

GR_GERICHTE S 2013 16 vom 3. Oktober 2013

GR Gerichte, 2013-10-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2013_16

FR: GR_GERICHTE S 2013 16 du 3 octobre 2013

IT: GR_GERICHTE S 2013 16 del 3 ottobre 2013

Regeste

rendita AI | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Giusta l'art. 17 cpv. 1 della legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), se il grado d'invalidità della beneficiaria della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modificazione sensibile dello stato di salute, bensì anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 cons. 3.5 e 113 V 275 cons. 1a). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 cons. 2b e 390 cons. 1b). Nel caso di una revisione della rendita (su richiesta o d'ufficio), il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado di invalidità suscettibile di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è dato, dal

- 5 - profilo temporale, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi (DTF 133 V 114 cons. 5.4).

E. 2

a) Nelle proprie osservazioni dell'8 dicembre 2012 rivolte al decreto provvisorio del 12 novembre 2012, l'istante non solo contestava che fosse subentrato un miglioramento, ma riteneva che la sua situazione clinica fosse nel frattempo peggiorata. In sede di ricorso, la ricorrente rimprovera all'ufficio convenuto di non essersi espresso su detta problematica. La censura non merita però protezione. Nello scritto dell'8 dicembre 2012, l'assicurata contestava fosse intervenuto un qualsivoglia miglioramento delle proprie condizioni di salute, metteva in dubbio le conclusioni peritali e reputava di essere più impedita che in precedenza in determinate attività. Che con detto scritto si intendesse notificare il subentrare di un peggioramento sul quale l'ufficio convenuto avrebbe dovuto prendere separatamente posizione non è difendibile. Solo in sede di ricorso l'assicurata ha allegata la nuova documentazione medica in suo possesso concernente il consulto per combattere l'obesità (relazione del 14 settembre 2012 del dott. med. B.____), la relazione del neurologo interpellato per le cefalee (relazione del 6 novembre 2012 del Prof. dott. med.

C._____) e le certificazioni del medico curante dott. med. D.____ (relazioni del 29 gennaio e del 4 febbraio 2013) nonché dello psichiatra che la segue dal 1998 dott. med. E.____ (certificazione del 31 gennaio 2013). b) Secondo la costante giurisprudenza del Tribunale Federale delle assicurazioni, il Giudice delle assicurazioni sociali giudica la legalità delle decisioni impugnate basandosi sullo stato di fatto attuale al momento dell'emanazione della decisione litigiosa (DTF 121 V 366 cons. 1b, 116 V

- 6 - 248 e riferimenti e sentenza del Tribunale amministrativo S 01 291). D'altro canto, situazioni atte a modificare posteriormente uno stato di fatto devono essere oggetto di una nuova decisione per quanto le stesse non siano idonee a influire sulla situazione al momento della decisione (DTF 117 V 293 cons. 4 e sentenza del Tribunale amministrativo S 09 92). Nell'evenienza in oggetto, i nuovi mezzi di prova allegati al ricorso dei dott. med. D.____ e E.____ che l'assicurata reputa propri a dimostrare il subentrare di un peggioramento valutano, sia per quanto riguarda la diagnosi che la sua ripercussione sull'abilità lavorativa, la situazione in cui l'istante si trova da anni e non la situazione venutasi a creare dopo il rilascio della decisione impugnata. Tali certificati, come le osservazioni fatte in merito al disturbo del comportamento alimentare, non comprovano però oggettivamente alcun peggioramento. Anche quanto attestato dal neurologo non dimostra alcun peggioramento della situazione dell'istante, ma si limita a sostenere un'inabilità in caso di forti cefalee, patologia che però era già stata come tale rilevata e valutata presso il SAM e che non è notoriamente insorta di recente. E' vero che il medico di famiglia dott. med. D.____, il 22 febbraio 2012, quindi prima dell'emanazione della decisione di rifiuto, ventilava un peggioramento dello stato di salute. Tale affermazione veniva però fatta propriamente nell'ambito della procedura di revisione della rendita. Era propriamente per chiarire la situazione clinica dell'assicurata che veniva ordinato un esame pluridisciplinare in esito al quale la situazione risultava non peggiorata, ma migliorata. In ogni caso anche il peggioramento segnalato dal dott. med. D.____ il 22 febbraio 2012 veniva ascritto essenzialmente alla situazione sul posto di lavoro e solo in modo del tutto generalizzato al subentrare di ulteriori problemi di salute, come tali del resto evidenziati anche in seguito nella perizia SAM del 2012. Non vi sono pertanto elementi concreti nella documentazione medica prodotta che rendano verosimile il prodursi di un aggravamento o che comunque depongano a favore del verificarsi di una

