

TI_GERICHTE 32.2002.79 vom 29. Mai 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-05-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.79

FR: TI_GERICHTE 32.2002.79 du 29 mai 2002

IT: TI_GERICHTE 32.2002.79 del 29 maggio 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 18

cpv. 1 LAI). 2.5. L'art. 17 LAI prevede in particolare che: " L'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale." Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 111 consid. 2b; AHV Praxis 1997 p. 80 consid. 1b; SVR 1998 IV Nr. 24). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI " per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare sensibilmente la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità." Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (DTF 124 V 110 consid. 2a; SVR 1996 IV p. 230 consid. 1 b.; STFA non pubbl. del 12 aprile 1994 in re S.; Valterio, op. cit., p. 136; DTF 99 V 34; Meyer-Blaser, op. cit., p. 127/128). Di regola è dato il diritto ad un provvedimento adeguato e necessario allo scopo integrativo, se esso corrisponde alle capacità dell'assicurato, non tuttavia ad una formazione professionale nettamente superiore o che supera le esigenze medie (per esempio da muratore a pilota, DTF 122 V 79 consid. 3b.bb; Meyer/Blaser, op. cit. p. 128; DTF 99 V 35). La legge intende infatti assicurare una riforma necessaria e sufficiente (DTF 124 V 110 consid. 2a). La misura dev'essere quindi adeguata e deve esistere una proporzione ragionevole tra i costi che provoca e il risultato che ci si può attendere (Meyer-Blaser, op. cit., p. 130/131). 2.6. Va comunque precisato che, secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI l'invalidità, nel senso della legge, come 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. Affinché il caso possa essere sottoposto all'AI, occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno (G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati

hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %.

2.7. Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI l'invalidità è determinata 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 e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. 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, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; M. Valterio, *Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations*, pagg. 200 e ss.). 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 (art. 28 cpv. 2 LAI). 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, pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 232; D. Cattaneo, *Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage*, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). 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 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a).

2.8. Nell'ambito dell'istruttoria, al fine di accertare lo stato di salute di _____ e l'eventuale ripercussione sulla capacità lavorativa, l'UAI ha ordinato l'esecuzione di una perizia reumatologica a cura del dr. _____. Nel dettagliato e completo referto 19 febbraio 2002, dopo aver ricostruito l'anamnesi dell'assicurata ed averne descritto lo status clinico e radiologico, lo specialista in reumatologia ha posto la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: "1. Sindrome cervico-/ e lombovertebrale cronica su: - Discrete turbe statiche (soprattutto iperlordosi lombare con sacro acuto). - Incipienti alterazioni degenerative. - Tendenza alla cronicizzazione dei dolori con probabile componente somatoforme. 2. Epicondilite radiale cronica a dx. - Stato dopo diverse infiltrazioni locali con corticosteroidi. 3. Leggera condropatia retropatellare. 4. Iniziale poliartrosi alle articolazioni IFD d'entrambe le mani (Heberden). 5. Sospetto per sindrome del tunnel carpale a dx più che a sx. 6. Emicrania cronica. 7. Stato ansio-depressivo cronico su difficoltà socio-famigliari." (Doc. AI __, pag. 6) In merito alle conseguenze delle succitate affezioni sulla capacità lavorativa, il perito ha rimarcato quanto segue (sottolineatura del redattore): " (...) I disturbi al sistema locomotore descritti precedentemente limitano almeno parzialmente la capacità lavorativa dell'assicurata nella sua attuale professione di donna delle pulizie, visto soprattutto che dove lei lavora è richiesto un grosso impegno fisico. L'assicurata è comunque in grado di svolgere correttamente la sua attività, sebbene per un tempo limitato valutato a circa 4 ore al giorno (incapacità lavorativa del 50%). Sarebbe evidentemente auspicabile che l'assicurata

