--. Aggiungendo all’importo di base di fr. 1’700.-- il supplemento del 15% e la pigione dell’appartamento a \_\_\_\_\_ di fr. 1’150.-- (doc. 1 allegato a IV/bis), si ottiene già un importo superiore alle entrate mensili. L’assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l’intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere manifestamente privo di fondamento. L’assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va quindi concessa, riservato l’eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell’assicurata dovesse in futuro migliorare (art. 61 cpv. 1 lett. f LPG; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag). Ne consegue che la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali (STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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