- 7 - modifica della situazione dell'istante dopo l'emanazione della decisione di soppressione della rendita. Nell'ambito della procedura di rendita ed alla sua conclusione non vi sono elementi agli atti che rendano credibile il subentrare di un peggioramento sul quale l'amministrazione sarebbe ancora tenuta a statuire.

E. 3

a) Giusta l'art. 28 cpv. 2 della legge federale su l'assicurazione per l'invalidità (LAI; RS 831.20), le assicurate hanno diritto ad un quarto di rendita se sono invalide almeno al 40 %. In generale, ai sensi dell'art. 16 LPG, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurata conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lei in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalida) e il reddito del lavoro che essa avrebbe potuto conseguire se non fosse diventata invalida (reddito da valida). Nell'evenienza è propriamente controverso il subentrare di un miglioramento dello stato di salute tale da giustificare la soppressione della rendita d'invalidità di un quarto. Occorre pertanto paragonare la situazione clinica

dell'assicurata come si presentava al momento della decisione di rendita nel 2007 e quella attuale, giacché dal profilo lavorativo non sono intervenuti cambiamenti importanti nell'attività svolta (l'assicurata resta occupata presso lo stesso datore di lavoro), nel grado d'occupazione o in abito retributivo. b) Nel 2007, dal profilo medico-teorico era stata ritenuta ripercuotersi sulla capacità lavorativa essenzialmente la sindrome ansioso-depressiva, mentre i problemi legati alla fibromialgia, al decondizionamento muscolare, all'iperlassità articolare, ai disturbi statici del rachide, al tremore posturale degli arti superiori, alla cefalea e all'obesità non erano

- 8 - ritenuti incidere sulla residua abilità (documento 33 - 13/34). Dalla perizia SAM del 21 maggio 2007 si legge che dal punto di vista psichiatrico, l'assicurata presentava un'incapacità al lavoro del 40 %. La prognosi psichiatrica era favorevole e non escludeva la possibilità di un recupero totale della capacità lavorativa nelle attività di tipo medio-leggero (documento 33 - 16/34). Nell'attività d'ufficio o simili l'assicurata era reputata abile al 60 % come del resto anche in tutte le attività di carattere medio-leggero con carichi variabili e con la possibilità di alternare le posizioni corporee (documento 33 - 14/34 ss.). Per quanto riguardava i problemi di tipo reumatologico, questi erano reputati incidere sulla residua abilità in misura del 10 % in un'attività a carattere sedentario, mentre in un lavoro adatto allo stato di salute l'abilità era dal profilo reumatologico del 100 % (documento 33 - 25/34). Nessuna incapacità era da segnalare dal profilo neurologico (documento 33 - 15/34). Complessivamente nel 2007 i medici avevano ritenuto che il grado d'impedimento presentato dalla paziente fosse del 40 %.