possa svolgere un'attività lavorativa più leggera, che le eviti determinati sforzi fisici. Dagli atti non è ben chiaro da quanto l'assicurata sia effettivamente 50% inabile al lavoro, dal rapporto medico per l'AI redatto dal dr. _____ risulta un'incapacità lavorativa del 50% a partire dal 25.09.2000 fino a data da stabilire. (...)" (Doc. AI _, pag. 9) Il dr. _____ ha del resto precisato che (le sottolineature sono del redattore): " (...) In linea teorica l'assicurata potrebbe svolgere senza particolari limitazioni lavori medio-leggeri che non richiedano particolari sforzi per la colonna vertebrale, per le braccia e che le permettano di cambiare frequentemente di posizione (vedi quanto da me già specificato dal punto A.5.). Per un'attività lavorativa adeguata ritengo che l'assicurata debba essere considerata ancora 100% abile al lavoro senza particolari limitazioni. Faccio comunque notare come questa valutazione puramente reumatologica si scontri con le difficoltà psico-sociali presentate dall'assicurata, alla quale si richiede di provvedere da sola alla crescita della figlia di soli 8 anni. Questo le impedisce di cercare altre attività lavorative come ad esempio quella di barista da lei precedentemente svolta, attività che richiede di lavorare in orari a lei ora non più possibili. Sebbene non tocchi a me valutare il suo stato psichico, non credo che un'ulteriore valutazione psichiatrica possa apportare nozioni utili per meglio valutare la sua residua capacità lavorativa. La problematica presentata dall'assicurata è di natura sociale piuttosto che psichiatrica." (Doc. AI _, pag. 10) L'UAI ha poi interpellato il consulente in integrazione professionale. Con rapporto 24 aprile 2002, dopo aver preso atto come l'assicurata sia pienamente abile in lavori non qualificati, semplici e leggeri, egli ha ritenuto che essa può svolgere segnatamente attività di montaggio, assemblaggio, confezione e tutte le altre mansioni riportate nella decisione contestata. Nel contempo il consulente ha determinato in fr. 31'449.-- il reddito ipotetico (doc. AI _). Sulla base delle risultanze economiche, l'amministrazione ha quindi ritenuto che l'assicurata dispone di tutti i requisiti necessari per un reinserimento autonomo nel mercato del lavoro senza scapito economico (doc. AI _), per cui ha rifiutato la richiesta di prestazioni AI. La ricorrente contesta di poter esercitare a tempo pieno simili attività lucrative. 2.9. Va ricordato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer ■ Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss.), la nostra 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3b/cc), cfr. U. Meyer ■ Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurigo 1997*, pag. 111).

2.10. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il perito, specialista nella materia che qui interessa, il quale ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla parziale capacità al lavoro (50%) nella propria professione di ausiliaria di pulizie, ma pienamente abile in attività (medio) leggere rispettose delle limitazioni descritte nella perizia. Tali conclusioni concordano con quanto attestato il 3 ottobre 2000 dal reumatologo dr. _____, il quale, interpellato dal medico curante dell'assicurata, ha ritenuto quest'ultima abile al 50% nell'attività di ausiliaria di pulizie in un grotto, ma abile al 100% in un'attività leggera (doc. AI _). Dal punto di vista somatico, dunque, l'assicurata deve essere ritenuta pienamente abile in un'attività adeguata leggera. La ricorrente non ha del resto prodotto della documentazione medica atta ad inficiare le succitate risultanze.

2.11. Per quel che concerne la componente psichica, con rapporto 10 ottobre 2000 il dr. _____ proponeva di “vagliare la possibilità di una problematica sottogiacente, che potrebbe influenzare negativamente la capacità lavorativa” (doc. AI _). Nella perizia reumatologica, il dr. _____ ha invece evidenziato che “la psiche dell'assicurata sembra essere un po' sofferente, senza mostrare chiari tratti depressivi” (doc. AI _ pag. 4), precisando che “a livello psicologico e mentale vi sono evidentemente delle menomazioni dovute alla sua (della paziente, n.d.r.) difficile situazione-famigliare ed alle responsabilità che gravano solo su di lei per far crescere la figlia” (doc. AI _ pag. 9), per poi concludere che “sebbene non tocchi a me valutare il suo stato psichico, non credo che un'ulteriore valutazione psichiatrica possa apportare nozioni utili per meglio valutare la sua residua capacità lavorativa. La problematica presentata dall'assicurata è di natura piuttosto sociale che psichiatrica” (doc. AI _ pag. 10). In tale contesto, l'amministrazione, non negando una problematica psichica, ne ha comunque escluso il carattere invalidante, ritenendola piuttosto di natura sociale e non clinica (cfr. risposta di causa, VII). In data 9 luglio 2002 la ricorrente ha prodotto due certificati medici: il primo, datato 25 giugno 2002, del medico curante il quale attesta un peggioramento dello stato di salute della paziente “per cui è stato necessario inviarla dal medico psichiatra” (V/C); l'altro, del medesimo giorno, in cui il dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, attesta l'inizio di un trattamento ambulatoriale dal 18 giugno 2002 (V/D). A mente dell'UAI, tali certificati non sono determinanti poiché si riferiscono ad una situazione fattuale successiva all'emanazione della decisione contestata del 29 maggio 2002 (cfr. risposta di causa). Al fine di accertare il genere del danno alla salute accusato dalla ricorrente, l'eventuale ripercussione sulla capacità lavorativa e la relativa decorrenza, il 23 gennaio 2003 questo Tribunale si è rivolto allo psichiatra curante (X), ricevendo le seguenti risposte (XI): 1. Quale è la diagnosi? Diagnosticamente trattasi di Episodio depressivo di grado medio (ICD-10:F32.1) e di Sindrome da dolore somatoforme (ICD-10:F45.4)/

