

TI_GERICHTE 32.2009.226 vom 16. November 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-11-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.226

FR: TI_GERICHTE 32.2009.226 du 16 novembre 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2009.226 del 16 novembre 2009

Regeste

Decisione con la quale UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurata non può essere confermata dal TCA, alla luce della perizia psichiatrica giudiziaria che valuta l'interessata totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività, con conseguente diritto ad una rendita intera AI

Erwägungen

E. 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 I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.4. Secondo costante giurisprudenza del TFA, l'alcolismo non può di per sé motivare una invalidità ai sensi della legge. L'assicurazione AI ne tiene conto solo se la dipendenza dall'alcool 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 ("... wird eine solche Sucht im Rahmen der Invalidenversicherung bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden ist, welchem Krankheitswert zukommt" , DTF 124 V 265, Pratique VSI 2002 p. 30, 2001 p. 223 = SVR 2001 IV Nr. 3 p. 7 consid. 2b; riguardo specificatamente all'alcolismo: STFA inedita I 192/02 del 23 ottobre 2003, I 401/02 del 4 aprile 2002; cfr. anche marginale no. 1013 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità). La Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) stabilisce, al pto. 1013, che le tossicomanie (sindromi da dipendenza quali p. es. l'alcolismo [RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236, 9C_395/2007], la dipendenza da medicinali [RCC 1964 p. 115] o da droghe [RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600, Pratique VSI 1996, p.317, 2001, p. 223, 2002, p.30], l'abuso di nicotina oppure l'obesità [RCC 1984 p. 359]), non giustificano di per sé un'incapacità al lavoro. Esse possono tuttavia avere l'effetto di un danno alla salute invalidante se: – sono la conseguenza o il sintomo di un danno invalidante alla salute mentale o fisica, oppure – hanno causato un notevole danno fisico e/o mentale quale una durevole lesione cerebro-organico-neurologica oppure un irreversibile mutamento di natura organica della personalità affettiva. Il punto 1013.1 della medesima circolare prevede che "per quanto riguarda la dipendenza dall'alcol, la medicina distingue tra disturbi psichici indotti (provocati dal consumo di alcol) e disturbi psichici indipendenti (associati al consumo di alcol). In genere i sintomi psichici sono indotti e tendono a regredire da soli nelle settimane successive l'inizio dell'astinenza, ragion per cui non possono essere oggetto di una diagnosi psichiatrica separata. La presenza di una comorbilità psichica non è di per sé giuridicamente sufficiente al riconoscimento di un'invalidità da dipendenza. L'affezione psichica diagnosticata deve essere con verosimiglianza preponderante concausa dell'incapacità al guadagno dell'assicurato. In caso di più disturbi, la valutazione medica deve precisare le conseguenze di ognuno di essi sulla capacità al lavoro e definire il grado di capacità al lavoro che l'assicurato potrebbe raggiungere senza le conseguenze della dipendenza (9C_395/2007)". Nella sentenza 9C_395/2007 del 15 aprile 2008, il Tribunale federale, annullando la sentenza dei giudici cantonali, ha confermato la correttezza della decisione con la quale l'amministrazione aveva rifiutato ad un assicurato il diritto a prestazioni, dato che la sua incapacità lavorativa - causata da una tossicodipendenza, non invalidante ai sensi della legge – poteva essere ristabilita in maniera completa grazie ad un'astensione dall'alcol. L'Alta Corte si è così espressa: " (...) 3. 3.1 D'après les conclusions de l'expertise confiée aux médecins du Service psychiatrique de X._____, l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité évoluant vraisemblablement depuis son adolescence, qui avait pour conséquence une consommation d'alcool excessive, servant de palliatif à ses difficultés. En raison de cette double pathologie, l'assuré présentait depuis bientôt quinze ans une dégradation sociale, familiale et actuellement physique croissante. Les conséquences sur son comportement étaient importantes. Impulsif, l'assuré était incapable d'anticiper ses actions et d'agir en fonction des conséquences de ses actes. D'humeur instable, ses éclats de colère pouvaient dégénérer en violence verbale et physique. L'impulsivité qu'il ne parvenait que partiellement à contenir et les mouvements d'agressivité, voire de violence dont il pouvait faire preuve étaient la conséquence du trouble de la personnalité et étaient renforcés par la consommation excessive et quotidienne d'alcool (rapport du 14 juillet 2004). 3.2 Le Tribunal des assurances du canton de Vaud a estimé que l'expertise expliquait clairement qu'un trouble de la personnalité était à l'origine

de l'alcoolisme du recourant. S'agissant d'un alcoolisme secondaire à une pathologie antérieure, l'incapacité de travail découlait des effets combinés de ces deux pathologies. Compte tenu d'une incapacité de travail totale, l'assuré avait droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 3.3 L'office AI conteste le bien-fondé des conclusions de l'expertise sur lesquelles se sont fondés les premiers juges. Sans remettre en cause la pertinence de ce diagnostic, il reproche aux experts de n'avoir pas explicité comment et pourquoi le trouble de la personnalité influait négativement sur la capacité de travail de l'assuré. De plus, les éléments anamnestiques recueillis n'étaient pas suffisants pour affirmer que l'alcoolisme de l'assuré était consécutif à son trouble de la personnalité. Afin de compléter ces lacunes et de faire une anamnèse détaillée et descriptive des faits dans le but de déterminer la chronologie et l'étiologie de l'alcoolisme, une audition médico-juridique a été mise en oeuvre. Il en est ressorti que l'assuré avait débuté sa consommation d'alcool dès son plus jeune âge dans le cadre familial, consommation qui avait augmenté de façon sporadique, puis s'était faite de plus en plus régulière pour entraîner une dépendance. Pour l'office AI, cette dépendance était à l'origine des débordements de l'assuré. La période d'incarcération subie par l'assuré avait démontré qu'en l'absence de toute possibilité de consommer de l'alcool, l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante nécessitant un suivi spécialisé, malgré son trouble de la personnalité.

