

## **TI\_GERICHTE 32.2005.14 vom 8. Juli 2005**

TI Tribunale d'appello, 2005-07-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2005.14](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2005.14)

FR: TI\_GERICHTE 32.2005.14 du 8 juillet 2005

IT: TI\_GERICHTE 32.2005.14 del 8 luglio 2005

### **Regeste**

incapacità lavorativa per motivi psichici. Alcolismo. Rinvio atti all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Si.

#### **E. 1.1**

Sindrome depressiva ricorrente (ICD 10 F 33). Disturbo di personalità dipendente (ICD 10 F 60.7). La prognosi si profila essere per lo meno riservata, se non negativa, anche e soprattutto per la non accettazione da parte del paziente di alcuna proposta terapeutica.

#### **E. 2**

Si.

#### **E. 2.1**

Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome di dipendenza, uso continuo (ICD 10 F 1.25). La prognosi è negativa, il paziente non mostra alcuna capacità di critica in merito a questa problematica. Al momento non si oggettiva un deterioramento cognitivo.

#### **E. 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 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 O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; 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). 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). 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 espresse 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). 2.7. Conformemente alla giurisprudenza l'alcolismo, l'abuso di consumo di medicinali, la tossicodipendenza non può di per sé motivare una invalidità ai sensi della legge. L'assicurazione AI ne tiene conto solo se la dipendenza ha provocato una malattia o un infortunio in seguito alla quale o per cui l'assicurato ha subito un danno alla salute fisica o mentale che riduce la capacità al guadagno, o se essa stessa risulta da un tale danno con valore di malattia (Pratique VSI 2002 p. 30, 2001 p. 223 = SVR 2001 IV Nr. 3 p. 7 consid. 2b; riguardo specificatamente all'alcolismo: STFA inedita 23 ottobre 2003 nella causa W. [I 192/02], del 4 aprile 2002 nella causa MW [I 401/02]; cfr. anche marginale no. 1014 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità). 2.8. Nella fattispecie in esame, l'UAI non ha sostanzialmente riconosciuto l'esistenza di un'affezione psichica rilevante ai sensi della LAI, essendo essa legata soprattutto all'abuso etilico. Ora, agli atti sono presenti

diversi rapporti medici, dai quali tuttavia non è possibile decifrare con chiarezza l'eventuale patologia psichica invalidante. I medici della Clinica \_\_\_\_\_ in data 9 luglio 2002 hanno diagnosticato una sindrome da dipendenza da sostanze alcoliche (ICD 10: F 10) associata ad un episodio depressivo di media gravità (ICD 10: F 32.1) "che perdura da circa quattro anni". I medici hanno messo soprattutto l'accento sul fatto che l'assicurato "come nel precedente ricovero, fin dal giorno