Fibromialgia . 2. La problematica che l'assicurata presenta è piuttosto di natura sociale ? Solo in parte (due divorzi, problemi finanziari, difficoltà di reperire un posto di lavoro). 3. Quale è la prognosi ? È da escludere, a mio giudizio, un totale recupero delle capacità di guadagno della paziente. 4. L'assicurata presenta un'inabilità lavorativa almeno del 20% nella sua attività originaria ? Se sì, di che grado ? Da quando ? Verosimilmente prima dell'inizio della cura ambulatoriale ? La paziente presenta inabilità lavorativa del 50% ; la stessa è in vigore da più tre anni (dr. _____). 5. L'assicurata è in grado di svolgere altre attività ? Se sì, di che genere e in che misura ? Sì (più in teoria che nella realtà), comunque non superiore al 50% (che già mantiene con molto sforzo e sofferenza). 6. Vi sono dei provvedimenti d'integrazione da proporre ? Sì, sempre nell'ambito delle sue conoscenze lavorative (evitando sforzi fisicamente pesanti). Con domanda supplementare del 28 gennaio 2003 il TCA ha chiesto al dr. _____ se dal punto di vista psichiatrico è possibile far risalire un'inabilità lavorativa maggiore del 20% prima dell'inizio della cura ambulatoriale (18 giugno 2002) e, in caso di risposta positiva, da quando e in che grado (XII). Il 30 gennaio 2003 lo specialista in psichiatria ha risposto che: " Anamnesticamente le condizioni psichiche della paziente, prima dell'inizio della mia cura ambulatoriale dal 18.06.2002, erano già compromesse: perlomeno durante tutti i 3 anni inglobate nel 50% di incapacità di guadagno (XIII)." Con osservazioni 7 febbraio 2003 l'UAI ritiene tali accertamenti non determinanti per la fattispecie in esame, poiché non sussistono degli elementi concreti per permettere di valutare correttamente la situazione precedente l'inizio della cura ambulatoriale (XVI). Per contro, nello scritto 14 febbraio 2003 la ricorrente sostiene un'inabilità lavorativa maggiore del 50% poiché i farmaci che deve assumere (antidolorifici e antidepressivi) hanno un'incidenza sensibile su tutta la giornata lavorativa (XVIII). Interpellato dal TCA su tale aspetto sollevato dall'assicurata, con scritto 13 marzo 2003 il dr. _____, confermando quanto già asserito nei precedenti due scritti, ha specificato: " la paziente citata in epigrafe è stata da me visitata, ultima volta, il 24.02.03; in quel momento le sue condizioni psichiche apparivano soddisfacenti e essa affermava di lavorare al 50%. La psicofarmacoterapia alla quale è, attualmente, sottoposta ha un dosaggio medio-basso ed è quindi conciliabile con gli atti ordinari della vita quotidiana". (Doc. _) Innanzitutto va ricordato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità delle decisioni impugnate in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui esse sono state rese, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Nel caso in esame la decisione contestata è stata resa il 29 maggio 2002, mentre la cura psichiatrica ambulatoriale è iniziata pochi giorni dopo, il 18 giugno 2002 (V/C). Secondo il dr. _____, dunque, anche dal punto di vista psichico l'inabilità lavorativa è da ritenere presente da tre anni. Vero che la cura è iniziata solo nel giugno 2002, tuttavia già il 10 ottobre 2000 il dr. _____ aveva suggerito di vagliare l'aspetto psichico " che potrebbe influenzare negativamente la capacità lavorativa " (doc. AI _). Inoltre, la valutazione fornita dal perito nel ritenere la problematica psichica essenzialmente d'origine sociale è stata smentita dal dr. _____ nei succitati scritti. In queste condizioni, è da ritenere verosimile (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b), che precedentemente alla decisione contestata la ricorrente presenta un'incapacità lavorativa psichica del 50% anche in attività adeguate.

