

TI_GERICHTE 32.2004.114 vom 21. April 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-04-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2004.114

FR: TI_GERICHTE 32.2004.114 du 21 avril 2005

IT: TI_GERICHTE 32.2004.114 del 21 aprile 2005

Regeste

incapacità al lavoro per motivi reumatologici e psichici; conferma delle valutazioni dei periti incaricati dall'ufficio AI; diritto alla rendita negato

Erwägungen

E. 10

ottobre 2001 nella causa F. [U 347/98] pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg., del 22 dicembre 2000 nella causa H. [H 304/99], STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C. [I 623/98]); -oggetto del contendere è sapere se RI 1 presenta un'invalidità di grado pensionabile; - il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), la quale ha portato alcune modifiche legislative anche in ambito AI. Dal profilo temporale determinanti sono di principio le norme materiale in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) ed il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, occorrerebbe distinguere, dal punto di vista del diritto applicabile, i periodi prima e dopo l'introduzione della LPGA. Ritenuto che le nuove norme (LPGA) non hanno apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione, e che le nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343), le disposizioni di legge citate in seguito, per motivi di più facile comprensione, vengono riferite al tenore dell'ordinamento giuridico posteriore al 1° gennaio 2003 con menzione delle rispettive norme precedentemente valide; - secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI - sia nella sua versione in vigore sino al 31 dicembre 2002 che in quella valida dal 1° gennaio 2003 in relazione con gli artt. 7 e 8 cpv. 1 LPGA - con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini , Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pagg. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, 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%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa (rispettivamente dell'art. 28 cpv. 2 vLAI) 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); - per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." - secondo la giurisprudenza del TFA suddetti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B. [I 441/99], del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98]; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti); - nella fattispecie, in corso di procedura amministrativa l'assicurata è stata in un primo tempo sottoposta a perizia reumatologica eseguita dal dr. _____. Nel referto peritale rilasciato nell'ottobre 2003 lo specialista ha rilevato: "(...) In data 8 ottobre 2003, la perizia richiesta è stata effettuata presso il mio studio medico. Essa si basa sulla documentazione messami gentilmente a disposizione, sui dati anamnestici richiesti e sull'esame clinico. 1. Anamnesi Anamnesi personale: Dal 1994 l'assicurata soffre di sintomi depressivi e di bulimia, per cui è in cura dallo psichiatra Dr. _____ a _____; quest'ultimo, stando al suo rapporto al medico curante del 3.10.2002, poneva le diagnosi di disturbo di personalità emotivamente instabile con tendenze depressive e disturbi del comportamento alimentare.

Nel novembre 1998, poi nel febbraio 2000 veniva valutata dalla neurologa Dr.ssa _____ a _____ per una brachialgia parestetica a destra; la specialista riscontrava un'incipiente sindrome del canale carpale a destra, con parametri elettrofisiologici nel 2000 identici a quelli del 1998. A più riprese l'assicurata è stata coinvolta in incidenti automobilistici a partire dal 1995 con contusioni cervicali. Nel 1999 veniva valutata dal reumatologo Dr. _____ di _____, il quale trovava un esame segmentale della cervicale normale con indagini radiologiche della cervicale standard e funzionali normali. Le indagini immunologiche del 3.11.1999 risultavano normali con fattori reumatoidi negativi, anticorpi antinucleo a 1:80 (norma inferiore ai 40), anticorpi anti nDNA negativi, complemento C3 e C4 normali. Il Dr. _____ diagnosticava una sindrome cervicospondilogenica su problemi statici, inoltre una periartropatia omeroscapolare tendopatica cronificata con importante calcificazione intraarticolare di circa 15x9mm. Nel novembre 1999 e ottobre 2002 veniva visitata per la stessa problematica dal Dr. _____, specialista in ortopedia a _____, il quale notava clinicamente una sintomatologia algica a livello della spalla destra in sede sottoacromiale, senza elementi a favore di una lesione della cuffia o di un'instabilità articolare. Il Dr. _____ proponeva un approccio conservativo, eventualmente con _____ dal reumatologo Dr. _____ a _____ e nel caso la problematica non si fosse risolta consigliava una artroresonanza magnetica della spalla destra in previsione di un eventuale intervento chirurgico. Anamnesi sistematica: Il peso è variabile. Farmaci: nessuno, prodotti omeopatici Sostanze tossiche: tabagismo a 10PY, non beve alcol. Anamnesi sociale: Entrata in Svizzera nel 1991. Divorziata dal secondo marito dal 1998, è madre di 2 figli nati nel 1977 e 1978. Ha frequentato le scuole elementari e le medie a _____. Dal 1987 al 1989 la scuola di commercio _____ a _____, conseguendo il diploma di commercio e lingue. Dall'ottobre 1998 risulta casalinga, dal 1998 inabile al lavoro al 100%. 2. Dati soggettivi dell'assicurato L'anamnesi del dolore risulta molto difficile e variabile. La signora lamenta dolori al rachide panvertebrali, con una tensione e rigidità; alla spalla destra percepisce dolori costanti pulsanti, soprattutto all'abduzione e di notte, si sente impossibilitata ad alzare il braccio destro oltre i 90 gradi. Ultimamente è stata curata dal reumatologo Dr. _____ a _____, tramite onde d'urto alla spalla destra, terapia che sembra abbia portato ad una frantumazione della calcificazione presente, senza modificare la sintomatologia dolorosa. Sono anche presenti dolori alle articolazioni delle dita, non notturni, gonalgie e dolori ai piedi. Il peso è variabile, soffrendo di bulimia. Assume soltanto prodotti omeopatici, è in cura fisioterapica, il tipo di fisioterapia non è eruibile. 3. Costatazioni oggettive Esame reumatologico _____ in stato generale buono, obesa, peso 74 kg/statura 155 cm L'assicurata non permette un esame clinico completo, rifiutando di togliersi i pantaloni e le calze. Colonna vertebrale: Ipercifosi della dorsale alta con leggera protrazione del capo. Mobilizzazione passiva della cervicale impossibile (l'assicurata innerva attivamente la muscolatura richiedendo di interrompere l'esame), attivamente, quando si sente inosservata, l'assicurata muove la cervicale senza risparmio e normalmente. Dorsale con flessione limitata di 2/3, estensione e lateroflessioni non valutabili per mancanza di cooperazione, stesso dicasi per la colonna lombare non valutabile ai movimenti di lateroflessione ed estensione, la flessione appare libera. Distanza dita-suolo anteriore 40 cm. Articolazioni periferiche: La mobilizzazione passiva della spalla destra viene concessa soltanto fino a 100 gradi alla flessione, a circa 90 gradi all'abduzione, rotazione esterna libera, rotazione interna concessa fino a circa 45 gradi, i movimenti vengono riferiti doloranti. Spalla sinistra senza particolari. Gomiti senza particolari.

Assenza di sinoviti alle articolazioni delle estremità superiori. La valutazione funzionale delle articolazioni alle gambe è possibile solo limitatamente, in quanto, come detto sopra, l'assicurata rifiuta di togliere i pantaloni e le calze: per quanto valutabili, le anche e le ginocchia presentano una mobilità passiva regolare e simmetrica. I piedi appaiono traverso-piatti. L'assicurata deambula senza zoppia, osserva di non poter camminare sulle punte dei piedi a causa di dolori agli avampiedi, sui talloni cammina regolarmente.

Radiologia: Colonna cervicale ap e laterale del 14.5.2001 : normale, identica a quella realizzata il 22.9.1999. Scintigrafia ossea trifasica del 7 ottobre 2003 : l'indagine ha documentato segni riferibili a modesta patologia articolare di tipo degenerativo a carico di alcune piccole articolazioni delle estremità, senza reperti significativi per la presenza di processi infiammatori in fase attiva. Valutazione: La signora RI 1 , nata il _____, _____, _____ dal 1999 è in cura specialistica per una periartropatia omeroscapolare calcarea a destra: le cure fisiatriche, le terapie con onde d'urto, finora eseguite non hanno portato ad una scomparsa dei sintomi, l'assicurata continua ad accusare dolori costanti pulsanti, soprattutto all'abduzione e di notte, si sente impossibilitata ad alzare il braccio destro oltre i 90 gradi All'esame clinico la paziente permette una flessione della spalla destra fino a circa 100 gradi, un'abduzione fino a circa 90 gradi ed una rotazione interna fino a circa 45 gradi, accusando forti dolori alla spalla destra. Oltre ai dolori riferibili alla periartropatia omeroscapolare a destra, l'assicurata descrive una sintomatologia algica generalizzata non meglio precisabile, con dolori al rachide, alle mani, alle ginocchia e ai piedi, contro i quali precisa di non assumere analgesici ma prodotti omeopatici. L'esame clinico della paziente è estremamente difficoltoso, visto che rifiuta di togliersi i pantaloni e le calze, permettendo così unicamente un testing sommario delle articolazioni alle estremità inferiori, le quali presentano una mobilità simmetrica, senza sinoviti. Anche le estremità superiori non presentano alterazioni sospette per una malattia reumatica infiammatoria. La scintigrafia ossea trifasica richiesta dal, reumatologo curante e realizzata il giorno antecedente la perizia, ossia il 7 ottobre 2003, conferma l'assenza di sinoviti o tenosinoviti. Anche l'esame funzionale del rachide è difficile in quanto la paziente irrigidisce la muscolatura appena viene esaminata; il rachide appare piatto con un'ipercifosi della dorsale alta con leggera protrazione del capo, quando l'assicurata si sente inosservata muove la colonna cervicale normalmente. In esito da distorsioni cervicali anamnestiche, le radiografie della colonna cervicale del 1999 e 2001 erano risultate perfettamente normali. In base all'anamnesi, ai reperti clinici e agli esami complementari disponibili possiamo porre le diagnosi di periartropatia omeroscapolare calcarea a destra in sindrome algica generalizzata. Considero come lavoro ergonomicamente idoneo alle patologie sopramenzionate, un'attività con carichi variabili (carico massimo: 20 kg), che permette di cambiare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. Sono da tralasciare movimenti ripetitivi al di sopra del piano orizzontale con il braccio destro; il carico massimo per il braccio destro senza abduzione fino all'altezza della cintura è di 10 chilogrammi, fino all'altezza della testa, il carico massimo per il braccio destro in abduzione è di 8 kg, oltre il livello della testa inferiore ai 5 kg. In un lavoro adeguato allo stato di salute giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, dal momento in cui ha smesso di lavorare. Tenendo conto dei dolori cronici diffusi e dei limiti funzionali per la spalla destra, giudico l'assicurata dal lato strettamente reumatologico, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa intera come impiegata di commercio, ma con una diminuzione del rendimento del 10%, dal 1998. Per

gli stessi motivi giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa intera come casalinga, ma con una diminuzione del rendimento di 1/3, dal 1998. Rispondo alle vostre domande: A. Basi cliniche 1. Anamnesi Vedasi quanto precede. 2. Dati soggettivi dell'assicurato Vedasi quanto precede. 3. Costatazioni obiettive Vedasi quanto precede. 4. Diagnosi Periartrite omeroscapolare calcarea a destra in - sindrome algica generalizzata B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione Considero come lavoro ergonomicamente idoneo alle patologie sopramenzionate, un'attività con carichi variabili (carico massimo: 20 kg), che permette di cambiare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. Sono da tralasciare movimenti ripetitivi al di sopra del piano orizzontale con il braccio destro; il carico massimo per il braccio destro senza abduzione fino all'altezza della cintura è di 10 chilogrammi, fino all'altezza della testa, il carico massimo per il braccio destro in abduzione è di 8 kg, oltre il livello della testa inferiore ai 5 kg. In un lavoro adeguato allo stato di salute giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, dal momento in cui ha smesso di lavorare. Tenendo conto dei dolori cronici diffusi e dei limiti funzionali per la spalla destra, giudico l'assicurata dal lato strettamente reumatologico, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa intera come impiegata di commercio, ma con una diminuzione del rendimento del 10%, dal 1998. Per gli stessi motivi giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa intera come casalinga, ma con una diminuzione del rendimento di 1/3, dal 1998." (Doc. AI 25) - successivamente, nel referto rassegnato nel dicembre 2003 lo psichiatra dr. _____ ha osservato: " Facendo seguito al vostro incarico, di cui vi ringrazio, vi trasmetto l'elaborato peritale relativo alla summenzionata assicurata che ho esaminato il 14 novembre 2003, elaborato che si basa pure sulla lettura del dossier che avete avuto la gentilezza di mettermi a disposizione. A. BASI CLINICHE Riassunto degli atti In data 16.10.2002 la perizianda inoltra una richiesta di prestazioni AI per adulti nella quale chiede l'orientamento professionale o la rendita per bulimia, depressione e dolori alla spalla destra, presenti dal 1994. Il Dr. _____ di _____, che ha in cura l'assicurata dal 13.03.2001, nel rapporto medico, datato 28.10.2002, indica un'incapacità lavorativa totale dal 1998, parla di prognosi incerta e chiede l'eventualità di effettuare una perizia specialistica per quel che concerne l'inabilità lavorativa. Il Dr. _____, psichiatra di _____, nel suo rapporto del 13.11.2002, ritiene indicato un trattamento psichiatrico nonché dei provvedimenti professionali attraverso un orientamento da parte dell'AI. Non vengono date indicazioni precise sulla capacità di lavoro. Il Dr. _____, fisiatra e reumatologo di _____, nel rapporto del 06.03.2003, si dice non in grado di pronunciarsi in merito ad un'eventuale rendita in quanto non vede la perizianda dal 1999. Nel rapporto di decorso datato 10.03.2003, il Dr. _____, indica uno stato di salute stazionario. Il vostro medico Dr.ssa _____, in data 02.09.2003, ritiene indicato un accertamento peritale reumatologico e un accertamento peritale psichiatrico presso il sottoscritto. In data 13.10.2003 riceve copia della perizia reumatologica eseguita dal Dr. _____ datata 08.10.2003. Lo stesso giudica l'assicurata, dal lato strettamente reumatologico, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa intera come impiegata di commercio, ma con una diminuzione del rendimento del 10% dal 1998. Per gli stessi motivi giudica l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa intera come casalinga, ma con una diminuzione del rendimento di 1/3 dal 1998. 1. ANAMNESI Anamnesi familiare La madre è nata nel _____, attualmente pensionata, di professione "infermiera", gestiva un negozio di estetista a

_____, dove vive tuttora. Viene descritta con un "carattere forte, per cui nessun uomo la sopporterebbe)". Il padre non è conosciuto. La perizianda ha un fratello, nato nel 1958, sposato e padre di 3 figli (2 femmine e 1 maschio), che gestisce un agriturismo in _____. L'assicurata ha due figli maschi, nati dal primo matrimonio con un uomo germanico: _____, _____, geometra diplomato a _____, attualmente disoccupato e _____, _____, tecnico elettronico diplomato a _____ (_____), anch'esso attualmente disoccupato. Non sono conosciute ereditarie psichiatriche nell'alvo familiare. Anamnesi personale La perizianda è nata a termine a _____ da parto eutocito. Stigmate nevrotiche nella prima infanzia con enuresis notturna frequente e persistente. Cresciuta in un collegio cattolico, la perizianda viene espulsa dallo stesso all'età di 15 anni, a detta dell'assicurata, per esser stata vista nella stanza di una compagna. La perizianda dice di non aver capito il motivo esatto dell'espulsione ma ritiene che sia dovuto al fatto che aveva cominciato a studiare la _____ con alcune persone esterne al collegio, _____, all'interno del collegio stesso. L'assicurata descrive la sua infanzia come infelice ed è restia a parlarne nei particolari. Uscita dal collegio la perizianda, chiede di esservi riammessa in quanto si rende conto di aver paura della libertà e della società di quell'epoca (anni '70). Viene accettata e frequenta il liceo linguistico che lascia di sua volontà al quarto anno, nel 1976, in quanto si coniuga con un _____ " _____", _____. Con lui inizia l'attività di " _____" per i _____. Un mese dopo il matrimonio la perizianda è già incinta del primo figlio ed il marito inizia un'attività lavorativa lucrativa a _____. Nasce il primo figlio, _____, attualmente _____, poi il secondo, _____, ora _____. Dopo 9 anni di matrimonio avviene il divorzio. La perizianda descrive la relazione coniugale come "non bella, basata solo sulla fede, lui mi tradiva con le prostitute!". Separata dal primo marito, la perizianda incontra il suo futuro secondo marito sulle colline nelle vicinanze di _____, allorquando si trovava in ferie con la madre e i due figli. Il Signor _____, _____, stava seguendo un corso d'italiano in _____. Inizia così una relazione, a detta dell'assicurata, molto passionale ed intensa. L'uomo, dopo aver cercato invano un lavoro a _____, percorre _____ - _____ - _____ praticamente ogni settimana per due anni, fin quando non trova lavoro a _____. Si trasferiscono infatti a _____, dove vivono assieme ai due figli di primo letto per 4 anni, fin quando la perizianda ottiene il divorzio dal primo marito. Si stabiliscono poi a _____ dove si sposano. Nel 1990 la perizianda ottiene un diploma di commercio presso una scuola privata di _____. L'assicurata si dice molto rammaricata ad aver lasciato la madre, il fratello e tutti i parenti in _____. Dopo numerosi litigi, spesso anche con percosse pure verso i figli, 10 anni fa avviene la separazione dal secondo marito imposta al Signor _____, a detta dell'assicurata, da un'intimazione. La perizianda sospetta che il marito avesse allora ed abbia tuttora una relazione con la sua segretaria. La perizianda ha avuto 3 incidenti della circolazione avvenuti tutti, secondo la stessa, a causa degli altri. "Io sto ferma e mi vengono addosso!". L'ultimo è avvenuto due anni fa. Non svolge nessuna attività di volontariato in quanto, dice "non riesco quasi ad occuparmi di me stessa!". Ogni tanto tiene compagnia ad una vicina di casa, _____. 2. DATI SOGGETTIVI DELL'ASSICURATO Già nel 1992, a detta dell'assicurata, iniziarono i primi disturbi alimentari, sotto forma anoressica per la durata di 4 anni ed in seguito come bulimia notturna (la perizianda mangia fino alle 4 del mattino, dorme poco e durante la giornata è molto stanca). Inoltre soffre di depressione e vertigini. "Mi sentivo come tagliata in due, non vedevo più i colori!". Da allora sembra che la perizianda abbia frequentato

diversi psicologi della regione senza molta convinzione. Ricorda di essersi recata dal Dr. _____, psichiatra, e che dopo la prima seduta non vi abbia più fatto ritorno. "Mi sono spaventata, nella sala d'aspetto erano tutti malati di mente!". Attualmente è in cura dal Dr. _____ e dal Dr. _____. Presso quest'ultimo fa delle terapie con onde d'urto per i dolori reumatici. Non assume medicinali, solo prodotti omeopatici. Per un anno ha frequentato la _____ del Dr. _____ a _____ senza particolari benefici. Attualmente la perizianda si descrive confusa, con vuoti di memoria e ha paura di avere l'Alzheimer. Ha anche paura dei luoghi affollati per gli attacchi d'ansia che dice di aver già avuto spesso. Esce molto poco di casa, solo per fare la spesa in un piccolo supermercato. Si aiuta leggendo la _____ (non è più _____), prega, e così riesce ad attenuare le sue paure. Gli attacchi d'ansia possono durare anche due ore, ha paura di guidare l'automobile. E' presente una certa ansia anticipatoria nonché agorafobia. E' particolarmente preoccupata per i figli, "vivo per loro". Lamenta spossatezza, dolori alle gambe ed ha paura di avere una grave malattia. Spesso ha paura di sè stessa, di tenere in casa medicinali. Ha importanti sensi di colpa verso i figli, per quello che hanno passato con il patrigno. L'umore sarebbe depresso con una marcata disperazione. L'apatia è presente nonché degli scatti d'ira. Sentimenti d'insufficienza sono rilevati. L'energia vitale è diminuita, l'irrequietezza è aumentata. La mimica è teatrale, l'aggressività è utilizzata come mezzo difensivo. L'insonnia perdura da 10 anni accompagnata dalla bulimia notturna e dai conseguenti disturbi gastrici. I dolori somatici, descritti come fibromialgici, sono aumentati. La sudorazione è normale, si manifestano difficoltà respiratorie e tachicardia in seguito agli attacchi d'ansia. Brividi di freddo alternati a vampate di calore. Fischio all'orecchio destro soprattutto a fine giornata (dovuto, secondo l'assicurata, al fatto di aver rotto il timpano da bambina). 3. **CONSTATAZIONI OBIETTIVE** Siamo in presenza di una donna 48 enne, facente meno della sua età, curata nella sua persona e nell'abbigliamento. Il contatto è determinato da malfidenza nei primi minuti del colloquio; in seguito la perizianda si rassicura, diventa molto collaborante e aperta. Non si segnalano disturbi della coscienza, la perizianda è orientata nel tempo, nello spazio, sulla sua situazione e sulla propria persona. Non si segnalano disturbi della fissazione, né della memoria; la perizianda lamenta dei disturbi della concentrazione, che non sono tuttavia osservabili nel corso del colloquio, durato ca. 2 ore. A livello di disturbi formali segnaliamo un certo rallentamento del pensiero che tuttavia non incide sull'eloquio verbale e delle ruminazioni mentali di tipo non ossessivo. Non si segnalano pensieri coatti, fuga delle idee, incoerenza o frammentazioni del pensiero. Segnaliamo degli elementi fobici, quali comportamento d'evitamento, agorafobia e diffidenza legati soprattutto a elementi relazionali. Non si segnalano sintomi floridi della linea psicotica quali deliri o percezioni deliranti. La percezione è a volte disturbata con elementi di derealizzazione. A livello affettivo segnaliamo i disturbi più importanti, quali sentimenti di colpa, disturbi dei sentimenti vitali, umore depresso e angoscia con modulazione diminuita; la perizianda mostra irritabilità, lamentosità, sentimento d'insufficienza personale, diminuzione dell'energia e irrequietezza motoria. La sua sintomatologia tende a peggiorare verso la sera. Segnala una tendenza al ritiro sociale e alcuni momenti d'aggressività. A livello psicosomatico segnaliamo un'insonnia d'addormentamento ritardato e una tendenza bulimica di tipo notturno, una riduzione della durata del sonno, una tendenza alla nausea e a disturbi gastrici. Segnaliamo inoltre tendenza alla costipazione, delle lombalgie recidivanti, delle difficoltà respiratorie, vertigini, palpitazioni, sensazione di calore alternata a brividi di freddo. 4. **DIAGNOSI 4.1** **DIAGNOSI CON RIPERCUSSIONI SULLA CAPACITÀ DI LAVORO?** - Disturbo

depressivo recidivante, episodi da leggeri a medi (ICD-10 F33.0) - Dolore sotto forma persistente (Fibromialgia), (ICD10 F45.4) ■ ESISTENTI DA QUANDO? Dalla separazione della perizianda '92/'94. 4.2 DIAGNOSI SENZA RIPERCUSSIONI SULLA CAPACITÀ DI LAVORO? Personalità con tratti evitanti ■ ESISTENTI DA QUANDO? Dagli anni '80 5. VALUTAZIONE E PROGNOSE La signora RI 1 è nata a _____ da una madre infermiera, descritta come indipendente. Non ha mai conosciuto il proprio padre. Segnala stigmati nevrotici nella prima infanzia sotto forma di episodi di enuresi notturna e di sonnambulismo; fa pure notare di essere cresciuta in collegi e di aver sviluppato una personalità disponibile, aperta, di buon carattere, sorridente sino al '91/'92, momento in cui il marito, per il quale ha lasciato _____, l'abbandona per la sua segretaria. Questa separazione rappresenta per lei un tornante fondamentale e da allora la perizianda vive "per i miei figli". Tuttavia, questo suo vissuto ha avuto un impatto relativo nella richiesta d'aiuto. Non ha mai chiesto seriamente di essere curata, una sola volta la perizianda è stata da uno psichiatra, ma vedendo i pazienti seduti in sala d'attesa si è detta "ma io non sono così grave" e quindi non ha continuato la terapia proposta. Perciò la presenza dei figli, entrambi a casa e disoccupati, sono un importante stimolo per la perizianda. Le energie vanno soltanto in questa direzione con risultati lusinghieri, nel senso che i due figli hanno appreso una professione post-maturità, anche se momentaneamente sono disoccupati. A livello psicopatologico si osservano la presenza di disturbi affettivi di minima-moderata intensità e disturbi di natura somatoforme pure di moderata intensità. In questo contesto la perizianda appare poco motivata per un trattamento specifico almeno dei disturbi dell'affettività. Possiamo quindi concludere che a livello quantitativo i disturbi psicopatologici incidono sulla sua capacità lavorativa nella misura massima del 30%. B. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO 1. MENOMAZIONI (QUALITATIVE E QUANTITATIVE) DOVUTE AI DISTURBI CONSTATATI 1.1 A LIVELLO PSICOLOGICO E MENTALE La perizianda presenta una diminuzione dei sentimenti vitali, un umore depresso e sentimenti d'angoscia; dal profilo morale la perizianda si sente in colpa, essenzialmente nei confronti dei figli 1.2 A LIVELLO FISICO La perizianda lamenta una diminuzione della durata del sonno, dei disturbi gastrici recidivanti, dei dolori muscolari, lombalgie, vertigini, palpitazioni, sensazione di calore e sensazione di freddo. Questi disturbi hanno un movimento ondulatorio. 1.3 NELL'AMBITO SOCIALE Sebbene la perizianda denoti un ritiro sociale, curerebbe i rapporti con il vicinato e l'opera di attività volontariato nei confronti delle persone anziane del quartiere. 2. CONSEQUENZE DEI DISTURBI SULL'ATTIVITÀ ATTUALE 2.1 COME SI RIPERCUOTONO I DISTURBI SULL'ATTIVITÀ ATTUALE DELL'ASSICURATO? L'evoluzione della patologia è ondulatoria, quindi periodicamente la perizianda non è in grado di svolgere la sua attività quale casalinga nella misura del 30%. 2.2 ESATTA DESCRIZIONE DELLE FUNZIONI INTATTE E DELLA CAPACITÀ DI CARICO? Vedi sopra. 2.3 L'ATTIVITÀ ATTUALE È ANCORA PRATICABILE? Sì. 2.4 SE SÌ, IN QUALE MISURA (ORE AL GIORNO)? Vedi sopra. 2.5 È PRESENTE INOLTRE UNA DIMINUZIONE DELLA CAPACITÀ DI LAVORO? Sì. 2.6 SE SÌ, IN CHE MISURA? Dal lato psichiatrico ca. del 30%. 2.7 DA QUANDO ESISTE UNA LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ DI LAVORO PROVATA DAL LATO MEDICO DI ALMENO IL 20%? L'incapacità lavorativa è da calcolare dal novembre 2001. 2.8 QUAL È STATO IN SEGUITO LO SVILUPPO DELLA LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ DI LAVORO? Stazionario. 3. L'AMBIENTE DI LAVORO DELL'ASSICURATO È IN GRADO DI SOPPORTARNE I DISTURBI PSICHICI? Vedi valutazione e prognosi. C.

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 1. È POSSIBILE EFFETTUARE PROVVEDIMENTI D'INTEGRAZIONE? VE NE SONO IN CORSO? NE SONO PREVISTI? Non sono previsti provvedimenti d'integrazione. 1.1. SE SÌ, LA PREGHIAMO DI DESCRIVERE IL PIANO DI RIABILITAZIONE Non inerente. 1.2 SE NO, LA PREGHIAMO DI MOTIVARE La perizianda continua la sua attività di casalinga senza particolari difficoltà e ricuperando il suo handicap nei momenti di relativo benessere. 2. È POSSIBILE MIGLIORARE LA CAPACITÀ DI LAVORO SUL POSTO DI LAVORO ATTUALE? 2.1. SE SÌ, CON QUALI RAGIONEVOLI PROVVEDIMENTI (P. ES. PROVVEDIMENTI MEDICI, MEZZI AUSILIARI, ADATTAMENTO DEL POSTO DI LAVORO)? Non inerente. 2.2. SECONDO LEI CHE EFFETTI HANNO QUESTI PROVVEDIMENTI SULLA CAPACITÀ DI LAVORO? Non inerente. 3. L'ASSICURATO È IN GRADO DI SVOLGERE ALTRE ATTIVITÀ? 3.1. SE SÌ, A QUALI ESIGENZE DEVE RISPONDERE IL POSTO DI LAVORO DAL PUNTO DI VISTA MEDICO E DI CHE COSA BISOGNA TENERE SOPRATTUTTO CONTO NEL CASO DI UN'ALTRA ATTIVITÀ? Non inerente. 3.2. IN CHE MISURA SI POSSONO SVOLGERE ATTIVITÀ CONSONE ALLE MENOMAZIONI (ORE AL GIORNO)? Non inerente. 3.3. È PRESENTE INOLTRE UNA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DI LAVORO? Non inerente. 3.4. SE SÌ, IN CHE MISURA? Non inerente. 3.5. QUALORA NON SIANO POSSIBILI ALTRE ATTIVITÀ: PER QUALI MOTIVI? Non inerente."

(Doc. AI 26) - con complemento peritale 19 ottobre 2004, rispondendo ad alcuni ulteriori quesiti postigli dall'Ufficio AI, il perito ha dichiarato: " (...) - La psicopatologia da lei constatata con presenza di disturbi affettivi di minima-moderata intensità e disturbi di natura somatoforme pure di moderata intensità giustificano un'incapacità lavorativa oltre il 30%. In un'eventuale attività lucrativa di tipo Impiegata di commercio? Se sì, In quale misura? Durante la mia osservazione del 14.11.2003, dal profilo psichiatrico, non ho evidenziato un'incapacità lavorativa che superi il 30%. - I disturbi alimentari anamnestici descritti (bulimia notturna) incidono in modo significativo, oltre il 30%, sulla capacità lavorativa. In attività di salariata e sulla capacità lavorativa medico-teorica di casalinga? Questi disturbi non incidono in maniera significativa sulla capacità lavorativa in attività di salariata né sulla capacità lavorativa medico-teorica di casalinga." (Doc. AI 39) - sulla base delle surriferite valutazioni peritali, la cui pertinenza è del resto stata pienamente confermata anche da parte del SMR, (doc. AI 41), con la querelata decisione su opposizione, confermando il precedente provvedimento l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni l'assicurata non presentando un'incapacità al lavoro, sia quale casalinga che quale salariata, atta a determinare un'invalidità di grado pensionabile; - con il gravame, ribadendo le censure già sollevate in sede opposizione, l'interessata, come detto, richiamando in particolare le valutazioni espresse dallo psichiatra curante dr. Frei, censura le conclusioni peritali relative al grado d'incapacità lavorativa dovuta a motivi psichici (30%) riferita sia all'attività domestica sia, e soprattutto, a quella di salariata; - perché 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b; Meyer■Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). 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). In DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 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. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts, op. cit., pag. 111). Inoltre, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc.

32.1999.124); - la censura ricorsale secondo cui l'incapacità al lavoro per motivi psichici non sia stata correttamente valutata dal perito non merita tutela; - la valutazione del dr. _____ - già contenuta nel referto 1. dicembre 2003 e meglio precisata in sede di complemento peritale - secondo cui RI 1 presenta un'incapacità, dal profilo psichico, pari al 30% sia nell'attività di casalinga che nello svolgimento di un'attività salariata quale quella di impiegata di commercio, poggia infatti su un accurato e completo esame eseguito conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali: la conclusione dello specialista risulta segnatamente fondata su un approfondito e dettagliato esame dello stato di salute, tenuto conto della pregressa e completa refertazione medica messaggi a disposizione, con disamina dei dati anamnestici (anamnesi familiare e personale) dei dati soggettivi e delle constatazioni oggettive, non senza una valutazione anche dal profilo prognostico e con riferimento ad una diagnosi formulata secondo la classificazione internazionalmente riconosciuta (disturbo depressivo recidivante, episodi da leggeri a medi [ICD-10 F33.0] e dolore sotto forma persistente (fibromialgia) [ICD-10 F45.4]); - la refertazione medica richiamata dall'insorgente a sostegno della propria tesi ricorsale non è idonea a validamente mettere in discussione la fedefacenza delle conclusioni peritali: nel rapporto 3 ottobre 2002 (sub doc. AI 4) lo psichiatra curante dr. _____ si è in realtà limitato ad illustrare l'esistenza di un determinato stato psichico e di una determinata sintomatologia con proposta di determinati interventi e trattamenti curativi e con l'indicazione di eventuali interventi reintegrativi a carico dell'AI; con successivo rapporto medico redatto nel novembre 2002 all'attenzione dell'Ufficio AI, il medesimo sanitario, senza dare indicazioni precise circa un eventuale grado d'incapacità al lavoro e giudicando lo stato di salute dell'interessata siccome stazionario rispettivamente suscettibile di miglioramento, ha osservato come sia "difficile ora clinicamente determinare il suo grado d'incapacità lavorativa", come sia "eventualmente" ancora proponibile l'esercizio dell'attività lavorativa svolta dall'assicurata rispettivamente "eventualmente" migliorabile la sua capacità in tale attività e come l'assicurata possa svolgere altre attività "tramite provvedimenti d'integrazione professionale"; - anche per quel che riguarda la valutazione dell'aspetto fisico, alla perizia del dr. _____ - che in esito ad un approfondito esame dello stato di salute dell'assicurata, degli atti medici a sua disposizione, dopo illustrazione dei dati anamnestici, dei dati soggettivi, delle constatazioni obiettive, alla luce di una valutazione anche dal profilo prognostico e posta la diagnosi di "periartrite omeroscapolare calcarea a destra in sindrome algica generalizzata", ha giudicato l'assicurata abile al lavoro nella precedente attività di impiegata di commercio ma con una diminuzione di rendimento del 10%, rispettivamente abile al lavoro quale casalinga con una riduzione di rendimento di 1/3 - va parimenti attribuito valore probante pieno; - agli atti non sono per il resto presenti elementi che possano in un qualche modo mettere in discussione le conclusioni cui è giunto il dr. _____. I certificati 18 novembre 2004 e 21 gennaio 2005 della dr.ssa _____, medico curante, per altro resi successivamente all'emanazione della decisione impugnata e prodotti in sede ricorsuale, si limitano ad attestare in maniera del tutto generica e senza alcun'altra precisazione che l'assicurata "è inabile al lavoro al 100%" (doc. B, G); - per quanto attiene al rapporto operatorio 1. marzo 2004 del Servizio di urologia dell'_____ relativo ad un intervento di "uretrocistoscopia, pielografia retrograda a dx, ureterorenoscopia a dx, laparotomia con revisione dell'uretere ed ureterocistostomia a dx" (doc. C), come rettamente osservato dal medico responsabile del SMR (cfr. risposta di causa), nulla si evince in merito ad eventuali conseguenze invalidanti riconducibili a tale evento; lo stesso dicasi per lo scritto 3

aprile 2004 del Servizio di ginecologia-ostetricia del citato nosocomio all'attenzione del direttore dell'istituto (doc. D), nel quale si riferisce di una lesione dell'uretere iatrogena dovuta all'intervento di isterectomia laparoscopica e si invita il direttore amministrativo a voler annunciare il caso all'assicuratore RC; anche la lettera 14 settembre 2004 della dr.ssa _____ all'avv. _____ - in cui il curante fornisce al legale alcune informazioni mediche ed esprime un proprio parere circa l'eventuale nesso di causalità tra l'intervento di laparotomia e le lesioni e i disturbi successivamente accusati dall'assicurata - non contiene elementi che permettano di ritenere l'esistenza, sino al momento della decisione impugnata, di un danno alla salute (consecutivo all'intervento di isterectomia laparoscopica) rispettivamente un peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurata rispetto a quanto accertato in sede peritale, avente carattere invalidante; nessuna decisiva informazione circa l'esistenza di un danno alla salute di natura invalidante ai sensi dell'AI viene infine fornita dalla recente lettera inviata dal medico curante al dr. _____ ed in cui viene riportato l'elenco dei sintomi lamentati dall'assicurata (doc. H); - è quindi da ritenere che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento (per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente sino al momento in cui essa è stata resa (in casu la decisione su opposizione del 3 novembre 2004; DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102), senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti rispettivamente l'assunzione di ulteriori mezzi probatori, quali l'erezione di una nuova perizia medica ed il richiamo di ulteriore refertazione medica chiesti dall'insorgente (sulla nozione di valutazione anticipata delle prove cfr. fra le tante DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d; STFA dell'11 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02); - in conclusione, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze specialistiche, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61) - se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221) -, è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i ivi riferimenti), che l'assicurata - da considerarsi ai fini del calcolo dell'invalidità quale persona esercitante attività lucrativa ai sensi degli artt. 16 LPGA e art. 28 cpv. 2 LAI (cfr. doc. AI 19, doc. AI 20, doc. AI 25 [da cui emerge che l'inizio dell'attività di casalinga ha coinciso con l'insorgenza dell'incapacità lavorativa per motivi reumatologici], cfr. anche gli atti DISO contenuti nel fascicolo AI, doc. 17; cfr. anche il rapporto 3 ottobre 2002 del dr. _____ sub. doc. AI 4) - per lo meno sino all'emanazione del contestato provvedimento presenta - contrariamente a quanto postulato col gravame - un'incapacità lavorativa (complessiva) e, di riflesso, al guadagno del 30%, ciò che esclude il riconoscimento di un'invalidità di grado pensionabile.