

## **TI\_GERICHTE 32.2001.91 vom 26. September 2001**

TI Tribunale d'appello, 2001-09-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2001.91](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2001.91)

FR: TI\_GERICHTE 32.2001.91 du 26 septembre 2001

IT: TI\_GERICHTE 32.2001.91 del 26 settembre 2001

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 19.05.2003 32.2001.91 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 19.05.2003 32.2001.91 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 19.05.2003 32.2001.91

Sentenza o decisione senza scheda

RACCOMANDATA Incarto n. 32.2001.00091 BS /sn Lugano 19 maggio 2003 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni Composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattore: Marco Bischof, vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 24 ottobre 2001 di \_\_\_\_\_, rappr. da: \_\_\_\_\_, contro la decisione del 26 settembre 2001 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1, in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. \_\_\_\_\_, classe 1941, è stato operaio per circa 35 anni presso una fabbrica tessile, poi di prodotti plastici e, quale impiego accessorio, in una ditta di torrefazione del caffè per 22 anni. Egli ha cessato entrambe le attività nel 1999 (cfr. attestati dei datori di lavoro contenuti negli atti AD, doc. AI \_). Il 31 agosto 2000 ha presentato una domanda volta all'ottenimento di prestazioni AI per adulti. Esperiti gli accertamenti medici del caso, con progetto di decisione 11 giugno 2001 l'Ufficio assicurazione invalidità (UAI) ha respinto tale domanda in quanto: " (...) Dalla documentazione specialistica medica acquisita all'incarto risulta che il danno alla salute di cui lei è portatore, comporta un'incapacità lavorativa valutabile nella misura massima del 20-25% e questo riferito alla professione abitualmente esercitata di operaio di fabbrica." (Doc. AI \_). Con scritto 12 settembre 2001 l'assicurato, per il tramite del sindacato \_\_\_\_\_, ha contestato la proposta di decisione. Facendo riferimento al rapporto 28 agosto 2001 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, egli ha sostenuto un'inabilità lavorativa tra il 60-70% e chiesto una rivalutazione del suo caso (doc. AI \_). Dopo aver sottoposto la fattispecie al dr. \_\_\_\_\_, del Servizio medico regionale (SMR), con decisione 26 settembre 2001 l'amministrazione ha confermato la reiezione della domanda di prestazioni assicurative rilevando: " Le osservazioni presentate il 12.09.2001 non modificano la presa di posizione sopra espressa. Infatti il dr. \_\_\_\_\_, nel suo rapporto del 28.08.2001, dimostra uno status clinico invariato rispetto alla perizia dr. \_\_\_\_\_. Lo stesso arriva ad un'altra conclusione, per quanto riguarda l'incapacità lavorativa, unicamente per una diversa valutazione dell'inabilità di lavoro senza giustificare un cambiamento dello stato di salute." (doc. AI \_) 1.2. Contro la decisione amministrativa è tempestivamente insorto l'assicurato, sempre rappresentato dal Sindacato \_\_\_\_\_, chiedendone l'annullamento ed il riconoscimento di una rendita intera. Fondandosi su

diversi certificati e rapporti medici egli contesta la valutazione fatta dal perito e sostiene che: "4. Da quanto emerge al punto precedente è assodato che le conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ riferite alla capacità lavorativa del ricorrente sono in contrasto con gli accertamenti operati dai medici della Clinica \_\_\_\_\_ e dal Dr. \_\_\_\_\_. Occorre precisare che quanto dianzi affermato corrisponde anche agli accertamenti del medico curante Dr. \_\_\_\_\_ che da lungo tempo segue il \_\_\_\_\_. 5. Nella situazione fattuale indicata ai punti precedenti appare giustificata la richiesta di assegnazione di una rendita nella misura del 70%. E' d'obbligo affermare che a sostegno del rifiuto della prestazione richiesta, l'Ufficio AI fa riferimento pressochè unicamente alla valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ che è concretamente contestata nelle sue conclusioni da ben tre altri medici. 6. Nei prossimi giorni il ricorrente si sottoporrà ad esami specialistici presso l'\_\_\_\_\_ in quanto le patologie di cui è portatore gli provocano dolori sempre più accentuati. Ci si riserva pertanto di produrre ulteriore documentazione medica e di completare in proseguo di causa, qualora ne fosse il caso, la motivazione del presente ricorso." 1.3. Mediante risposta 17 novembre 2001 l'UAI ha postulato la reiezione del gravame in quanto: " Lo scrivente Ufficio dal canto suo ha giudicato opportuno sottoporre l'assicurato ad una visita peritale, eseguita dal reumatologo \_\_\_\_\_ (doc. n. \_ inc. AI). Questi ha dal canto suo ritenuto che le limitazioni nella precedente attività di operaio non superano il 25%. Ora, come noto, secondo costante giurisprudenza le perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa 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 inducano a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161). In casu l'amministrazione poteva a buon diritto fondarsi sulle attente e ponderate valutazioni del perito, il cui valore probatorio è del resto stato corroborato dal Servizio medico regionale (SMR) (cf. doc. n. \_ e \_ inc. AI)." (doc. \_) 1.4. Con scritto 13 dicembre 2001 il ricorrente ha trasmesso ulteriore documentazione (doc. \_). Mediante lettera 16 gennaio 2002 l'UAI ha preso posizione su quanto prodotto dall'assicurato (doc. \_). 1.5. Il 16 maggio 2002 il TCA ha ordinato l'esecuzione di una perizia multidisciplinare affidata al Servizio di accertamento medico dell'AI (SAM). Il rapporto 13 gennaio 2003 del SAM è stato trasmesso alle parti per osservazioni (doc. \_). Il 7 marzo 2003 lo scrivente Tribunale ha chiesto al SAM, quale complemento peritale, di prendere posizione in merito alle osservazioni 24 febbraio 2003 (XXX) dell'UAI (XXXII). Le parti in causa hanno in seguito presentato le loro osservazioni al complemento peritale (XXVII e XXXVIII). in diritto 2.1. Con 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 dell'assicurazione per l'invalidità. Tale legge non è tuttavia applicabile alla fattispecie concreta, poiché, secondo la giurisprudenza del TFA, il giudice delle assicurazioni sociali non tiene conto di modifiche legislative e di fatto verificatesi dopo il momento determinante della resa del provvedimento amministrativo impugnato (STFA non pubblicata del 9 gennaio 2003 nella causa A.A., P76/01; DTF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Ne consegue che, essendo stato il provvedimento qui impugnato reso il 26 settembre 2001, gli articoli di seguito citati della LAI e dell'OAI corrispondono al tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002. 2.2. 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 %.

2.3. 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).

2.4. A seguito della domanda AI, l'amministrazione ha sottoposto \_\_\_\_\_ ad una perizia reumatologica al fine di valutare il suo stato di salute e di accertare un'eventuale inabilità lavorativa. Nel rapporto 14 giugno 2001 il dr. \_\_\_\_\_, dopo aver esposto per esteso la diagnosi (fibromialgia, gonalgie bilaterali predominanti a sinistra, neuropatia del nervo cutaneo femori laterale sinistro, disturbi stati generativi della colonna dorso-lombare, possibile sindrome del tunnel carpale bilaterale, diabete mellito non insulinodipendente, obesità, esiti di vagotomia nel 1985, esiti da pleurite all'età di 14 anni e talassemia minor), ha rilevato: " Come già riferito nella valutazione del Servizio \_\_\_\_\_ di neurologia del 27.12 u.s. la sintomatologia del paz. è caratterizzata da dolori multidistrettuali con reperti oggettivi relativamente modesti dal punto di vista dell'apparato locomotorio e neurologico. Così è stata esclusa una sindrome radicolare compressiva a livello cervicale e lombare, una radiculopatia diabetica ed è ritenuta unicamente una moderata polineuropatia diabetica periferica (ipopallestesia ai malleoli) ed una neuropatia del N. cutaneus femoris lateralis a sx. L'EMG del nervo mediano bilaterale aveva evidenziato unicamente delle latenze distali ai limiti superiori

della norma mentre la velocità di conduzione sensibile al carpo era ai limiti inferiori. Dal punto di vista reumatologico si può oggettivare dei disturbi degenerativi della colonna lombare inferiore, di entità relativamente modesta e a carico principalmente delle articolazioni posteriori L4/5 e L5/SI così come una discopatia L3/4 e L4/5 senza conflitto disco-radicolare. Le alterazioni oggettivabili, comprendenti dei disturbi statici della colonna dorso-lombare, non sono di rilevanza invalidante. In complesso si può dunque considerare che lo sviluppo doloroso cronico e generalizzato del paz. sia da inquadrare principalmente in una sindrome fibrositica." (doc. AI \_) Per quel che concerne la valutazione sulla capacità lavorativa, lo specialista ha scritto che (sottolineatura del redattore): " Dal lato oggettivo si può ritenere una limitazione di carico per quanto riguarda la colonna lombare per attività che richiedono continuamente o molto frequentemente il sollevare pesi superiori a 15 kg, prolungati periodi in posizioni ergonomiche sfavorevoli (in particolare flessione o torsione lombare). Nell'ambito di un'attività lavorativa con impegno fisico medio, come quelle precedentemente esercitate dal paz., si può ritenere una limitazione della capacità lavorativa dell'ordine del 20-25% al massimo. Lo stesso grado di limitazione può essere riconosciuto al paz. per attività lavorative in cui è necessaria una presenza continua in posizione eretta. Non vedo per contro limitazioni per quanto riguarda un'attività leggera, per esempio di operaio, in posizione seduta." (doc. AI \_) Sulla base di questa perizia, l'UAI ha dunque ritenuto l'assicurato inabile nella misura del 20/25% nella propria attività di operaio e quindi respinto la domanda di prestazioni assicurative. \_\_\_\_\_ ha invece prodotto il rapporto 28 agosto 2001 del neurologo dr. \_\_\_\_\_ il quale, circa la capacità lavorativa, si è espresso come segue (la sottolineatura è del redattore): " Pur essendovi dal punto di vista neurologico un reperto relativamente discreto, sono d'altro canto d'accordo con te che la sintomatologia algica presentata dal paziente, probabilmente dovuta a varie componenti, in parte lombospondilogenica, in parte periarticolare all'anca, con una componente neurogena secondaria legata alla polineuropatia diabetica rispettivamente ad una meralgia parestetica a sinistra, sia sufficientemente limitante per impedire al paziente un'attività lavorativa soprattutto per lavori fisicamente pesanti, nel qual caso è verosimile un'inabilità lavorativa di almeno il 60-70 %, per lavori più leggeri potrebbe essere ipotizzabile un'attività almeno a tempo parziale. Dal punto di vista terapeutico penso che si debba proseguire con misure riabilitative. Da parte mia non ho ulteriori proposte, resto a disposizione per ridiscutere il caso al bisogno." (doc. AI \_) Il dr. \_\_\_\_\_ ha dunque ritenuto verosimile un'inabilità lavorativa tra il 60-70%. Pendente causa l'assicurato ha trasmesso un rapporto datato 5 novembre 2001 della Clinica reumatologica dell'\_\_\_\_\_. Individuando disturbi alla colonna vertebrale in sede lombare e cervicale, con insufficienza muscolare ( " Dieser 60-jährige Patient leidet unter einem zervikal- und lumbalbetonten Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung. Aufgrund der klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde beurteilen wir die Beschwerden primär im Rahmen einer muskulären Dysbalance, Insuffizienz der Rumpfmuskulatur, sowie bei leichtgradiger degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und einer biomechanischen Überlastungssituation LWK ½ (mit leichtgradiger Anteroposition von LWK 2 gegenüber LWK 1 mit spondylothe Veränderungen bei skoliotischer Fehlform ", sottolineatura del redattore, doc. \_), il dr. \_\_\_\_\_ della menzionata clinica ha valutato un'abilità lavorativa del 50%, ritenuta totale in attività leggere – medio leggere se accompagnate dalle misure terapeutiche proposte ( " Aus reumatologischer Sicht ist der Patient aufgrund der genannten klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde aktuelle 50% AF und nach Durchführung der vorgeschlagenen Massnahmen zu 100% AF für eine leichte bis

mittelschwere Arbeit” , doc. \_). Va qui 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 - in casu il 26 settembre 2001 -, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. Invece, i fatti avvenuti posteriormente, e che hanno modificato la situazione, generalmente fanno parte di una nuova decisione amministrativa ( DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Eccezionalmente il giudice può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente alla decisione impugnata, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso (RCC 1980 pag. 263) e siano suscettibili di influenzare il giudizio (RCC 1989 pag. 123 consid. 3b, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). Nel citato 5 novembre 2001 è stata diagnosticata una sindrome panvertebrale accentuata a livello lombare e cervicale, con irradiazione spondilogenica (“ Zervikal-und lumbalbetontes Panvertebral- syndrom mit spondylogener Ausstrahlung ”) messa in relazione ai persistenti dolori alla testa apparsi negli ultimi 4 e 5 mesi (“ Seit 4-5 Monaten sind zusätzlich frontale Kopfschmerzen aufgetreten. Die Schmerzen sind permanent vorhanden und deutlich belastungsabhängig...”, doc. \_). Questi dolori cervicali, finora mai diagnosticati, sono insorti in un momento precedente la decisione contestata, ma posteriormente alla perizia amministrativa del 14 giugno 2001. Il rapporto in questione è quindi da prendere in considerazione nell’esame della legalità della decisione contestata. Orbene, viste le succitate contrastanti valutazioni mediche, ritenuta inoltre la necessità di approfondire meglio la problematica psichica dell’assicurato (nonostante il dr. \_\_\_\_\_ non abbia riscontrato evidenti stigmate depressive, egli ha tuttavia precisato di non essere in grado di precisare “ se vi siano stati o si vi siano condizionamenti psicologici che abbiano potuto influenzare l’estensione e la generalizzazione della sintomatologia algica “ cfr. doc. AI \_ pag. 8), questa Corte ha ordinato l’esecuzione di una perizia multidisciplinare a cura del SAM (Servizio di accertamento medico dell’AI). 2.5. Dal referto 13 gennaio 2003 (XXVII) risulta che per l’esecuzione della perizia i responsabili del SAM si sono avvalsi della copiosa documentazione medica acquisita agli atti, oltre a richiederne ulteriore direttamente all’assicurato, ed hanno fatto capo a cinque consultazioni specialistiche esterne: psichiatrica, reumatologica, neurologica, endocrinologica ed oncologica. Sulla base delle risultanze, il SAM ha posto la seguente diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa: “ (...) Sindrome ansiosodepressiva cronicizzata con importanti somatizzazioni localizzate, soprattutto a livello muscolo scheletrico, nel quadro di una sindrome da disadattamento (F 43.22 sec. ICD 10), in presenza di un disturbo misto di personalità dove sono presenti significativi tratti di anancasticità, dipendenza ed immaturità (F 61.0 sec. IDC 10). Sindrome panvertebrale, soprattutto cervicale e lombare, con irradiazione spondilogenica alla gamba sinistra, su: - presenza di una spondilartrosi a livello C2-C3, soprattutto a sinistra, senza segni irritativi radicolari. Periartropatia omeroscapolare tendinopatica alle spalle bilateralmente. Diabete mellito tipo II (noto dal 1994), con: - buon controllo glicemico con antidiabetici orali, - polineuropatia distale sensoria, sintomatica, - obesità (BMI 31,1 kg/m<sup>2</sup>), - sospetta intolleranza alla Metformina. Cruralgia sinistra di origine poco chiara da ca. 10 anni, con: - diagnosi differenziale: possibile neuropatia diabetica asimmetrica, - assenza di neurocompressione alla TAC lombare nell'agosto 1999, alla RM lombare del 03.05.2000, - soggettivamente parziale miglioramento sotto oppiacei. Brachialgie parestetiche in parte su compressione dei nervi mediani del canale carpale

bilaterali. Meralgia parestetica a sinistra su irritazione del nervo cutaneo laterale del femore a livello della spina iliaca anterior superior." (doc. \_\_, pag. 22/23) 2.5.1. In sede peritale l'assicurato è stato visitato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia (XXVII/5). Sulla base dell'esito di questo consulto, i periti del SAM hanno concluso come segue (sottolineatura del redattore): " (...) È senz'altro predominante in questo periziando, che presenta, come ben riassunto nel consulto del nostro consulente dr. \_\_\_\_\_, una sindrome ansiosodepressiva cronicizzata, con importanti somatizzazioni localizzate soprattutto a livello muscolo scheletrico, nel quadro di una sindrome da disadattamento, nell'ambito di un disturbo di personalità misto, dove sono presenti significativi tratti di anancasticità, dipendenza ed immaturità. Concordiamo con il nostro consulente, ritenendo il signor \_\_\_\_\_ inabile al lavoro, dal punto di vista psichiatrico, nella misura del 70%. È dunque necessario intraprendere al più presto una presa a carico psichiatrica e psicoterapeutica regolare ed assidua, affinché si possano scongiurare pericolose derive psicopatologiche e complicazioni maggiori in questo periziando. Una tale presa a carico rassicurerebbe e tranquillizzerebbe il periziando, permettendogli così di sviluppare nel futuro prossimo delle modalità di funzionamento psicosociale meno regressive e invalidanti, in modo da migliorare sensibilmente la sua qualità di vita e di scongiurare pericolosi passaggi all'atto, qualora egli dovesse sperimentare ulteriori sconfitte, umiliazioni, emarginazioni, misconoscenti riguardo alla propria dignità di individuo sofferente, "impotente", inadeguato ed emarginato. Tenendo conto delle diagnosi appena riportate sopra, nonché il complesso quadro clinico sviluppatosi con la strutturazione in una forma tendenzialmente ormai cronicizzata, senza dimenticare infine la complessa problematica personologica che sottende le manifestazioni fenomenologiche e psicopatologiche del signor \_\_\_\_\_, non riteniamo sia possibile, anche in tempi medi e lunghi, migliorare la capacità valetudinaria di quest'ultimo." (doc. \_\_, pag. 24) 2.5.2. Il ricorrente è stato inoltre esaminato dal dr. \_\_\_\_\_, reumatologo (XXVII/3). Sostanzialmente lo specialista ha confermato la perizia amministrativa del dr. \_\_\_\_\_, concludendo infatti che l'assicurato dal punto di vista reumatologico presenta un'incapacità lavorativa al massimo del 25% per quanto riguarda la sua attività di operaio. L'assicurato dovrebbe altresì alternare la posizione seduta a quella eretta, non sollevare pesi superiori ai 15 kg e non piegarsi ripetutamente in posizione anteflessa con la parte superiore del corpo. 2.5.3. Secondo il dr. \_\_\_\_\_, cui il SAM ha fatto capo per l'esame degli aspetti neurologici, la patologia neurologica non influenza la capacità lavorativa nella misura superiore del 20%. Lo specialista ha inoltre sostenuto che i dolori cronici non sono di natura neurologica (XXVII/1). 2.5.4. Dal punto di vista endocrinologo, non ravvisando rilevanti complicanze sintomatiche e gravi ipoglicemia, il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che il diabete mellito non causa incapacità lavorativa (XXVII/4). 2.5.5. Da ultimo, gli specialisti dell'Istituto oncologico della Svizzera Italiana hanno concluso che non vi sono elementi per indicare il paziente inabile al lavoro dal punto di vista oncologico (XXVII/1). 2.5.6. Il SAM ha poi determinato una valutazione globale del grado di capacità lavorativa in qualità di operaio e in qualsiasi attività del 30%. In merito alle conseguenze sull'incapacità lavorativa, il SAM ha riscontrato (sottolineature del redattore): " (...) I disturbi psichici del peritando (ridotta sopportabilità del dolore, ridotta resistenza allo sforzo fisico, aumentata affaticabilità, meccanismi di difesa e di diniego della propria vulnerabilità emotiva, la presenza di una sindrome da disadattamento associata ai disturbi di personalità con tratti significativi di anancasticità, dipendenza ed immaturità, ecc... ), influenzano la capacità lavorativa del periziando in qualità di operaio e in qualsiasi altra attività lavorativa, nella

misura del 70%. Intendiamo, con ciò, che il signor \_\_\_\_\_ non è più in grado di produrre un rendimento costante, che necessita di pause durante il lavoro, di maggior tempo anche per l'esecuzione di attività ripetitive e semplici. Sul piano fisico, invece, le limitazioni (diminuita capacità di reggere lo stress lavorativo, impossibilità a portare pesi superiori ai 15 kg, a restare in posizioni inergonomiche o monotone per il rachide, a doversi anteflettere con la parte superiore del corpo), riducono il grado di capacità lavorativa quale operaio, unicamente nella misura del 30% ca. (considerando la patologia reumatologica e neurologica). Sulla base di quanto detto, riteniamo quindi che l'attività di operaio sia esigibile da parte del periziando, solo in misura ridotta (30%), ciò che corrisponde a ca. 14 ore alla settimana. Dagli atti in nostro possesso, possiamo affermare che queste limitazioni professionali vadano considerate a partire dal novembre 1999 (vedi certificato del 04.11.1999 del dr. \_\_\_\_\_). A nostro avviso, infatti, i dolori, sono l'espressione di una somatizzazione, patologia psichiatrica, per cui il signor \_\_\_\_\_ non è mai stato sottoposto a valutazione specialistica. Ora, se la valutazione reumatologica attuale non si discosta da quella precedentemente fatta dal dr. \_\_\_\_\_, il nostro consulente psichiatra dr. \_\_\_\_\_, ritiene che il periziando abbia interrotto l'attività lavorativa nel 1999, anche a causa della sua incapacità a proseguire per la presenza di dolori diffusi che erano, come lo sono attualmente, l'espressione di una patologia psichiatrica grave e invalidante. A partire da questa data, dunque, il periziando va considerato globalmente inabile al lavoro, nella misura del 70%, come descritto sopra. L'attuale stato di salute del signor \_\_\_\_\_ è stazionario da diversi anni, e non riteniamo che in futuro ci si possa attendere a miglioramenti o peggioramenti di rilievo. Al fine di scongiurare pericolose derive psicopatologiche, è importante che il signor \_\_\_\_\_ venga sottoposto ad una presa a carico psicoterapica e psichiatrica assidua e protratta nel tempo" (doc. \_\_, pag. 27) Infine, i periti hanno escluso misure d'integrazione d'ordine professionale. La perizia del SAM è stata contestata dall'UAI, in particolare per quel che concerne l'aspetto psichiatrico (cfr. doc. \_\_). 2.6. 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) . In una 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; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). 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*). 2.7. In caso di perizia giudiziaria, il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito, il cui ruolo consiste proprio nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica, per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti (STFA del 12 novembre 1998 in re L.A; SVR 1998 LPP Nr. 16 p. 55; STFA non pubbl. del 14 aprile 1998 in re O.B; DTF 122 V 161; STFA non pubbl. del 28 novembre 1996 in re G. F.; DTF 112 V 32 consid. 1a; DTF 107 V 174 consid. 3). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario, nel caso in cui il rapporto peritale contenga delle contraddizioni o sulla base di una controperizia, richiesta dal medesimo tribunale, che conduca ad un altro risultato (DTF 101 IV 130). Egli può discostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Va tuttavia sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giurisprudenza (RCC 1986, pag. 201 consid. 2a). Per ciò che concerne il valore probante di un rapporto medico é inoltre determinante il fatto che il rapporto sia completo nei punti litigiosi, si basi su uno studio esteso, prenda in considerazione anche le lamentele espresse, sia stato consegnato in piena conoscenza dell'incarto, sia chiaro nell'esposizione delle relazioni mediche e nella valutazione della situazione medica e le conclusioni dell'esperto siano motivate (RAMI 1991 pag. 311 consid. 1). 2.8. Relativamente all'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, occorre precisare che il TFA ha avuto modo di stabilire che é 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 102 V 165; ZAK 1984 pag. 607; Pratique 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). Inoltre, in una 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). 2.9. Con osservazioni 24 febbraio 2003 l'UAI ha contestato le risultanze peritali del SAM, in particolare per quel che concerne la valutazione psichica dell'assicurato, rilevando che: " Dall'esame dell'incarto non è infatti emerso in alcuna occasione che l'assicurato presentasse delle problematiche psichiatriche tali da compromettere la capacità lavorativa. Da un lato, nessuno dei numerosi medici occupatisi dell'assicurato, curante compreso, ha mai accennato alla possibilità che il signor \_\_\_\_\_ sofferisse di sindrome ansioso-depressiva. D'altro lato non sono registrati agli atti circostanze o elementi concreti che permettano di giungere a diversa conclusione. Per l'analisi dettagliata della perizia rinviata al rapporto stilato dal dottor \_\_\_\_\_, in annesso, ribadendo comunque che lo scrivente Ufficio non ritiene assolutamente giustificata una retrodatazione dell'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici addirittura al mese di novembre del 1999." (Doc. \_). Queste osservazioni, nonché la citata nota del dr. \_\_\_\_\_, sono stati intimati al SAM per un presa di posizione, la quale è stata trasmessa al TCA con scritto 2 aprile 2003. In allegato il SAM ha anche prodotto lo scritto 25 marzo 2003 del consulente esterno in psichiatria dr. \_\_\_\_\_ (XXV). Orbene, conformemente ai criteri sull'affidabilità di una perizia psichiatrica elencati al considerando precedente, il dr. \_\_\_\_\_ ha esaustivamente elencato i criteri e le considerazioni per ritenere l'assicurato, secondo la classificazione ufficiale, affetto da una sindrome ansioso depressiva cronicizzata con importanti somatizzazioni localizzate soprattutto a livello muscolo-scheletrico, nel quadro di una sindrome da disadattamento in paziente con disturbo misto di personalità dove sono presenti importanti tratti di anascasticità, dipendenza ed immaturità. Inoltre egli ha dettagliatamente motivato le proprie conclusioni (la sottolineatura è del redattore): " Il paziente si presenta sufficientemente curato nell'igiene e nell'abbigliamento, aspetto dimesso, intimorito, deambulazione difficoltosa, lenta, cauto nei movimenti, palesemente sofferente nei cambiamenti di posizione, postura contratta, antalgica, regressiva. Il livello di attività appare caratterizzato da una discreta situazione psicomotoria mentre il linguaggio appare povero, semplice, talvolta poco spontaneo, scarsamente modulato prosodicamente. Il grado di collaborazione appare buono. La disposizione pessimistica, rigida, preoccupata, abbattuta, fatalistica. L'attitudine invece appare sostanzialmente evitante, evasiva, riservata, timorosa. L'affettività appare caratterizzata da una quota d'ansia nevrotica piuttosto intensa con presenza di segni neurovegetativi a livello della voce con iperventilazione, ipersudorazione e lieve tremor. L'umore d'altra parte appare attenuato, in alcuni momenti chiaramente triste; sono presenti

vissuti autosvalutativi. Le emozioni predominanti appaiono caratterizzate da negatività verso l'ambiente con amarezza, delusione ed ambivalenza nonché - in parte - anche autoriferita con vissuti di imbarazzo, vergogna, noia, rimorsi. Il pensiero appare caratterizzato da circostanzialità e digressività con, in alcune circostanze tangenzialità. La forma del pensiero appare caratterizzata da un certo impoverimento mentre per quanto riguarda il contenuto questo appare prevalentemente incentrato su preoccupazioni relative al timore di non essere creduto nel suo dichiararsi sofferente nonché su tematiche relative alla suo umiliante condizione di individuo senza più un ruolo sociale, professionale e familiare, ridotto a dover chiedere aiuto alla moglie e ai figli. Le funzioni cognitive appaiono globalmente compromesse in particolare attenzione primaria e secondaria con inattenzioni selettive, labilità e, in alcuni momenti, perseverazione; memoria recente (in assenza di meccanismi compensatori); prassie; giudizio pratico e sociale; capacità di astrazione e di introspezione nonché, almeno in parte, anche la coscienza di malattia. Una valutazione per quanto riguarda l'aspetto della sua personalità premorbosa mette in evidenza significativi e importanti tratti di dipendenza, anancasticità ed immaturità. Espressamente interrogato a proposito dell'approccio psichiatrico e/o psicoterapeutico riguardo la sua storia clinica il paziente riferisce di non essere mai stato preso in carico; cionondimeno egli è attualmente sempre ben disposto verso questa eventuale proposta di cura che dovesse giungergli nel futuro prossimo." (doc. \_) Nel complemento peritale 25 aprile 2003 il dr. \_\_\_\_\_ ha preso posizione sulle singole censure mosse dal medico dell'UAI. In particolare, circa l'appunto fatto dal dr. \_\_\_\_\_ secondo cui nella perizia mancano completamente i criteri per ammettere una dipendenza o un'immaturità del peritando, come pure l'assenza dei criteri per definirlo ossessivo, lo specialista in psichiatria e psicoterapia ha precisato quanto segue: " (...) Anzitutto, come si può facilmente verificare, io non ho mai definito il paziente un ossessivo, così come invece riportato e rimproveratomi da \_\_\_\_\_. D'altra parte io riferisco la presenza di tratti di personalità. Questi tratti di personalità così evidenziati sono l'anancasticità, la dipendenza e l'immaturità. Inoltre, ancora l'estensore delle Annotazioni, riferisce che nella mia valutazione specialistica mancherebbero in modo "totale" (?) i criteri per ammettere la dipendenza o l'immaturità. Tengo a precisare, a questo proposito, che i criteri per ammettere i tratti di dipendenza e d'immaturità sono riportati nel mio scritto così come anche i criteri per ammettere i tratti di anancasticità; contrariamente e a dispetto di quanto asserito in modo insindacabile e perentorio dal Dott. \_\_\_\_\_. Peraltro nella mia diagnosi viene riportato il codice diagnostico di riferimento che specifica ulteriormente le mie valutazioni in merito. Proprio il codice diagnostico stesso (nella fattispecie l'ICD-10) così recita e specifica a proposito del disturbo di personalità misto (F61.0) come da me precisato nella diagnosi: "Sono presenti aspetti di più disturbi descritti in F60 (disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto) ma non in misura tale da soddisfare i criteri per ognuno di essi." (doc\_, pag. 3) Vero che sinora nessun medico ha mai riscontrato una patologia psichica grave. Tuttavia, come rettamente rimarcato dal dr. \_\_\_\_\_, l'assicurato non è mai stato preso in cura, né indagato da alcun psichiatra o psicoterapeuta. Solo a seguito del consulto psichiatrico si è potuto accertare la causa principale dei diversi dolori cronici. Pertinentemente nelle osservazioni 2 aprile 2003 il SAM ha fra l'altro rilevato (le sottolineature sono del redattore): " (...) Il fatto che una diagnosi non sia mai stata posta, ovviamente non significa che non sia vera. Quando ci troviamo confrontati con un caso complesso e "somatoforme", e cioè quando il paziente tende a negare e a minimizzare la componente psichica, ecco che allora e solo attraverso un'attenta valutazione specialistica che si riesce a focalizzare ed

evidenziare il disturbo. Tutto ciò, per altro, non è così raro neppure nell'ambito somatico. Teniamo a precisare che, durante la nostra prolungata valutazione, abbiamo potuto constatare come l'A. abbia presentato dei caratteri di immaturità e dipendenza. Un esempio: allorquando egli dovette recarsi dal neurologo dr. \_\_\_\_\_, con studio a \_\_\_\_\_, abbiamo dovuto accompagnarlo per evitare che egli esigesse l'accompagnamento da parte della moglie. La nostra interpretazione del caso si basa sul fatto che riteniamo che l'A. si sia trasferito in Ticino soprattutto seguendo il desiderio della moglie e che poi si sia trovato in un ambiente in cui non è stato in grado di adattarsi ed integrarsi. Quest'avvenimento ha fatto crollare i meccanismi di difesa dell'A., perciò con il tempo, nell'ambito della sindrome da disadattamento, si è instaurata una sindrome ansio-depressiva con multiple somatizzazioni ed un disturbo misto di personalità. Per questo motivo riteniamo che l'incapacità lavorativa sia insorta rapidamente e che fosse già presente nel corso del 1999. Infatti, fin dal suo arrivo in Ticino l'A. ha manifestato sintomi somatoformi quale espressione del suo disagio psichico. Il decorso è stato caratterizzato da un progressivo peggioramento. Inoltre, sulla base dell' anamnesi, riteniamo che l'A., fin dal momento della sua disdetta, soffrisse di un "malessere - disagio" psichico, considerando che egli, durante la valutazione anamnestica, ha più volte ammesso di aver sperato di poter trovare un lavoro "più leggero", poiché alquanto oberato nella situazione in cui si trovava." (doc. \_) Per quel che concerne la decorrenza dell'incapacità lavorativa, fatta risalire dal novembre 1999, il SAM ha rettamente ritenuto, sulla scorta del rapporto del \_\_\_\_\_, che sin dal suo arrivo nel Ticino il paziente ha manifestato " sintomi somatoformi quale espressione del suo disagio psichico. Il decorso è stato caratterizzato da un progressivo peggioramento " (XXXV). Nella perizia 13 gennaio 2003 i periti hanno infatti rilevato come il dr. \_\_\_\_\_ "ritiene che il periziando abbia interrotto l'attività lavorativa nel 1999, anche a causa della sua incapacità a proseguire per la presenza di dolori diffusi che erano, come lo sono attualmente, l'espressione di una patologia grave e invalidante " (cfr. XVII pag. 26). Lo scritto 16 aprile 2003 della psichiatra dell'UAI non è suscettibile di modificare l'esito della fattispecie. A prescindere dalla correzione della diagnosi apportata senza aver visitato il paziente, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha ciononostante concluso come l'assicurato abbia sviluppato "una sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 – F43.22) che potrebbe certamente avere un'influenza sulla sua capacità lavorativa, oltre alla componente somatica presente e accertata" (XXXVIII/2). Nelle annotazioni 16 aprile 2003 il dr. \_\_\_\_\_ ha tuttavia rilevato: " Il Dr. \_\_\_\_\_, reumatologo, nel suo rapporto del 14.05.01 (citato a pag. 6 del rapporto peritale) dichiara che "non presenta evidenti stigmate depressive". Ora, sebbene il Dr. \_\_\_\_\_ non sia psichiatra, egli è confrontato frequentemente con pazienti che lamentano dolori, per i quali si prospetta la presenza di disturbi depressivi o ansioso-depressivi. Si tratta di disturbi che portano a valutazione complessiva del quadro clinico (alterazioni organiche e psichiche). Egli è dunque in grado di rilevare tali sintomi, anche se poi non farà seguire una diagnosi precisa e/o una terapia specifica." (doc. \_). Tuttavia, a seguito delle visite 2, 9 novembre e 22 dicembre 2000, con rapporto 27 dicembre 2000 il dr. \_\_\_\_\_, neurologo e quindi anch'egli non specialista in psichiatria, ha comunque sottolineato come il paziente abbia sviluppato "una sindrome del dolore cronico, verosimilmente favorita e intrattenuta da un contesto psico-sociale sfavorevole e da un decondizionamento fisico prolungato" (cfr. rapporto richiamato dal SAM e citato nella perizia a pag. 10). Anche nel già citato rapporto 5 novembre 2001 della Clinica reumatologica dell' \_\_\_\_\_ si parla di una cronica sindrome da dolore, con proposta di un trattamento psicologico/psichiatrico per affrontare

meglio i dolori (“ Bei dieser cronifizierten Schmerzsymptomatik und grossen Leidensdruck des Patienten empfehlen wir eine psychologische/psychiatrische Betreuung zur Erlernen von Coping-Strategien zur besseren Schwerzbewältigung.” , doc.\_). Pertanto, quest’ultimi due rapporti vanno messi in relazione alla patologia psichica accertata dal dr. \_\_\_\_\_, risalente al mese di novembre 1999. In conclusione, ritenendo la perizia multidisciplinare completa, dettagliata e approfondita, secondo il TCA, alla stessa deve essere attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.6 – 2.8). È quindi da ritenere dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211) che le affezioni di natura somatica e, in particolare, psichiatrica di cui \_\_\_\_\_ è affetto e per le quali è da ritenere che non sussistano realistiche possibilità di miglioramento, provocano, nell’attività di operaio ed in qualsiasi altra professione un’incapacità al lavoro, rispettivamente al guadagno, del 70% dal mese di novembre 1999. Conformemente all’art. 29 cpv. 1 lett. b - che prevede la nascita del diritto alla rendita al più presto nel momento in cui l’assicurato, per un anno e senza notevoli interruzioni, è stato incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media-, il diritto ad una rendita intera decorre dal 1° novembre 2000. Ne consegue che la decisione contestata deve essere annullata ed il ricorso accolto. L’assicurato vittorioso in causa, patrocinato da un sindacato, ha dunque diritto a delle ripetibili (cfr. DTF 126 V 11 consid. 2). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é accolto. § La decisione 26 settembre 2001 è annullata. §§ \_\_\_\_\_ ha diritto ad una rendita intera dal 1° novembre 2000. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. L’UAI verserà all’assicurato fr. 2’000.-- a titolo di ripetibili 3.- 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 presidente  
segretario Daniele Cattaneo

Fabio Zocchetti

Il