2.12. A l fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario

dell'art. 28 LAI (cfr. consid. 2.3), occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito, senza il danno alla salute, quale ausiliaria di pulizia (reddito da valido) con quello risultante dalle attività leggere (reddito da invalido). Dall'attestato 19 marzo 2001 del datore di lavoro risulta che nel 2001 la ricorrente avrebbe potuto percepire un salario mensile lordo di fr. 1'000.— per mezza giornata lavorativa (doc. AI _). Con orario pieno essa avrebbe percepito fr. 26'000.— annui (fr. 2'000 x 13 mensilità). Tenuto conto di un'abilità psichica al 50% in attività leggere, considerato che l'assicurata non ha mai intrapreso una simile attività, la determinazione del reddito da invalido deve essere ricavata dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (VSI 2002 pag. 68 consid. 3b, DTF 126 V 76 consid. 3b/bb, RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in VSI 2002 pag. 64). In applicazione dei succitati criteri, secondo costante giurisprudenza questo Tribunale ha precisato che, conformemente ai dati statistici salariali (valore mediano) pubblicati dall'Ufficio federale di statistica ("L'enquête suisse sur la structure des salaires 2000), il salario ipotetico nel 2000 conseguibile in attività leggera e ripetitiva adeguata esercitata a tempo pieno nel Cantone Ticino e prima di eventuali riduzioni per motivi particolari, che possono arrivare al massimo al 25% (cfr. DTF 124 V 323; Pratique VSI 2000 pag. 85 e, soprattutto, STFA inedita del 9 maggio 2000 nella causa A, I 482/99), riportato su 41,8 ore (cfr. "La vie économique" 2/2002", Tabella B9.2, pag. 88), nel settore privato corrisponde a fr. 50'498.-- (fr. 4027 : 40 x 41,8 x 12) per gli uomini e fr. 36'328.-- (fr. 2'897: 40 x 41,8 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 privato). Nel settore privato e pubblico l'ammontare è di fr. 51'702.-- (fr. 4123: 40 x 41,8 x 12) per gli uomini e fr. 36'679.-- (fr. 2925: 40 x 41,8 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 privato e pubblico). Nella fattispecie concreta, per calcolare il reddito da invalido, sulla base dei recenti dati statistici, si deve partire da un salario di fr. 50'498.- riferito al settore privato (cfr."... in primo luogo sono applicabili i rilevamenti salariali applicabili nel settore privato"; RAMI 2001 p. 348). Conformemente alla giurisprudenza federale (cfr. 126 V 81 consid. 7a) questo importo, adeguato al 2001 in base all'indice dei salari nominali (cfr. "La vie économique 7/2002, Tabella B10.3, p.89), ammonta a fr. 37'228.-- (36'328 x 1902 : 1856). Con un'esigibilità al 50% medicalmente accertata, il reddito ammonterebbe a fr. 18'614.— (37228: 2). Tenuto conto di una riduzione del 10% ammessa dal consulente in integrazione professionale ed indicata nelle tabelle di calcolo allegate al rapporto 24 ottobre 2002 (doc. AI _) - la cui valutazione non è nella specie suscettibile di essere messa in discussione da parte di questo TCA non essendo ravvisabili validi motivi che ne giustifichino la disattenzione (cfr. STFA non pubblicata del 30 giugno 2000 in re B p. 5; DTF 126 V 75) -, si giunge ad un reddito da invalido di fr. 16'753 .-- . Pertanto, dal raffronto di tale reddito con quello da valido di fr. 26'000.--, l'incapacità al guadagno risulta essere del 35,56% (26'000 – 16'753 x 100 : 26'000) sufficiente per avviare eventuali provvedimenti d'integrazione d'ordine professionale (cfr. consid. 2.5). Tuttavia, dall'esame degli atti non si può dedurre che sussistano gli estremi per intraprendere una riforma professionale.

Anzi, nella perizia il dr. _____ ha in particolare evidenziato che : " Vista l'assenza di una formazione professionale specifica (l'assicurata ha frequentato solo le classi elementari e due anni di scuole maggiori), ritengo che sarà difficile poter proporre all'assicurata dei corsi di riforma professionale, la cui attuazione è resa ancor più improbabile dal fatto che deve accudire alla figlia di 8 anni." (Doc. AI _ pag. 9). Non solo, dal rapporto 24 aprile 2002 del consulente risulta come la ricorrente posseda una sufficiente esperienza lavorativa nelle diverse attività ritenute ancora esigibili (doc. AI _). Né vi sono i presupposti per riconoscere una rendita, poiché, con un'incapacità al guadagno del 35,56%, l'assicurata non presenta un grado d'invalidità pensionabile. Nemmeno ipotizzando un adeguamento di entrambi i redditi al 2002 si giungerebbe ad un'invalidità del 40%. In queste circostanze, dunque, la decisione contestata di non accordare provvedimenti integrativi, né una rendita risulta essere corretta. Ciononostante, alla luce dei recenti attestati medici (in particolare quello del dr. _____ in cui è stata certificata una totale inabilità lavorativa dal 31 marzo 2003 cfr. consid. 1.6), si giustifica la trasmissione degli atti all'UAI affinché valuti, tramite approfonditi accertamenti, se ed in che misura sia effettivamente intervenuto, successivamente all'emanazione del querelato provvedimento, un peggioramento dello stato di salute giustificante un eventuale riconoscimento di una rendita d'invalidità . Per questi motivi, dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é respinto. 2.- Gli atti sono trasmessi all'amministrazione conformemente al consid. 2.12. 3.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 4.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente Il segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti