

TI_GERICHTE 32.2005.111 vom 16. März 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-03-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2005.111

FR: TI_GERICHTE 32.2005.111 du 16 mars 2006

IT: TI_GERICHTE 32.2005.111 del 16 marzo 2006

Regeste

Richiesta di rendita AI. Apprezzamento delle prove. Necessità di ulteriori accertamenti.
Rinvio atti all'amministrazione. Indennità per ripetibili a persona qualificata.

Erwägungen

E. 25

consid. 1.2; DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e poiché il Tribunale delle assicurazioni, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b), nel presente caso sono applicabili le disposizioni in vigore a partire dal 1° gennaio 2003. Dal 1° gennaio 2004 sono inoltre in vigore le norme introdotte dalla 4a revisione della LAI. Per quanto concerne la materia che qui interessa, l'art. 1 LAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004, dispone che le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1°-26 bis e 28-70) sempre che la legge non preveda espressamente una deroga. L'introduzione della LPGA non ha tuttavia portato alcuna modifica sostanziale per quel che concerne, in ambito dell'assicurazione per l'invalidità, i concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione (della rendita d'invalidità e di altre prestazioni durevoli), motivo per cui le succitate nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con l'art. 8 della 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*, pag. 216ss). Va precisato che, 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%. Va altresì rilevato che, ai sensi dell'art. 16 LPGA (cfr. 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che 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; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 1985, pagg. 200 e ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che 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: metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi secondo la giurisprudenza - di regola - non si 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, op. cit., 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). Al proposito va infine rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. 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; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrecht*, 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 siffatti 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; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

2.5. Nel caso in esame, durante l'istruttoria, l'amministrazione ha richiesto al Dr. _____, che ha avuto in cura l'assicurato durante il suo soggiorno al Centro _____ di _____ durato dal 29 luglio 2003 al 15 gennaio 2004, il consueto rapporto medico. In data 18 dicembre 2003, posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "dipendenza da sostanze alcoliche con stato da delirium tremens, crisi epilettiche, sindrome di encefalopatia – sindrome depressiva recidivante – cirrosi epatica, epatite B cronica, coagulopatia (...) da anni", il Dr. _____ ha concluso che per l'assicurato "(...) oggettivamente un rientro nell'attività lavorativa non è immaginabile" (doc. AI 7). Lo stesso medico, nel suo rapporto 21 gennaio 2004 indirizzato al curante dell'assicurato, Dr. _____, FMH medicina generale, si è confermato nella propria diagnosi e, riferendosi al soggiorno presso il Centro _____, ha indicato che "(...) il decorso è stato favorevole con un buon inserimento nelle attività del Centro e astensione dal consumo etilico. Vista la presenza di una osteopenia documentata ad un test densitometrico ecografico del piede, iniziamo un trattamento con Alcimagon. Ad una TAC effettuata in data 3.6.03 veniva documentata una atrofia cerebrale corticale e cerebellare. Non vi sono grosse novità per la cirrosi epatica e lasciamo invariata la terapia". Nel suo rapporto di decorso medico del 26 aprile 2004 il Dr. _____ ha attestato un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato, inabile al 100% dal 27 maggio 2003, ora in cura presso il _____ di _____ dove deve recarsi giornalmente per la terapia e la sorveglianza (doc. AI 10). Lo stesso medico, nel certificato 28 giugno 2005, ha rilevato che: "(...) Persiste la macrocitosi come pure viene confermato l'aspetto sonografico della cirrosi epatica. I valori della trombocitopenia sono oscillanti tra 120 e 170x103/ul. In più persiste la classica sintomatologia di una persona con stato dopo encefalopatia etilica con atrofia corticale e cerebellare (come confermato da TAC del 03.06.2003). Il paziente è orientato nel tempo e nello spazio, il suo rendimento intellettuale è però nettamente ridotto. Egli ha difficoltà per quanto concerne la vita quotidiana (faccio notare che frequenta regolarmente il Centro _____ ed è sotto curatela da parte del Municipio), ha frequenti attacchi di ansia con somatizzazione, presenta una marcata tendenza all'impulsività senza considerazione delle conseguenze dei suoi gesti, l'umore è piuttosto depresso. Al momento non ci sono pensieri di morte e suicidio, l'istinto vitale è ridotto al minimo, l'autostima è

quasi assente e la progettualità praticamente inesistente. Tutta questa situazione descritta sopra non fa parte dell'abuso etilico in quanto con la riduzione a livelli "normali" i sintomi non sono scomparsi e fanno parte di una base di psicopatologia mai accertata ma sicuramente non dipendente dall'abuso etilico. Conclusione: La cirrosi epatica che ha portato ad un'incapacità lavorativa del 50%, confermata dalla visita specialistica del Dr. _____, persiste ed è al momento stabile. Il Collega ha valutato una capacità lavorativa al massimo del 50%, tenendo conto solo dell'aspetto somatico. Dal lato psichico, visto che l'ultima perizia psichiatrica risale al 07.09.2004, e che la situazione nell'intermedio è peggiorata sensibilmente, ritengo necessaria una nuova valutazione. Consiglio, vista la complessità del caso (somatico e psichico), una presa a carico del SAM per una valutazione definitiva. Sostengo in ogni caso le decisioni degli specialisti che hanno visto il paziente: il Signor RI 1 non potrà più lavorare oltre al 50%, in qualsiasi professione (in altre con rendimento ulteriormente ridotto). Un grado di invalidità tra 50 e 70% è dal profilo medico giustificato. (...)" (doc. D, le sottolineature sono del redattore) La Dr. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, nel suo referto 7 settembre 2004, poste le diagnosi di: - disturbo dipendente di personalità (ICD-10 F60.7) - sindrome di dipendenza da sostanze alcoliche, attualmente sta usando la sostanza (ICD-10 F10.24) - cirrosi epatica Child B su/con epatite B cronica conosciuta dal 1980 - varici esofagee grado I - epatologia citolica col estatica - il paziente è inoltre noto per crisi epilettiche di tipo grande male ha rilevato che: "(...) Si tratta di un paziente, con un'anamnesi familiare positiva per abuso di sostanze alcoliche e patologie depressive, che all'età di 17 anni presenta un'importante abuso di sostanze alcoliche, abuso attualmente ridimensionato, con uso regolare di 2 birre al giorno. Il paziente presenta un disturbo di personalità dipendente: appare come un soggetto dipendente con capacità cognitive limitate, con difficoltà relazionali ed emozionali. Per anni ha utilizzato l'alcool quale ansiolitico ed antidepressivo "alternativo". Oggi appare più critico rispetto al rischio connesso a tale consumo, sia per la propria qualità di vita che per la propria salute. Attualmente il paziente presenta ancora un lieve stato ansioso. Appare ben inserito nel progetto terapeutico presso il _____ di _____, che frequenta regolarmente. Un tentativo di ritorno all'attività lavorativa al 50% nel corso del mese di gennaio u.s., (dopo un lungo periodo di degenza prima presso la Clinica _____ di _____ per la disintossicazione fisica da alcool, poi presso il _____ di _____) aveva comportato un ritorno alla turnazione notturna, con ricaduta immediata nell'abuso di sostanze alcoliche e ulteriore destabilizzazione. Il progetto attuale del paziente, formulato dagli operatori del _____ di _____, è quello di tentare un ritorno all'attività lavorativa dapprima in maniera protetta attraverso un tentativo di stage, e poi ad una ripresa dell'attività lavorativa al 50% al più tardi dal 01.11.2004. Rispetto ad un ritorno ad un'attività lavorativa completa, la stessa è da escludere. A questo proposito è stata inoltrata una domanda per una rendita d'invalidità. Dal punto di vista psichiatrico è da ritenere che l'invalidità lavorativa al 50% sia da considerarsi definitiva, duratura e permanente. Il paziente potrà unicamente riprendere un'attività lavorativa al 50%, (tentativo su cui si sta lavorando) dal 01.11.2004. La prognosi lavorativa del paziente appare pertanto sfavorevole, la limitazione al 50% è infatti duratura e permanente ed il ritorno all'attività lavorativa al 50% per il momento è puramente teorico. La domanda per una rendita d'invalidità è giustificata, il caso è ancora da trattare. Necessità di ulteriori cure: Il paziente dal punto di vista farmacologico non sta assumendo alcuna terapia, questo grazie alla strutturazione protetta di cui gode al _____ di _____. Beneficia di una presa a carico psicoterapica intensiva, da parte dello psicologo _____ del _____ di _____