E. 4

a) In base alla perizia SAM del 20 settembre 2012, le diagnosi invalidanti hanno effettivamente subita una leggera modifica. Accanto ad un disturbo di personalità misto ed una sindrome ansioso-depressiva, assurgono a carattere invalidante anche le minime alterazioni degenerative della colonna cervicale su iniziale condrosi C4-C6 con uncartrosi e la diagnosi di fibromialgia è stata ridotta da una "tendenza fibromialgica". L'iperlassità articolare, i disturbi statici del rachide, l'obesità, il decondizionamento muscolare, l'ipertensione arteriosa, le varici agli arti inferiori e la macroprolattinemia non erano invece ritenuti incidere sull'abilità lavorativa (documento 87 - 11/37 s.). Con particolare riferimento a questo gruppo di disturbi e in base alla sintomatologia lamentata, la ricorrente chiede un consulto anche da parte di uno specialista in endocrinologia,

- 9 - gastroenterologia e neurologia. La richiesta non merita di essere accolta per i motivi che seguono. b) Essendo l'assicurata affetta da numerosi disturbi, interessanti diversi ambiti della medicina è stato giustamente ordinato un esame pluridisciplinare, al fine di determinare con precisione il grado complessivo dell'incapacità lavorativa dell'interessata. Infatti, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un'assicurata che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo ad un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (sentenza del Tribunale federale 9C_400/2011 del 23 marzo 2012 e riferimenti). Nell'evenienza in oggetto, in considerazione dei disturbi sofferti dall'assicurata è stata giustamente ordinata una perizia pluridisciplinare. In considerazione delle patologie invalidanti sofferte e sulla scorta di quanto emergeva dalla precedente perizia SAM, gli organi AI hanno stabilito quali tipi di accertamenti fossero necessari ai fini

della revisione. In data 10 luglio 2007, la ricorrente veniva debitamente informata che sarebbe stata sottoposta a consulto specialistico presso il SAM da parte di tre diversi medici specializzati in medicina generale interna, in psichiatria/psicoterapia e in reumatologia. Se essa riteneva indispensabile anche altre specifiche indagini, avrebbe già in detta sede potuto reagire al riguardo. Vada però ricordato che anche un esame pluridisciplinare non può riguardare tutte le più remote indagini mediche che potrebbero in qualche modo incidere sulla situazione della paziente, ma generalmente si limita al consulto specialistico relativamente alle patologie principali, che nell'eventualità erano i disturbi psichici e la fibromialgia. Se poi

- 10 - concretamente in occasione di un consulto, dovesse sorgere la necessità di ulteriori indagini, queste potrebbero sempre essere ordinate anche in seguito. In ogni caso, dove non vi siano elementi per considerare che sussistano fattori invalidanti non vi è neppure motivo di ordinare indagini mediche approfondite. c) Nell'evenienza, non è posto in discussione che l'assicurata sia in sovrappeso e che l'aspetto ponderale comporti pure dei sovraccarichi a livello articolare. Il reumatologo non reputa però di carattere invalidante il disturbo (documento 87 – 35/37) e non vi è agli atti alcuna attestazione medica che certifichi, motivandolo, il contrario. L'attività svolta e auspicata è di tipo sedentario con posizioni alternate e quindi di poca rilevanza per le ginocchia. Per ammissione della stessa ricorrente, il fattore ponderale e l'eventuale disturbo del comportamento alimentare sono maggiormente legati alla sua psiche che ad altri fattori. Da questo profilo, l'istante permane in cura dal proprio psichiatra per cui non è dato concludere all'influenza addizionale di tale disturbo sulla residua abilità. Anche l'eventuale necessità di ricorrere ad una dieta specifica non permette di ritenere per questo la disfunzione propria ad incidere sulla residua abilità lavorativa. In questo senso il giudizio espresso dai medici del SAM, che non considerano invalidante l'aspetto ponderale, è convincente. Anche i disturbi addominali e intestinali erano già stati investigati il 31 gennaio 2012, per cui non è dato sapere cosa l'assicurata voglia veder indagato nuovamente da un gastroenterologo. Analoghe considerazioni si impongono per l'ipertensione arteriosa. Tale tipo di patologia, non è notoriamente portatrice di limitazioni di tipo invalidante. Se l'assicurata sostiene il contrario, è necessario meglio concretizzare in che misura tale diagnosi possa ripercuotersi sulla sua situazione lavorativa. L'eventuale disfunzione di carattere endocrino, oggetto delle visite specialistiche del 13 marzo 2002 e del 27 aprile 2005, non è mai stata reputata assumere