successivo, rifiuta sia la terapia che un programma di disintossicazione", senza esprimersi sull'eventuale incapacità lavorativa (doc. AI 7). I data 27 maggio 2003 il dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente (ICD 10 F 33), un disturbo di personalità dipendente (ICD 10 F 60.7), sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome di dipendenza, uso continuo (ICD 10 F 1.25). L'assicurato è stato ritenuto dal dr. \_\_\_\_\_ non "in grado di provvedere ai propri interessi personali (cura della propria persona, gestione della propria abitazione ... come già oggettivato in alcuni momenti) e gestionale (consumo di importanti cifre pecuniarie per acquisto di bevande alcoliche in spacci pubblici...)" (doc. D). Ora, seppur questa conclusione non risulti chiara al fine di determinare un'eventuale incapacità lavorativa, da questa neppure si può presumere che l'assicurato sia ancora in grado di svolgere la sua precedente attività di gestore patrimoniale in banca, tant'è ch'egli neppure sembra in grado di gestire il suo di patrimonio. Quest'aspetto, per quanto relativo alla questione tutoria, non può essere ignorato. Tanto più che la dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ in data 16 gennaio 2004 ha precisato che "dal punto di vista diagnostico è presente una sindrome depressiva ricorrente, un disturbo di personalità dipendente e disturbi psichici e comportamentali nell'ambito di un abuso etilico continuo. Dal punto di vista lavorativo, in base alla nostra osservazione specialistica, consideriamo il paziente inabile nella misura del 100%. Per quanto concerne la prognosi non prevediamo alcun miglioramento neanche a lungo termine" (doc. AI 11). Questo parere medico specialistico, seppur non risultato da un esame peritale approfondito, doveva indurre l'amministrazione ad un esame approfondito sotto ogni punto di vista. Del resto neanche i medici del SMR ("in simili condizioni non ci è possibile determinare quale sia l'effettiva capacità/incapacità lavorativa del soggetto. Si deve aggiungere che solo un periodo di astensione adeguato (non meno di sei mesi) potrebbe dare la risposta", doc. AI 29, anche cfr. doc. IIIbis) sembrano sicuri sull'eventuale incapacità lavorativa, per cui s'imponessero seri e più approfonditi esami atti a stabilire in maniera convincente l'esistenza o meno di una patologia psichica di natura invalidante. In conclusione, siccome l'aspetto psichiatrico non è stato vagliato in maniera dettagliata ed approfondita, gli atti sono retrocessi all'UAI affinché accerti con la dovuta precisione se e da quando l'assicurato è per motivi psichici inabile al lavoro, in quale percentuale e quali attività sono eventualmente ancora esigibili, verificando ogni sospetto di aggravamento dello stato di salute. Sulla base di tali risultanze l'amministrazione determinerà poi nuovamente l'eventuale grado d'incapacità al guadagno del ricorrente.

### **E. 3**

Si, il paziente non è in grado di provvedere ai propri interessi personali (cura della propria persona, gestione della propria abitazione ... come già oggettivato in alcuni momenti) e gestionale (consumo di importanti cifre pecuniarie per acquisto di bevande alcoliche in spacci pubblici...). 4.1. Si, a causa dei disturbi di cui il paziente è affetto, per l'interdicendo è richiesta durevole protezione ed assistenza. 4.2. Nemmeno anamnesticamente, non è mai risultato che l'interdicendo abbia costituito una minaccia per l'altrui sicurezza; mai stato in possesso del permesso di condurre. 5.1. Si, l'interdicendo è in grado di capire il concetto di

interdizione. 5.2. No, non perché una sua audizione potrebbe avere una possibile incidenza negativa sulle sue condizioni di salute psichiche, quanto piuttosto non se ne intravede un'utilità, né ai fini della procedura di interdizione né tanto meno per l'interesse del paziente. 5.3 Se affiancato dal medico psichiatra di riferimento, è ipotizzabile che all'interdicendo, se da lui richiesto espressamente, sia permesso, in ossequio al diritto di consultazione degli atti, di visionare almeno parte della relazione peritale, ciò che non dovrebbe avere un'incidenza negativa sulle sue condizioni di salute psichica, ma potrebbe aiutarlo ad acquisire, anche se con certa remotività, una minima capacità di critica rispetto alle proprie problematiche psicosociali." (doc. D) Nel suo rapporto medico del 16 gennaio 2004 la dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha rilevato: " Si tratta di un signore cinquantaduenne che dall'aspetto appare più anziano. È stato segnalato al nostro servizio nel luglio 2000 dal signor \_\_\_\_\_ dell'allora \_\_\_\_\_ (ora \_\_\_\_\_) di \_\_\_\_\_ per una problematica ansioso-depressiva reattiva a separazione coniugale nell'ambito di un abuso etilico presente da tempo ma intensificatosi negli ultimi anni. Già seguito in passato dal punto di vista psichiatrico, è stato ricoverato una volta alla Clinica \_\_\_\_\_ e tre volte presso la Clinica \_\_\_\_\_ (ultima degenza nell'aprile 2002) a causa di scompensi nell'ambito della summenzionata patologia. Divorziato da circa sei anni dalla moglie, non ha più avuto rapporti con lei e negli ultimi tempi neanche con l'unica figlia. Questa situazione familiare; unitamente alla perdita del lavoro (lavorava come agente fiduciario in una banca americana con problemi di crisi) avvenuta nel 1999, hanno portato il paziente ad una condizione psichica e di conseguenza anche sociale sempre più degradata e al limite del tollerabile. Dopo aver venduto la casa di \_\_\_\_\_ il paziente si è trasferito in un appartamento a \_\_\_\_\_ dove vive tuttora. L'aggancio al nostro servizio ha avuto inizialmente una funzione di sostegno, successivamente (dopo un anno circa) il paziente ha rifiutato di continuare i colloqui peggiorando così ancora la sua situazione. Non ha mai accettato una terapia farmacologica peraltro auspicabile per un miglioramento del suo stato. Su segnalazione del curatore di quel momento (sig. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) e anche del sig. \_\_\_\_\_ del Municipio di \_\_\_\_\_ avevamo ristabilito i contatti con il paziente e fatto con lui un incontro il 10 luglio 2002. In quell'occasione si presentava estremamente trascurato nella propria persona, il tono dell'umore era deflesso ma senza idee suicidali, la volontà a stabilire un programma terapeutico con noi era scarsa. Lo avevamo rivisto un mese dopo presso l'ufficio del signor \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ alla presenza del curatore, gli avevamo organizzato un'ospedalizzazione presso la Clinica \_\_\_\_\_, cosa che al momento aveva accettato, il giorno successivo però rifiutava la proposta. Successivamente il paziente non si è più presentato da noi. Nel mese di agosto 2002 scrivevamo alla \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in merito al caso auspicando l'istituzione di una misura tutelare. A tale scopo il signor RI 1 è stato visto al nostro Servizio dal Dr. med. \_\_\_\_\_ che confermava nel suo rapporto peritale la necessità di tale figura. In conseguenza a ciò è stato nominato un tutore che è il signor RA 1 di \_\_\_\_\_.

Personalmente ho convocato il paziente il 10 dicembre 2003 per poter redigere l'attuale rapporto. Molto ambivalente nei confronti delle proposte di aiuto, il signor RI 1 rifiuta di riprendere una presa a carico come pure una terapia farmacologica, come sempre non riesce a vedere nessuna possibilità di miglioramento della sua situazione se non che la moglie ritorni da lui. In generale è scarsamente critico del proprio stato sebbene riconosca in parte il suo degrado psico-fisico e sociale. Vari tentativi di inserire una figura dell'aiuto domiciliare sono falliti per un suo rifiuto. Tende sempre all'isolamento, conduce una vita sregolata, si alimenta in modo scorretto, dorme male e poco, sarebbe inoltre sempre

presente un'assunzione di alcool che secondo il paziente non eccederebbe mai. Dal punto di vista diagnostico è presente una sindrome depressiva ricorrente, un disturbo di personalità dipendente e disturbi psichici e comportamentali nell'ambito di un abuso etilico continuo. Dal punto di vista lavorativo, in base alla nostra osservazione specialistica, consideriamo il paziente inabile nella misura del 100%. Per quanto concerne la prognosi non prevediamo alcun miglioramento neanche a lungo termine." (doc. AI 11) Nelle sue "raccomandazioni, proposte" del 5 aprile 2004 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " Etilismo con degrado psico-fisico e sociale Dalla documentazione medica risulta un importante abuso etilico persistente con influsso negativo sullo stato di salute, sullo stato psichico e sulla capacità lavorativa. L'assicurato non presenta primariamente una patologia psichiatrica maggiore con abuso etilico secondario ma una reazione depressiva su problematica familiare e lavorativa (separazione e licenziamento) che potrebbero essere anche secondari all'abuso etilico tuttora persistente. L'attuale stato depressivo viene sicuramente influenzato negativamente dal persistente abuso etilico. In conclusione l'attuale IL è causata da abuso etilico dannoso e non primariamente da danno alla salute invalidante, quindi rifiuto prestazioni." (doc. AI 13) Nelle sue annotazioni del 13 dicembre 2004, il dr. \_\_\_\_\_, medico responsabile SMR, ha rilevato: " Il paziente, di cui conosciamo lo stato di salute per i rapporti medici degli psichiatri che si sono occupati di lui è portatore di - dipendenza da sostanze alcoliche - e stati depressivi. La dipendenza è oggettivata anche con misurazioni di contenuto alcolico nel sangue. Gli stati depressivi sono descritti come di media gravità nei rapporti di degenza. Si nota che una depressione di media gravità è di per sè suscettibile di sostegno e non inficia in modo totale la capacità lavorativa. Nel caso di concomitanza di stati depressivi e di abuso di sostanze è veramente difficile stabilire quale sia la capacità lavorativa residua poiché esiste una sicura interazione tra le due manifestazioni cliniche. Se da una parte la depressione può facilitare l'abuso di alcol come tentativo di automedicazione, anche l'abuso crea sintomi simili a quelli depressivi (tristezza, apatia, sensi di colpa) che non sono influenzabili se non con una cura di astensione. L'attività è pure una componente terapeutica. In simili condizioni non ci è possibile determinare quale sia l'effettiva capacità/incapacità lavorativa del soggetto. Si deve aggiungere che solo un periodo di astensione adeguato (non meno di sei mesi) potrebbe dare la risposta." (doc. AI 29) Nelle sue annotazioni del 2 febbraio 2005, il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato: " Per la valutazione dello stato clinico del soggetto veniamo ora a conoscenza di un documento risalente al 2003 che dovrebbe aver servito da base per la pronunciata interdizione dello stesso. Si possono confrontare i documenti psichiatrici del dossier con quello nuovo; questo ci fa concludere che vi è sostanzialmente un medesima descrizione clinica. Una differenza risulta quella della determinazione della durata dell'abuso etilico, che nei nostri atti appariva come piuttosto recente, mentre dall'atto del dr. \_\_\_\_\_ risulta comunque essere presente da un ventennio. Possiamo notare che le risposte che vengono date nei due atti sono di diversa natura, perché per l'Al la domanda posta è quella riguardante la funzionalità lavorativa, mentre per l'autorità tutoria riguarda la funzionalità sociale. Come notato in precedenza non vengono, per principio, negate le diagnosi poste, ma viene posto l'accento sull'entità delle stesse, perché, ripetiamo, sintomi di depressione e sintomi di impregnazione alcolica (come pure di altre sostanze voluttuarie) sono comuni. Notiamo che malgrado il lungo iter di abuso il soggetto abbia avuto anche un funzionamento definito normale dal profilo dell'attitudine al lavoro. Questo già relativizza in modo molto importante l'influsso del cosiddetto "disturbo di personalità dipendente", come d'altra parte ci si doveva aspettare perché tale disturbo, se fosse importante, avrebbe avuto un'azione negativa anche per i

periodi antecedenti il licenziamento o il conflitto con la consorte. Ci si pone, attualmente, un'unica domanda ulteriore, cioè quella a sapere se si possa ragionevolmente esigere che il soggetto si astenga dal consumo di alcolici. Consideriamo che la patologia psichiatrica concomitante non è di tipo ed entità tali da diminuire in modo importante la capacità di volere. Constatiamo che non esistono patologie organiche (per esempio encefalopatia) derivanti dal consumo alcolico che possano minare la funzionalità psicofisica. In base alle considerazioni espresse riteniamo che la collaborazione del paziente possa ancora essere richiesta, per cui una valutazione dell'entità del danno invalidante, qualora sussista, potrà essere apprezzato." (doc. IIIbis)

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