_____. Non necessita ulteriori cure oltre a quelle in atto. (...)" (doc. AI 13, le sottolineature sono del redattore) Lo psicologo _____, nel suo rapporto 27 giugno 2005, ha espresso la seguente valutazione psicologica e diagnostica: "(...) Il sig. RI 1 manifesta importanti vissuti abbandonici legati all'infanzia. La morte prematura della madre, la conseguente istituzionalizzazione e il seguente isolamento sociale ha portato il sig. RI 1 a sviluppare un tipo di personalità disturbata nella quale il senso di incompletezza e frammentazione appaiono come tratti distintivi. Egli utilizza meccanismi difensivi quali l'identificazione proiettiva e la scissione, primari nei soggetti con disturbo della personalità, che non consentono una piena integrazione del proprio Sé. In questo contesto patologico, il consumo alcolico viene usato conseguentemente per arginare l'angoscia, che assume caratteristiche, come menzionato in precedenza, di frammentazione. Siamo quindi di fronte ad un soggetto che presenta un'organizzazione limite per la quale è formulabile la diagnosi di F60.1. Disturbo di personalità schizoide con tratti di immaturità (F60.8.) e, subordinatamente, F10.24. Sindrome di dipendenza da sostanze alcoliche. Tale situazione ha compromesso e compromette tutt'ora le capacità relazionali-emotive del sig. RI 1. Egli vive una situazione di isolamento sociale mentre le capacità lavorative sono profondamente compromesse ragione per la quale, a conseguenza del disturbo della personalità, è da considerarsi inabile al lavoro, nella ragione del 50%, in maniera duratura e permanente. A nostro avviso tale considerazione è ampiamente confermata dai vari specialisti (psichiatri e psicologi attivi nell'ambito della riabilitazione psico-sociale) che hanno esaminato e preso in carico negli anni passati il sig RI 1." (doc. C) 2.6. 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 (Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 26 agosto 2004 nella causa C., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01, consid. 3.4 e STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01, consid. 2b). 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 B., I 569/97, consid. 2b; STFA del 28 novembre 1996 nella causa F., U 113/96, consid. 2b; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo 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; 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). Nella 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 (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). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb); STFA del 26 agosto 2004 nella causa C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01, consid. 3.4; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). 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 premorbo, 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). 2.7. Nel caso di specie l'Ufficio AI, fondandosi sulla valutazione del Dr. _____ del SMR, ha negato all'assicurato il diritto a una rendita AI. Il Dr.

_____, senza peraltro mai aver visto l'assicurato, ha ritenuto che "(...) dai dati anamnestici a disposizione, sembra che il primo scompenso psichiatrico risalga al 1990, all'età di 26 anni, sotto forma di tentamen medicamentoso causa di una prima ospedalizzazione presso la Clinica _____ di _____ e delirium tremens su astinenza il 06.03.2003 con ricovero successivo. La patologia psichiatrica è dunque apparsa dopo un lungo periodo di abuso etilico e può dunque essere ragionevolmente tenuta responsabile delle conseguenti ripercussioni a livello psicologico. Diversi altri ricoveri sono da correlare ad abuso etilico. Attualmente l'A sta ancora usando la sostanza, con un consumo moderato di birra. Per poter giudicare l'effetto positivo dell'arresto dell'alcool sulla patologia psichiatrica, bisogna ottenere dall'A un'astinenza totale per la durata di almeno sei mesi e giudicare in seguito i danni persistenti alla salute (...)". In particolare egli ha inoltre osservato che "(...) agli atti vi è un rapporto del Dr. _____ (21.01.2004), che riferisce di una TAC cerebrale effettuata in data 03.06.2003, nella quale viene documentata una atrofia cerebrale corticale e cerebellare. Tuttavia queste lesioni non sono tali da provocare una limitazione funzionale sulle capacità cognitive e lavorative (...)" (doc. AI 23, la sottolineatura è del redattore). Lo stesso medico nel suo rapporto 2 agosto 2005 ha ritenuto che "(...) per la componente organica sono chiare le diagnosi di cirrosi epatica con varici esofagee e trombocitopenia. Viene descritta anche un'atrofia corticale e cerebellare. Sono chiare conseguenze dell'abuso di bevande alcoliche. Le diagnosi, ancora di grado lieve, non costituiscono limite allo svolgimento di attività se consideriamo quelle leggere e quelle medio-leggere. La cosiddetta encefalopatia non si manifesta, nel caso presente, con disturbi neurologici, semmai con disturbi della sfera psichica (che vedremo più sotto). Di conseguenza anche tale "lesione" non costituisce limite per l'attività (...)" e ha concluso che "(...) ciò che è di limite, attualmente, per lo svolgimento di attività sono la presenza ancora della sindrome da dipendenza, anche se l'uso di alcool pare fortemente diminuito, la mancanza di un posto di lavoro e la necessità del sostegno psico-sociale. Anche dal rapporto d'osservazione del _____ non si possono evincere limiti funzionali particolari per motivi psichiatrici. Sono convinto che nel caso presente non sia importante valutare se la tossicomania è conseguenza di patologia, perché, se anche lo fosse, le competenze per un'attività senza impegno intellettuale sono descritte come presenti. L'etilismo, dagli atti non appare neppure come causa di patologia invalidante, poiché, come abbiamo visto, le sue conseguenze organiche non sono limitanti della CL. Come risulta dagli atti, non esistono dunque neppure una patologia psichica od organica concomitanti e limitative (...)" (doc. III/Bis). Sulla base delle risultanze mediche riprodotte al consid. 2.5 e alla luce della giurisprudenza federale in materia di valutazione probatoria di rapporti medici (cfr. consid. 2.6), il TCA non può condividere le conclusioni a cui è giunto l'Ufficio AI, né d'altronde ritiene di poter considerare concludenti ai fini del giudizio le valutazioni rese dai medici che hanno visto l'assicurato. Infatti, nel suo "Rapporto medico" 18 dicembre 2003, il Dr. _____ non indica chiaramente i motivi e da quando ha potuto diagnosticare una sindrome depressiva recidivante. Lo stesso sanitario non adduce inoltre chiaramente i dati che lo portano a concludere che per l'assicurato "(...) oggettivamente un rientro nell'attività lavorativa non è immaginabile (...)". Anche la Dr. _____, nel suo referto 7 settembre 2004, non indica a quando risale la diagnosi di disturbo dipendente della personalità (ICD-10 F60.7) e nemmeno adduce i dati che l'hanno portata ad affermare che "(...) dal punto di vista psichiatrico è da ritenere che l'inabilità lavorativa al 50% sia da considerarsi definitiva, duratura e permanente (...)". Al riguardo va qui evidenziato che la stessa specialista, dopo aver osservato che "(...) il paziente presenta un disturbo di personalità