- 11 - carattere invalidante neppure dagli stessi endocrinologi, per cui non si impongono ulteriori indagini al proposito. La gamma di patologie che l'istante vorrebbe meglio indagate ed i reperti medici relativi erano poi noti ai medici del SAM. Anche senza essere specialisti in materia detti medici hanno certamente avuto modo di valutare la situazione complessiva della ricorrente, tenendo adeguatamente conto di tutte le caratteristiche del caso concreto, come confermano del resto le diagnosi poste. La ricorrente chiede infine, anche un esame neurologico, relazionandolo probabilmente alle cefalee. In principio, la necessità di procedere a tale indagine va indubbiamente lasciata all'apprezzamento degli esperti, che però nell'evenienza non consideravano il disturbo tale da essere reputato invalidante. Dal punto di vista neurologico, l'istante è comunque stata indagata su iniziativa privata ed i risultati dell'indagine non apportano elementi di giudizio nuovi, anche se il neurologo opera una diversa valutazione della ripercussione di tali sintomi sulla residua abilità, questione oggetto del considerando 5 che segue. Ne consegue che anche a posteriori la necessità di procedere ad un esame neurologico in sede pluridisciplinare non appariva

tassativa, per cui non è dato concludere a manifeste carenze formali dell'esame condotto presso il SAM. d) La ricorrente chiede poi di essere nuovamente peritata nella svizzera tedesca, dove gli accertamenti verrebbero eseguiti in modo più serio e puntuale. Anche a questa pretesa non può essere dato seguito. Nella sentenza di principio del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210), il Tribunale federale si è dettagliatamente espresso sulle innumerevoli critiche rivolte alla piena forza probatoria che la giurisprudenza riconosce alle perizie SAM. In detto giudizio l'Alta Corte riteneva che il procurarsi e l'avvalersi in sede giudiziaria delle perizie mediche allestite da servizi esterni specializzati non violasse la nostra Costituzione e neppure la

- 12 - Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Parallelamente però, anche in virtù della dipendenza economica di tali servizi medici rispetto all'AI, il Tribunale federale riconosceva in questa scelta un latente pericolo per le garanzie procedurali della persona assicurata. Per questo veniva ammessa la necessità di apportare alcuni correttivi alla prassi in vigore, nel senso di: assegnare gli incarichi ai diversi servizi di accertamento medico della Svizzera secondo la sorte, operare una certa distinzione della tariffa peritale, migliorare l'uniformità e il controllo della qualità delle esigenze poste ad una perizia, accordare maggior diritti di partecipazione alle interessate, emanare un provvedimento intermedio impugnabile separatamente in caso di contestazione della perizia e dare antecedentemente dei diritti di collaborazione alla persona concerta. La valenza probatoria di un rapporto SAM eseguito sotto l'egida del cambiamento di prassi veniva allora relativizzata nel senso che anche piccoli dubbi sull'affidabilità e congruenza degli accertamenti medici condotti fossero reputati bastare per diffidare dell'attendibilità del risultato conseguito e quindi per ordinare un nuovo accertamento (sentenza del Tribunale federale 9C_495/2012 del 4 ottobre 2012). Nell'evenienza, la scelta del servizio incaricato dell'accertamento è stata lasciata alla sorte come stabilito dalla giurisprudenza del Tribunale federale (documenti 80 – 1/1 e 81 – 1/1). Grazie alla casualità, è sufficientemente garantito un esame entro i parametri posti dalla giurisprudenza federale e la perizia SAM è reputata godere di pieno valore probatorio. La richiesta di una nuova indagine medica altrove non può in queste condizioni essere esaudita. e) In merito 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 dalla paziente, che sia stato approntato in piena

- 13 - conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non sono pertanto decisivi né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto, bensì il suo contenuto (DTF 135 V 465 cons. 4.4, 125 V 352 cons. 3 e 122 V 160 cons. 1c). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In termini di prove, per quanto esposto nel considerando che precede, la perizia SAM in oggetto gode di pieno valore probatorio ed è dato scostarsi dai risultati della stessa solo se motivi impellenti lo giustificano. Malgrado il parere contrario espresso dei medici curanti, solitamente non è dato scostarsi dalle risultanze di una perizia medica ordinata dall'amministrazione (DTF 124 I 175 cons. 4 e sentenze del Tribunale federale 9C_495/2012 del 4 ottobre 2012, 9C_24/2008 del 27 maggio 2008, I 701/05 del 5 gennaio 2007) e meno che sussistano elementi oggettivamente tali da lasciar

apparire dubbie le conclusioni dei periti.

E. 5

a) In occasione dell'indagine eseguita nel 2012, reumatologicamente, la situazione dal punto di vista funzionale e strutturale era reputata essere rimasta immutata. Vi erano, infatti, alcuni miglioramenti rispetto alla situazione riscontrata nel 2007, ma erano nel frattempo insorte anche altre patologie. I dolori cervicali che prima si presentavano alla frequenza di tre o quattro giorni al mese, si presentavano ora ogni tre o quattro giorni, duravano una giornata ed avevano caratteristiche emicraniche (nausea, fotofobia, accentuazione allo sforzo ecc.). Per il resto però la situazione della colonna cervicale quanto a mobilità e dolorabilità era rimasta praticamente uguale. L'uncartrosi C5-C6 evidenziata nel 2007 permaneva praticamente invariata al nuovo esame radiologico anche se

- 14 - nel frattempo veniva segnalata una iniziale condrosi. Assenti erano deficit cervicoradicolarari. Agli arti superiori l'assicurata accusava maggiori disturbi soprattutto alle dita, che però non potevano essere oggettivati in occasione della visita. Rispetto all'esame precedente la colonna lombare appariva invece libera ai movimenti ed erano assenti deficit lomboradicolarari. Anche le gonalgie alle due ginocchia patite nel 2007 si riducevano al solo ginocchio sinistro. Mentre nel 2007 "era presente una sindrome fibromialgica generalizzata e conclamata con 12 punti su 18 punti fibromialgici positivi, ora l'assicurata presenta solamente 6 punti fibromialgici positivi ripartiti simmetricamente alla parte superiore ed inferiore del corpo, per cui la diagnosi veniva corretta in "tendenza fibromialgica" (documento 87 - 35/37). In base all'indagine clinica, il reumatologo concludeva che in termini d'abilità l'assicurata restava abile completamente in attività di carattere medio-leggero con carichi variabili che permettessero di alternare le posizioni corporee, mentre in attività a carattere tendenzialmente statiche la diminuzione del rendimento era da quantificare al 10 %. In questo senso pertanto, la situazione riscontrata dal reumatologo nel 2012 era rimasta invariata rispetto a quella che l'assicurata presentava al momento della fissazione della rendita d'invalidità. b) Dal profilo psichico, accanto all'iniziale sindrome ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2) veniva diagnosticato dalla dott. med. F._____ anche un disturbo di personalità misto (ICD-10 F 61.0). Secondo la specialista in psichiatria, anche se il quadro apparentemente metteva in luce un numero di diagnosi maggiore, "in realtà appare meno compromettente sul piano del funzionamento". Rispetto a quanto rilevato nel 2007 dal collega dott. med. G._____, che indicava una inabilità del 40 %, la paziente presentava un quadro nel complesso migliorato rispetto all'esame precedente nella sua qualità espressiva e relativamente alle ripercussioni

- 15 - sulla qualità del funzionamento. Dalla relazione è deducibile che ad oggi la paziente manifestava con maggior chiarezza il disturbo di personalità che di fatto porta all'espressione di un conflitto interno che mal gestisce ed esprime in termini sintomatici. Essa manifestava pure elementi umorali e ansiosi, però di lieve entità e che meno inficiavano sul suo funzionamento complessivo. Per gli aspetti prettamente psichiatrici, questo quadro giustificava secondo la dott. med. F._____ una incapacità lavorativa del 25 % nell'attività d'ufficio svolta fino ad allora ed in tutte le altre attività teoricamente esigibili (documento 87 - 13/37 e 28/37 s.). La ricorrente contesta tale apprezzamento, ritenendo che lo stesso faccia completa astrazione della concreta situazione sul posto di lavoro. La critica è però immotivata, in quanto la situazione lavorativa dell'assicurata era stata debitamente analizzata anche presso il SAM (documento 87 - 5/37). In detta sede, era l'assicurata stessa ad ammettere un miglioramento del clima di lavoro rispetto agli anni precedenti e di essere

soddisfatta dal profilo professionale, anche se il lavoro non diminuiva durante l'estate a causa della domanda di climatizzatori. La valutazione psichiatrica fatta presso il SAM era del resto confermata anche dal dott. med. E. _____ che il 5 marzo 2012 poneva la diagnosi di episodio depressivo lieve e sindrome di attacchi di panico. Rispetto alla situazione riscontrata due anni prima, lo specialista considerava intervenuto un miglioramento importante della situazione psichica. La paziente, a parte episodi depressivi brevi e stati d'ansia, godeva di una certa stabilità e riusciva a gestire bene la sua situazione malgrado le varie difficoltà socio- economiche. In termini di abilità lavorativa lo psichiatra curante indicava una capacità del 70 %. L'attestazione fornita in seguito dal dott. med. E. _____ e giusta la quale l'assicurata sarebbe dal profilo psichico da anni inabile al 40 % non è suscettibile di confutare quanto accertato in precedenza. In particolare non è da tale attestazione deducibile alcuna valutazione quanto all'attuale situazione lavorativa. Che l'assicurata sia

- 16 - stata dal 2007 reputata inabile in ragione del 40 % è notorio, ma non comporta alcun giudizio sull'attuale reale grado d'impedimento. Alla luce delle valutazioni specialistiche agli atti, giustamente la situazione psichica dell'istante è stata considerata essere notevolmente migliorata. c) Nella perizia SAM il complessivo grado d'impedimento medico-teorico è stato valutato al 30 %, benché la situazione dal punto di vista psichico permettesse di concludere ad una inabilità lavorativa del 25 % e non di più. Contrariamente a quanto avvenuto nel 2007, quando la limitazione dal profilo psichico del 40 % era stata ripresa in modo immutato, questa nuova valutazione complessiva ha pertanto necessariamente considerato anche un certo grado d'impedimento estraneo alla sola problematica psichica (almeno in ragione della differenza tra il 25 % e il 30 %). Nella perizia non vengono fornite spiegazioni che giustificano tale aumento. Portando il complessivo grado d'impedimento al 30 %, i medici del SAM hanno però di fatto reputato incidere sulla situazione dell'istante in una certa misura anche la problematica di carattere prettamente fisico, pur essendo rimasta altrimenti invariata la situazione reumatologica rispetto al 2007. d) In merito alle cefalee, l'assicurata è stata vista dal dott. med. C. _____ in data 5 novembre 2012. Nella sua relazione del 6 novembre 2012, il neurologo poneva la diagnosi di "sospetta emicrania" senza aura e riteneva sussistere un'incapacità lavorativa in caso di forti cefalee. Il grado di tale incapacità non era espresso in percentuale, ma nella propria relazione il medico precisava che circa tre volte al mese la paziente avrebbe degli attacchi molto forti. A parte gli episodi caratterizzati da forti emicranie, per le cefalee l'assicurata traeva altrimenti beneficio dalla cura medicamentosa. Da quanto emerge da tale certificazione, è dato ritenere che circa tre volte al mese, per quanto gli episodi si verificano durante le

- 17 - giornate lavorative, l'istante soffra di emicranie proprie ad incidere sulla sua abilità lavorativa, benché non sia dato sapere in quale misura. Anche volendo quindi ritenere un'incidenza di tale patologia sulla residua capacità lavorativa della ricorrente, la misura dell'impedimento non può in ogni caso essere ritenuta superiore a quanto reputato nella perizia SAM del 2012 ascrivibile alle limitazioni che esulano dall'aspetto propriamente psichico, ovvero alla differenza tra il 25 % ed il 30 % di inabilità. Contrariamente a quanto preteso nel ricorso, è in ogni caso ammesso che anche altre patologie e non solo quelle psichiche abbiano nell'evenienza trovato, contrariamente alla valutazione fatta in precedenza, una certa rilevanza nella determinazione del grado d'impedimento complessivo dal profilo medico-teorico. e) In sede di ricorso l'istante allega due attestazioni del dott.

med. D._____, stando alle quali la paziente non sarebbe stata ritenuta abile al lavoro nella misura del 100 % (certificato medico del 29 gennaio 2013) e sarebbe stata ritenuta abile al lavoro al 50 % (certificato medico del 4 febbraio 2013). E' bene al proposito precisare che non è qui in discussione il recupero di una piena capacità lucrativa, ma solo di un'abilità in ragione del 70%. Nei due certificati stilati dal medico di famiglia, il dott. med. D._____ si limitava a rievocare le diagnosi già poste in precedenza ed ad esprimere in termini percentuali la pretesa abilità al lavoro. Considerata l'assenza di indicazioni concrete a fondamento delle pretese limitazioni attestate e tenuto conto della generale esperienza della vita, in base alla quale nella valutazione dei rapporti dei medici curanti il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente tra medico e paziente, nelle situazioni di dubbio, detti medici tendono ad attestare in favore del proprio cliente (DTF 125 V 353 cons. 3b/cc e 124 I 175 cons. 4 nonché STF 8C_548/2009 del 3 settembre 2009), questi due certificati non sono in grado di scalfire

- 18 - l'attendibilità di quanto è stato accertato presso il SAM. Per questo, il grado dell'impedimento medico teorico del 30 % non dà adito a critiche. f) Per l'istante non sarebbe infine neppure stata presa in debita considerazione l'importante difficoltà che essa riscontrerebbe nell'esecuzione dei lavori di casa, che la renderebbe sempre più dipendente dall'aiuto del compagno di vita. Per la definizione del grado d'impedimento di una persona esercitante un'attività lucrativa non sono rilevanti le difficoltà che l'assicurata riscontra in ambito domestico. Partendo dal presupposto che l'assicurata esercitava da sana un'attività lucrativa a tempo pieno, il grado d'impedimento riscontrato nell'economia domestica non può essere preso in considerazione nella valutazione del grado d'invalidità secondo il metodo del paragone dei redditi.

E. 6

Per determinare il reddito da invalida fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta della persona assicurata, a condizione che quest'ultima sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS), edita dall'Ufficio federale di statistica (DTF 126 V 76 cons. 3b). Nell'evenienza, l'ammontare dei redditi presi a paragone non è contestato. Operando quindi il paragone tra quanto l'assicurata avrebbe conseguito senza invalidità nel 2012 pari a fr. 71'897.-- e quanto potrebbe ancora realizzare esercitando un'attività nell'ambito dei servizi e tenendo in considerazione un livello di qualifica 3 (TA1, indicatori 45-96) in ragione del 70 % pari a fr. 45'832.-- (fr. 65'474.-- x 70 %) ne risulta un grado d'invalidità del 36 %. Tale percentuale non raggiunge il minimo legale del 40 % che dà diritto alla rendita di un quarto. Ne consegue che la

- 19 - decisione di soppressione della rendita d'invalidità merita conferma ed il ricorso deve essere respinto.

E. 7

In conclusione, il ricorso è respinto e viene confermata la soppressione della rendita d'invalidità decisa. In deroga all'art. 61 lett. a LPGA, 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 tra fr.

200.-- e fr. 1000.-- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (art. 69 cpv. 1bis LAI). Considerato l'esito del ricorso, i costi del procedimento vanno accollati alla ricorrente. Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto. 2. Vengono prelevati dei costi di fr. 700.--, il cui importo sarà versato da A._____, entro trenta giorni dalla notifica della presente decisione all'Amministrazione delle finanze del Cantone dei Grigioni, Coira. 3. [Vie di diritto] 4. [Comunicazioni]

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