dipendente: appare come un soggetto dipendente con capacità cognitive limitate, con difficoltà relazionali ed emozionali (...)” ha affermato anche che l’assicurato “(...) per anni ha utilizzato l’alcool quale ansiolitico ed antidepressivo “alternativo” (...)”. Lo psicologo _____, seppure non indicando da quando, posta la diagnosi di “F60.1. disturbo di personalità schizoide con tratti di immaturità (F60.8.)”, ha affermato che “(...) in questo contesto patologico, il consumo alcolico viene usato conseguentemente per arginare l’angoscia, che assume caratteristiche, come menzionato in precedenza, di frammentazione (...)”. Il Dr. _____, nel suo “Rapporto di decorso” 26 aprile 2004, conferma un’inabilità lavorativa al 100% dal 27 maggio 2003 e attesta un peggioramento senza indicarne tuttavia chiaramente i motivi. Lo stesso medico, nel suo certificato 28 giugno 2005, non adduce gli atti che lo portano a riferire di un rendimento intellettuale nettamente ridotto e un’incapacità lavorativa del 50% a causa della cirrosi epatica. Ora, vista l’insufficiente chiarezza e la contraddittorietà dei diversi pareri medici versati agli atti, per potersi pronunciare sulla domanda di prestazioni inoltrata dall’assicurato, l’Ufficio AI non poteva esimersi dal procedere all’allestimento di ulteriori accertamenti medici specialistici. Questo vale a maggiore ragione visto che, per quanto riguarda in particolare l’invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito 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 (cfr. consid. 2.4). D’altra parte, dai reperti medici versati agli atti, non si evince in maniera convincente se anche le altre patologie diagnosticate all’assicurato hanno un’incidenza sulla sua capacità lavorativa. In simili condizioni, visto tutto quanto precede e alla luce della giurisprudenza federale citata, si giustifica l’annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all’Ufficio AI perché, tramite valutazione medica pluridisciplinare, stabilisca se la tossicodipendenza sia all’origine o sia la conseguenza di un danno alla salute psichico rilevante ai fini assicurativi e, appurata la capacità lavorativa globale, si pronunci nuovamente sull’eventuale diritto alla rendita dell’assicurato, dopo aver esaminato la necessità di accordare possibili provvedimenti integrativi professionali.

2.8. Da ultimo, il ricorrente ha protestato spese e ripetibili. Ai sensi dell’art. 61 cpv. 1 lett. LPGa la procedura davanti al Tribunale è retta dal diritto cantonale, ma deve soddisfare le esigenze espresse ed elencate alle lett. a-i. Di principio la procedura è gratuita, tuttavia la tassa di giudizio e le spese di procedura possono essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato (lett. 61 cpv. 1 lett. a), ciò che è previsto dall’art. 20 della LPTCA. Per quanto concerne l’indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa e art. 22 LPTCA; DTF 112 V 86 consid. 4; DTF 110 V 81 consid. 7; DTF 105 V 89 consid. 4; DTF 105 Ia 122; DTF 99 Ia 580 consid. 4). L’indennità é concessa non soltanto se l’assicurato é patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio é assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 118 V 140 consid. 2= RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329). Nel caso in esame, viste le pertinenti e giuridicamente valide argomentazioni addotte, il rappresentante di RI 1, suo curatore amministrativo professionalmente attivo quale operatore sociale, è sicuramente persona che possiede buone conoscenze nelle assicurazioni sociali e che non ha agito gratuitamente.

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