E. 4.1

Lorsque l'autorité cantonale juge l'expertise concluante et en fait sien le résultat, le Tribunal fédéral n'admet le grief d'appréciation arbitraire que si l'expert n'a pas répondu aux questions posées, si ses conclusions sont contradictoires ou si, d'une quelconque autre façon, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même sans connaissances spécifiques, que le juge ne pouvait tout simplement pas les ignorer. Il n'appartient pas au Tribunal fédéral de vérifier si toutes les affirmations de l'expert sont exemptes d'arbitraire; sa tâche se limite bien plutôt à examiner si l'autorité intimée pouvait, sans arbitraire, se rallier au résultat de l'expertise. On ne peut exclure, selon les cas, que le Tribunal fédéral retienne une interprétation divergente des conclusions de l'expertise ou, au besoin, ordonne une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêt 4P.263/2003 du 1er avril 2004, consid. 2.1; voir également ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. 352 et les références).

E. 4.2

Les experts retiennent que l'assuré présente un trouble de la personnalité évoluant depuis l'adolescence, qui a pour conséquence une consommation excessive d'alcool. Cette double pathologie rend l'assuré incapable de travailler depuis le mois de septembre 2002 au moins. Pour autant, les conclusions de ce rapport ne suffisent pas à fonder un droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. Comme le relève à juste titre l'office AI, l'expertise - établie dans le contexte différent d'une enquête en interdiction civile et privation de liberté à des fins d'assistance - n'examine pas directement un certain nombre de questions utiles pour statuer sur la demande de prestations. Ainsi, elle n'apporte que peu d'informations utiles sur le degré de gravité intrinsèque du trouble de la personnalité et sur l'importance que celui-ci aurait joué - en sus de graves difficultés conjugales et professionnelles - dans le développement et la fixation de l'addiction. Au regard des imperfections de l'expertise et de la complexité de la situation, on ne saurait reprocher à l'office AI d'avoir procédé à une audition (médico-juridique) de l'assuré afin de retracer l'historique de sa consommation d'alcool (cf. supra consid. 2.3). Cela étant, des constatations pour l'essentiel superposables

de l'expertise et de l'audition, il ressort que l'assuré a débuté dès son adolescence une consommation occasionnelle d'alcool, laquelle a augmenté avec l'apparition de difficultés professionnelles et conjugales au début des années 90. La situation s'est continuellement dégradée depuis lors. En raison du refus de payer la pension alimentaire de ses enfants, l'assuré a été condamné en 2002 à une peine de douze mois d'emprisonnement. L'assuré a souligné que le cadre carcéral lui a apporté durant cette période une stabilité tant sur le plan physique que psychique; il a notamment apprécié de pouvoir travailler et de ne pas souffrir de solitude. A la lumière de cette dernière circonstance, il appert qu'une abstinence prolongée est de nature à permettre à l'assuré de recouvrer une capacité de travail complète, sans que le trouble de la personnalité n'influe négativement sur celle-ci. Les circonstances de fait ne laissent d'ailleurs nullement supposer que ce trouble présente, en soi, un degré de gravité tel qu'il doive être assimilé à une atteinte à la santé psychique constitutive d'une invalidité. Ainsi, l'anamnèse ne fait pas état de difficultés psychologiques particulières rencontrées par l'assuré sur le plan social et professionnel durant la période qui a précédé l'installation de la dépendance. Que l'assuré ait montré par la suite des signes d'agressivité, notamment à l'encontre de sa famille, n'autorise pas encore à penser que ce comportement, qui s'inscrivait d'ailleurs dans un contexte familial et socio-professionnel difficile, était susceptible d'influer sur la capacité de travail de l'assuré. S'il est indubitable que l'alcoolisme a conduit l'assuré à une déchéance sociale prononcée, cet état ne saurait actuellement être assimilé à une atteinte à la santé à caractère invalidant. Sur le vu de ce qui précède, on ne peut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité. C'est ainsi à juste titre que, contrairement au point de vue des premiers juges, l'office AI a refusé la demande de prestations.

E. 4.3

Il n'y a pas lieu de prêter une attention particulière aux développements de la juridiction cantonale, en tant qu'ils ont pour but de confirmer, sinon de justifier, le diagnostic posé par les experts. Les premiers juges se livrent en effet à des conjectures qui relèvent de la science médicale et, en cela, outrepassent largement les limites de leurs compétences. A titre d'exemples, on retiendra que pour étayer les conclusions de l'expertise, les premiers juges procèdent à des constatations de fait insoutenables au regard de l'anamnèse, des observations cliniques et de la discussion figurant dans l'expertise (« Comme bon nombre de troubles de la personnalité, celui que présentait le recourant comportait une vulnérabilité accrue, du fait d'une capacité d'adaptation limitée en cas de débordement interne ou de circonstances de vie difficiles »), tiennent pour établi un diagnostic qui n'a été retenu par aucun des médecins consultés (existence de troubles dépressifs récurrents) ou encore fondent leur raisonnement sur des éléments tirés apparemment de la littérature médicale sans pour autant donner de références précises (« La notion de trouble de la personnalité structurel, constitutive de la personnalité, plus ou moins compensée pendant une période de vie avec une adaptation relative de l'individu, mais susceptible de décompenser progressivement en provoquant des symptômes variés (dépression, anxiété, recours aux toxiques, par exemple), est une notion de base, communément admise et largement documentée par une abondante littérature scientifique parue depuis une trentaine d'années »). Occorre pertanto verificare se l'alcolismo è la conseguenza di un danno alla salute fisico o mentale di natura patologica preesistente oppure se la dipendenza dall'alcool è la ragione di un susseguente danno alla salute suscettibile di diminuire la capacità al guadagno in maniera permanente o di lunga durata (Pratique VSI 2001 p. 227 consid. 5 e 6). La

giurisprudenza federale ha inoltre precisato che la terapia e l'integrazione sociale, per quanto siano auspicabili, non costituiscono di per sé degli scopi per i quali l'AI possa accordare delle prestazioni secondo la legge (Pratique VSI 2001 consid. 7 p. 228). 2.5. L'UAI, conformemente a quanto stabilito dal TCA nella sentenza 32.2007.361 del 6 novembre 2008 (cfr. consid. 2.1.), con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute psichica dell'assicurata, ha affidato al Centro peritale per le Assicurazioni Sociali (CPAS) di Bellinzona l'incarico di eseguire una perizia psichiatrica. Nel rapporto peritale del 5 marzo 2009, il dr. _____, medico assistente e il dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia e Direttore del Centro peritale, hanno ritenuto non sussistere alcuna diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa hanno posto quelle di "dipendenza etilica in remissione completa (ICD10-F10.202); tratti di personalità borderline" (cfr. doc. 71-5). Gli specialisti si sono così espressi: " (...) Siamo confrontati con una donna di 54 anni in cura specialistica presso lo psichiatra Dr. _____ dal mese di settembre 2003. A causa da una dipendenza da alcool l'A. è stata ricoverata in passato dapprima presso la Clinica _____ e quindi presso la Clinica _____. Un ulteriore ricovero, a causa di una sintomatologia ansioso-depressiva, si è reso necessario presso l'Ospedale di _____ il mese di dicembre 2007. Nel corso della precedente valutazione peritale SAM (marzo 2007) l'A. è stata ritenuta abile al lavoro in misura completa dal perito psichiatra Dr. _____ il quale aveva diagnosticato tratti di personalità borderline ed una dipendenza etilica in fase di remissione parziale. Mediante la nostra perizia psichiatrica siamo tenuti, come richiesto dal TCA con decisione del 6 novembre 2008, a valutare l'evoluzione delle condizioni psichiche dell'A. dalla perizia SAM ad oggi. Quanto da noi oggettivato durante l'incontro con l'A. risulta sovrapponibile alla valutazione dello psichiatra Dr. _____ risalente a 2 anni fa. L'esame psichico è risultato sostanzialmente nella norma ad eccezione della presenza di deficit della memoria e di una lieve deflessione timica in assenza di suicidabilità e in presenza di un istinto vitale conservato. L'A. si è presentata all'appuntamento curata nell'aspetto, con un atteggiamento collaborante nei confronti dell'interlocutore ed è riuscita ad esporre adeguatamente la sua situazione. Ha riferito di cercare il contatto con le persone, pur sentendosi talvolta in ansia quando si ritrova in luoghi chiusi ed affollati, di avere periodi in cui non riesce a riposare adeguatamente durante la notte senza tuttavia risentirne durante la giornata e di essere riuscita ad aumentare il peso corporeo riuscendo a ritrovare il gusto nell'alimentarsi. Ha riferito di aver imparato a prendere le cose con filosofia e a non più lasciarsi influenzare da persone con idee negative. Ha inoltre affermato di avere sotto controllo il problema dell'abuso di etile e di essere riuscita a riprendere in mano la sua vita. Grazie all'adeguata presa in carico specialistica presso il Dr. _____, la situazione dal mese di marzo 2007 ad oggi si è quindi mantenuta stazionaria se non addirittura migliorata. Quanto fin ora descritto è confermato dal modo di trascorrere le giornate da parte dell'assicurata. Essa si sveglia al mattino, fa colazione, si prende cura della propria persona, si mantiene aggiornata, è in grado di occuparsi delle pulizie di casa, di andare a fare la spesa, di incontrarsi regolarmente con delle amiche e di pranzare con loro, di occuparsi di giardinaggio, e globalmente quindi di mantenere un funzionamento di buon livello. Il ricovero avvenuto il mese di dicembre 2007 presso l'Ospedale di _____ (degenza dal 21.12.2007 al 16.01.2008) si è reso necessario nell'ambito di un transitorio peggioramento della sintomatologia ansioso-depressiva legato con grande probabilità alla solitudine insorta durante il periodo delle feste natalizie. La degenza aveva comunque consentito all'A. di beneficiare di un progressivo miglioramento della sintomatologia lamentata. In questo

senso il peggioramento delle condizioni psichiche che ha portato al ricovero appare come transitorio e nell'ambito di una sostanziale stabilità del quadro clinico come dal mese di marzo 2007 ad oggi. In occasione del ricovero citato, l'A. è stata sottoposta ad una batteria di test neuropsicologici che hanno mostrato deficit a livello della memoria a breve e lungo termine e del pensiero logico, ma "non chiaramente di entità patologica". Durante il colloquio non sono sembrati esserci deficit tali da impedire all'A. di sostenere adeguatamente la discussione. Per quanto finora descritto non possiamo che confermare il quadro clinico oggettivato durante la perizia SAM del marzo 2007 e quindi considerare l'A. abile al lavoro in misura completa." (Doc. 71/5-6) Nelle sue annotazioni dell'11 marzo 2009, il dr. D. _____ del SMR, spec. FMH in medicina generale (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha osservato che "in pratica viene confermata la valutazione valetudinaria come da SAM 3.2007, quindi si conferma la decisione di ottobre 2007" (doc. 72-1). 2.6. In sede ricorsuale, l'assicurata ha contestato la decisione dell'amministrazione di negarle il diritto ad una rendita, trasmettendo al TCA i seguenti referti medici: - referto del 14 dicembre 2009 della Clinica psichiatrica _____, indirizzato allo psichiatra curante dell'assicurata, dr. _____, concernente il ricovero a partire dal 17 novembre 2009, del seguente tenore: " Diagnosi o disturbo di personalità schizoide (ICD10-F60.1) o sindrome da dipendenza da alcool (ICD10-F10.2) (...) Status e valutazione : Durante la degenza ci siamo confrontati con una paziente il cui tono dell'umore appare in asse, malgrado a tratti, durante i colloqui, lasci trapelare spunti depressivi correlati a tematiche di solitudine. Si evidenziano modesti deficit di attenzione e concentrazione e sfumate lacune mnestiche della memoria a breve termine. Il pensiero a tratti appare incomprensibile, con alterata continuità logica ma, se richiesto dall'interlocutore, la paziente riesce a ricomporre la finalità del pensiero. Vi sono idee prevalenti riguardo la famiglia (preoccupazione per la salute della madre, ad esempio) e riguardo la propria figura corporea ed il peso. L'affettività è adeguata. La critica della problematica alcolica è solo parziale; la dipendenza viene minimizzata e la paziente sostiene di avere "tutto sotto controllo". Durante la degenza constatiamo che le capacità di socializzazione della paziente sono buone, così come le sue iniziative e occupazioni. Ella si occupa con attività ergoterapiche sia in atelier che in reparto (lavori manuali, disegni, cucinare per la cena terapeutica) e le porta a termine senza l'ausilio degli operatori. I lavori svolti sono però di scarsa complessità ed il livello raggiunto non corrisponde all'atteso per l'età – soprattutto i disegni appaiono quasi infantili. Invece buona l'organizzazione in cucina. La paziente, malgrado la scarsa critica, appare accettare le nostre proposte di aiuto (_____, ecc.) tranne la curatela: ella sostiene di aver sempre gestito il proprio patrimonio senza causare debiti, e vivrebbe un curatore come una grande intrusione e perdita di libertà. Per quanto riguarda la progettualità per il futuro e l'occupazione, la paziente vorrebbe dedicarsi al volontariato (_____) ma si constata una difficoltà della paziente stessa a realizzare il suo proposito. Pertanto si valutano le alternative di occupazione al fine di offrire una attività giornaliera (per esempio il Centro diurno di _____, che si trova però a _____). La paziente ha chiesto la dimissione per il 17 dicembre al fine di poter raggiungere il fratello ed i genitori a _____ per festeggiare il Natale." (Doc. C) - referto del dicembre 2009, concernente la valutazione psicologica dell'assicurata, nel quale la psicologa _____ della Clinica psichiatrica _____ giunge alle seguenti conclusioni: " ICD10: Disturbo della personalità schizoide (F60.1) Sindrome da dipendenza da alcool (F10.2) I colloqui con la signora RI 1 avevano come scopo primario una valutazione di tipo neuropsicologico e

secondariamente volevano avere una funzione di sostegno. La signora si è sempre mostrata collaborante durante gli incontri e nell'esecuzione dei test, la scarsa presenza di critica non ha però permesso un lavoro più approfondito sugli aspetti depressivi. La signora tende a minimizzare sia l'abuso di alcool, dicendo che consuma solo qualche bicchiere di vino bianco quando riceve delle delusioni, che la tendenza depressiva." (Doc. D). - referto dell'11 dicembre 2009 concernente l'esame MRI cerebrale, nel quale il dr. _____ ha posto le seguenti conclusioni: " Atrofia cerebrale senza progressione rispetto all'indagine del 2007. Atrofia cerebellare senza sostanziali modificazioni rispetto al 2007. Piccole alterazioni aspecifiche della sostanza bianca in prima ipotesi esiti infartuali meglio evidenti che all'esame precedente. Reperti di seni paranasali sostanzialmente invariati." (Doc. E) Nelle annotazioni dell'11 gennaio 2010, il dr. _____ del SMR e la dr.ssa _____, psichiatra del SMR, hanno osservato: " (...) Valutazione testistica eseguita il 24.11.2009, 04.12.2009, 09.12.2009. I test somministrati sono diversi da quelli eseguiti durante il ricovero a _____ e quindi non direttamente confrontabili, ad eccezione del Mini-Mental State Examination dove l'A. totalizza un punteggio di 25 (punteggio al di sotto di un cut off di 24 è da ritenersi patologico), lo stesso ottenuto durante la degenza a _____. L'esito della valutazione testistica effettuato alla _____ conferma la presenza di una compromissione della memoria a breve e lungo termine, dato evidenziato sia nel ricovero a _____ che clinicamente durante la valutazione peritale del Centro peritale. Infatti il Dr. _____ riporta la presenza di deficit della memoria che sono stati quindi presi in considerazione. L'esame strumentale MRI cerebrale del 11.12.2009 conferma la presenza di "atrofia cerebrale senza progressione rispetto all'indagine del 2007. Atrofia cerebellare senza sostanziali modificazioni rispetto al 2007. Piccole alterazioni aspecifiche della sostanza bianca in prima ipotesi esiti infartuali meglio evidenti che all'esame precedente, reperti dei seni paranasali sostanzialmente invariati". Gli esami testistici sono stati eseguiti a poca distanza (24.11 – 9.12.2009) dal ricovero coatto, ricovero avvenuto il 17.11.2009 a causa di una grave sindrome da impregnazione alcolica. La compromissione della memoria a breve e lungo termine può essere ancora imputabile alla problematica etilica. Per una valutazione adeguata è necessaria un'astinenza etilica controllata di 2 – 3 mesi, fatto questo non raggiunto con il ricovero a _____, ricovero terminato il 17.12.2009 su richiesta dell'assicurata che presenta una solo parziale critica verso la problematica etilica. Conclusioni: dalla documentazione presentata in sede di ricorso risulta la persistenza d'una problematica importante di abuso etilico. La sindrome depressiva rilevata in occasione del ricovero a _____ non trova più conferma sia nella valutazione peritale del dr. _____ che nell'ultimo ricovero a _____, messo in atto per una disintossicazione, confermando il carattere transitorio del disturbo affettivo." (Doc. IV/bis) Il rappresentante dell'assicurata ha poi inviato al TCA la seguente documentazione medica: - scritto del 29 gennaio 2010 indirizzato al signor RA 1 dal dr. _____, del seguente tenore: " Faccio espresso riferimento all'incarto di cui in epigrafe e come da lei richiesto commento in breve le annotazioni dei medici dell'AI _____ e _____, parte integrante della replica di UAI del 14.01.2010. In questa si afferma testualmente "dalla documentazione presentata in sede di ricorso risulta la persistenza di una problematica importante di abuso etilico. La sindrome depressiva ... non trova più conferma ..., confermando il carattere transitorio del disturbo affettivo". In realtà come confermato dal rapporto di dimissione della _____ di _____, la paziente è stata da me ricoverata coattivamente per una minaccia suicidaria e ripresa del consumo etilico. I colleghi dell'ospedale riconfermano la presenza attuale di una sindrome depressiva

ricorrente ICD10-F33.1 oltre che un disturbo di personalità misto ICD10-F61.0, e solo subordinatamente la sindrome da dipendenza alcolica con una sindrome amnestica con deterioramento cognitivo ICD10-F10.6, come già più volte segnalato dal sottoscritto e mai rilevate dai medici di UAI." (Doc. F) - rapporto del 15 gennaio 2010 della Clinica _____ relativo alla degenza dell'assicurata dal 17 novembre 2009 al 28 dicembre 2009, del seguente tenore: " Diagnosi: - sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10-F33.1) - disturbo di personalità misto (ICD10-F61.0) - sindrome di dipendenza da alcool, attualmente in astinenza ma in un ambiente protetto (ICD10-F10.21) con deterioramento cognitivo (sindrome amnesica) (ICD10-F10.6) (...) Si tratta di una paziente al primo ricovero presso la nostra struttura, giunge in Clinica a seguito di una deflessione del tono dell'umore ed ideazione suicidale con ripresa del consumo etilico. Al colloquio riferisce problemi conseguenti alla negazione di una rendita AI; avrebbe ripreso l'assunzione di alcolici, fino ad una bottiglia di vino bianco al giorno, ed è stato osservato un importante ritiro sociale con denutrizione e con condotte autolesive. Infatti la paziente racconta di aver assunto più volte (almeno tre volte) un quantitativo di medicinali eccessivo con alcol allo scopo di dormire e di non svegliarsi più. Riporta il permanere di questo desiderio. Al momento dell'ingresso si valuta un'etilmetria di 0.88 ‰ .

All'ammissione la paziente si presenta lucida, orientata nei quattro domini e collaborante. La mimica e la gestualità sono consone. E' curata nell'aspetto e nell'igiene. Il tono della voce è ben modulato. L'eloquio è spontaneo, fluido, ricco e comprensibile. Non emergono errori della forma idetica, mentre il suo contenuto è caratterizzato da pensieri autolesivi passivi. Emergono quote d'ansia, ed insonnia di mantenimento. Nega dispercezioni. Presente parziale critica e coscienza di malattia. Accetta il ricovero e le cure. Durante la degenza ci siamo confrontati inizialmente con una paziente il cui tono dell'umore appariva deflesso con tematiche di solitudine. Vi sono idee prevalenti riguardo la famiglia (preoccupazione per la salute della madre, ad esempio) e riguardo la propria figura corporea ed il peso. L'affettività è adeguata. Si evidenziano modesti deficit di attenzione e concentrazione e lacune mnesiche della memoria a breve termine. Il pensiero a tratti appare incomprendibile, con alterata continuità logica ma, se richiesto dall'interlocutore, la paziente riesce a ricomporre la finalità del pensiero. Le capacità di socializzazione della paziente sono apparse buone, così come le sue iniziative e occupazioni. Ella si è occupata con attività ergoterapiche sia in atelier che in reparto (lavori manuali, disegni, cucinare per la cena terapeutica) le ha portate a termine senza l'ausilio degli operatori. I lavori svolti erano però di scarsa complessità ed il livello raggiunto non corrisponde a quello atteso per l'età - soprattutto i disegni appaiono quasi infantili. Invece buona l'organizzazione in cucina. Sottoponiamo pertanto la paziente a test cognitivi (eseguiti dalla psicologa Dottoressa _____, e nello specifico: Figura complessa di Rey, Test di Benton, MMSE) i cui referti sono già in suo possesso. Inoltre la paziente viene sottoposta a RMN cerebrali (Clinica _____ in data 11.12.2009, che risulta sostanzialmente invariata al confronto con la precedente di due anni prima. Non abbiamo sottoposto la paziente a test proiettivi: clinicamente si evidenziano più tratti disfunzionali che configurano un disturbo di personalità, già descritto in altre valutazioni che sottolineavano l'instabilità e l'impulsività (tratti borderline) o lo schizoidismo. Rilevanti ci appaiono anche l'immatùrità, la tendenza alla manipolazione e l'egocentrismo. Abbiamo quindi scelto di porre diagnosi ICD10 di disturbo misto di personalità, collocabile in una organizzazione limite inferiore (vedi Bergeret). E' possibile che il quadro sia complicato da una modificazione organica di personalità. Durante la degenza constatiamo un miglioramento del tono dell'umore, e la

paziente non ha più manifestato idee autolesive. Abbiamo mantenuto invariata la terapia antidepressiva impostata dal curante. Durante il ricovero la paziente ha mantenuto l'astinenza, ed anche al rientro dai congedi abbiamo rilevato una etilmetria negativa. All'inizio della degenza ha presentato una lieve sindrome astinenziale con tremori degli arti superiori, regredita con benzodiazepine entro il terzo giorno. Come richiesto dalla paziente stessa si è valutato, discutendone con i curanti l'opportunità, di una terapia con Antabuse. A tal proposito, nonostante non vi siano controindicazioni fisiche, si decide di NON consentire alla paziente l'uso di Antabuse, considerata la sua impulsività riguardo l'assunzione di sostanze alcoliche. Per quanto riguarda la progettualità per il futuro e l'occupazione, la paziente vorrebbe dedicarsi al volontariato (_____) ma si constata una difficoltà della paziente stessa a realizzare il suo proposito. La paziente ha accettato l'aggancio proposto con _____) nella persona della signora _____: un primo incontro è già stato effettuato in Clinica con la signora _____ ed un secondo avrà luogo ambulatorialmente in data 14 gennaio 2010 alle ore 10⁰⁰. Scopo di tali appuntamenti saranno la valutazione di una occupazione del tempo (ev. _____?) e controlli regolari tramite etilmetria a sorpresa, nonché il sostegno psicologico specialistico per la problematica alcolica. La critica in merito a tale problematica permane parziale; la paziente tende in genere a sminuire il consumo, ed a correlare l'alcool esclusivamente ad un uso casalingo, in stati di particolare tristezza o come antidoto all'insonnia. La paziente, malgrado la scarsa critica, appare accettare le nostre proposte di aiuto, tranne la curatela: ella sostiene di aver sempre gestito il proprio patrimonio senza causare debiti, e vivrebbe un curatore come una grande intrusione e perdita di libertà. Inoltre siamo a conoscenza del fatto che la paziente è seguita dall'Assistente Sociale del _____ di _____, signor _____, motivo per cui non si insiste ulteriormente per imporle una curatela. Abbiamo segnalato il caso della signora RI 1 all'Ufficio della Circolazione di _____ per subordinare la di lei patente di guida a regolari controlli di etilmetria e CDT. Fino ad oggi non abbiamo ricevuto risposta da _____. Si è concordato con la paziente che un infermiere di _____ si presenterà con scadenza trisettimanale al domicilio al fine di monitorare le condizioni generali e l'assunzione regolare dei medicinali. La paziente viene dimessa a domicilio, dopo accordi presi con il curante. " (Doc. G) Nelle annotazioni del 9 febbraio 2010, il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR hanno osservato: " Il rapporto di degenza della _____ del 15.01.2010, pone a livello diagnostico diagnosi diverse, ad eccezione della sindrome di dipendenza, da quelle riportate nel rapporto intermedio di decorso relativo allo stesso ricovero, stilato dagli stessi medici (Dr. _____ e Dr.ssa _____). In particolare nel rapporto intermedio del 14.12.2009 dopo quasi un mese di ricovero si cita la presenza di un disturbo di personalità schizoide (ICD10-F60.1) e di sindrome di dipendenza da alcol (ICD10-F10.2) mentre in quello terminale del 15.01.2010 (la dimissione avviene il 28.12.2009), si annota la presenza di una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10-F33.1), disturbo misto di personalità (ICD10-F61.0), sindrome di dipendenza da alcol, attualmente in astinenza ma in un ambiente protetto (ICD10-F10.21) con deterioramento cognitivo (sindrome anamnestica) (ICD10-F10.6). Nella valutazione di decorso del rapporto della _____ del 14.12.2009 si parla di "un tono dell'umore in asse, malgrado a tratti, durante i colloqui, lasci trapelare spunti depressivi correlati a tematiche di solitudine", nel rapporto del 15.01.2010 invece si cita "l'umore'.si caratterizza per essere deflesso". Non vengono inoltre forniti elementi clinici che portino successivamente alla diagnosi di un episodio depressivo a differenza del disturbo di personalità dove vengono argomentate gli

aspetti psicopatologici che indirizzano ad una valutazione di disturbo misto di personalità. Il quadro clinico descritto all'ingresso nel rapporto del 15.01.2010 presenta una mimica e gestualità consone, una cura del sè, buona modulazione del tono di voce con eloquio spontaneo, fluido, ricco e comprensibile. Non errori dell'ideazione, contenuto con idee passive di morte, presenta ansia ed insonnia, assenza di dispercezioni. Pur riportando la diagnosi di un episodio depressivo attuale di grado medio il quadro clinico descritto non appare compatibile con una tale diagnosi, in particolare di entità media: infatti non viene descritto il tono dell'umore, non presenta rallentamento psicomotorio, dal decorso non si evidenzia una perdita di interesse o piacere, o una diminuita energia o affaticabilità ("Le capacità di socializzazione della paziente sono apparse buone, così come le sue iniziative e occupazioni. Ella si é occupata con attività ergoterapiche sia in atelier che in reparto -lavori manuali, disegni, cucinare per la cena terapeutica- le ha portate a termine senza l'ausilio degli operatori), esiste una certa progettualità. Inoltre il Dr. _____ nella sua lettera indirizzata al Sig. RA 1 cita che il ricovero coatto del 17.11.2009 è stato motivato da "grave sindrome di impregnazione alcolica con minacce suicidarie". Non viene riportata nessuna diagnosi in ambito depressivo. Per quanto riguarda il deterioramento cognitivo per il quale viene posta una diagnosi precisa di sindrome anamnesticca secondo ICD10, tale diagnosi non compare nel rapporto intermedio nonostante già siano stati eseguiti i test cognitivi e successivamente non vi siano altre indagini in tal senso. Si assiste ad un miglioramento clinico (umore e ideazione autolesiva) nonostante la terapia antidepressiva già in uso al domicilio non venga modificata (dato importante è che durante il ricovero l'astinenza da alcol è stata mantenuta, all'entrata in clinica segnalata invece un'etilmetria positiva di 0.88 ‰ e successiva sindrome astinenziale che denota una dipendenza attiva etilica). Sottolineiamo quindi le forti discrepanze diagnostiche dei due rapporti relativi alla stessa degenza e in particolare non possiamo confermare la presenza di un episodio depressivo sulla base di ciò che è stato discusso sopra e confermiamo la precedente presa di posizione. " (Doc. VIII/1) Considerate le summenzionate contrastanti valutazioni mediche agli atti, questa Corte ha ordinato l'esecuzione di una perizia medica a cura del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia di _____. 2.7. Nel rapporto peritale del 14 febbraio 2011, il dr. _____, coadiuvato dalla dr.ssa _____, ha posto le diagnosi di sindrome psico-organica incipiente sulla base di una sindrome da dipendenza alcolica cronica, probabilmente in remissione parziale, che si innestano su e sono la conseguenza di un disturbo di personalità di tipo misto (ICD10-F61), non grave, con predominanza di tratti istrionici e accessori tratti evitanti, fobici, ossessivi e ansiosi, complicati da una patologia affettiva di cui è difficile precisare i criteri, ma la cui diagnosi più verosimile è quella di sindrome mista ansioso-depressiva, non potendo comunque escludersi né una distimia né una sindrome depressiva ricorrente, né una depressione doppia, ossia il sovrapporsi di una sindrome depressiva ricorrente ad una distimia (doc. XXVII pag. 35). Il dr. _____ ha sottolineato che "il disturbo di personalità costituisce la patologia primaria; su di esso si innesta l'uso dannoso di alcol, evoluto poi in una sindrome di dipendenza da alcol, presente probabilmente già in anni giovanili; la sindrome affettiva (comunque la si voglia diagnosticare) si manifesta nel corso degli anni '90 mentre che il decadimento psico-organico con l'alterazione secondaria della personalità risale ad anni più recenti ma sembra sufficientemente documentata già (almeno) al momento in cui la peritanda inoltra la domanda di prestazioni AI. Il decadimento cognitivo è inizialmente molto discreto ma si accentua poi in modo significativo, come dimostra il calo di prestazioni tra il 2007/2008 e il 2010/2011" (doc. XXVII pag. 35). Il

perito ha indicato che tutte le diagnosi citate “esercitano, ora come ora, un influsso sulla capacità lavorativa. Determinanti sono il decadimento cognitivo (sindrome psico-organica) e il disturbo affettivo (sindrome mista ansioso-depressiva) che, in aggiunta agli aspetti di fragilità egoica (immaturità, infantilismo – cfr. esame psicologico, Figura complessa di Rey) rendono la peritanda incapace a qualsiasi lavoro” (doc. XXVII pag. 35). A proposito della capacità lavorativa, il dr. _____ ha rilevato che “il danno alla salute è tale da causare un’incapacità completa nelle attività di impiegata d’ufficio, contabile e ricezionista e ciò a partire dai primi anni 2000. Non è possibile essere più precisi al riguardo. La peritanda ha lavorato ancora, per breve tempo e con un orario di lavoro ridotto, nel 2002 ma il certificato di lavoro relativo a quell’attività lascia adito al sospetto che le sue prestazioni non siano state soddisfacenti”. Il perito ha precisato che “dal profilo medico, la peritanda non può essere reintegrata in alcuna attività adeguata. Ne è dimostrazione (se ancora ve ne fosse bisogno) il livello, inferiore alle aspettative, dei lavori da lei svolti persino in un ambiente protetto quale la _____” (doc. XXVII pag. 36). A proposito dell’evoluzione dell’incapacità lavorativa, il dr. _____ ha indicato che “l’evoluzione dell’incapacità lavorativa nell’attività di impiegata d’ufficio, contabile, ricezionista e in altre attività adeguate dal mese di dicembre 2003 ad oggi è negativa. Se già nel 2002 la sua capacità di lavoro in un call-center era parziale, da fine 2003 ad oggi si è assistito ad un peggioramento ed in tutto questo periodo la peritanda, come detto, è stata, a nostro avviso, incapace al lavoro in misura completa” (doc. XXVII pag. 36). Rispondendo ad un’esplicita domanda del rappresentante dell’assicurata volta ad appurare i motivi della “palese discordanza tra il parere espresso dall’UAI, da una parte e, dall’altra parte, i pareri concordanti espressi dallo specialista curante, dr. med. _____, dall’Ospedale _____ e dalla _____”, il dr. _____ ha rilevato che “a nostro avviso, la palese discordanza (...) è frutto di una valutazione superficiale dei periti del SAM e del CPAS”, dato che “essi hanno incontrato la peritanda in un’unica occasione, non hanno proceduto a nessun esame psicologico e hanno sottovalutato le indicazioni dei medici curanti; in particolare, la perizia del CPAS non sembra tenere in alcuna considerazione le pur chiare indicazioni formulate a _____” (doc. XXVII pag. 34). Nelle annotazioni del 1° marzo 2011, il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR si sono così espressi riguardo alla perizia giudiziaria del dr. _____: " Si prende atto della perizia giudiziaria. Si concorda che attualmente il continuo e persistente abuso etilico ha portato a dei danni cognitivi invalidanti. Non si concorda con la perizia sul fatto che l’abuso è attualmente almeno in parziale remissione in considerazione dei seguenti punti: - la sera beve birra mista a sciroppo di lampone (sic) - labilità e fatuità, ripetuti richiami - gGT 491, MCV 101, CDT 2,0 - la “normalità” del CDT purtroppo non è garante di una astinenza etilica (sensitività unicamente del 65-95%) - un aumento delle gGT a 491 e del MCV sono forti indicatori (in assenza di una manifesta cirrosi) di un persistente sostanziale abuso etilico, fatto confermato dalle indicazioni fornite dall’assicurata - purtroppo in occasione delle visite peritali non è stata effettuata una etilmetria per escludere o confermare una impregnazione etilica alla base di certi comportamenti. Lo stesso perito a pag. 6 segnala in occasione di una telefonata in data 30.12.2010 un tono gioviale francamente inadeguato, fatuo ma non sospetto di essere alterato dall’alcol. Per quanto concerne il decadimento cognitivo facciamo presente che in occasione del ricovero a _____ erano stati riscontrati dei deficit cognitivi considerati non ancora chiaramente patologici ma meritevoli di ulteriori valutazioni. Antecedentemente non è mai stato oggettivato un decadimento cognitivo. Non si concorda quindi con l’indicazione del perito che tale decadimento sia già stato manifestamente limitante sin

dall'inoltro della domanda AI nel 2003." (Doc. XVIII/bis) Chiamato dal TCA a prendere posizione in merito a queste critiche del SMR e a precisare se, con riferimento alla STF 9C_395/2007 del 15 aprile 2008, un'astinenza prolungata consentirebbe all'assicurata di recuperare una capacità lavorativa completa, senza che il disturbo di personalità influisca negativamente sulla stessa, oppure no (cfr. doc. XXXI), il dr. _____, con scritto del 28 marzo 2011, ha rilevato: " (...) Non mi sembra che queste annotazioni e di conseguenza le osservazioni che ne derivano sollevino obiezioni molto consistenti alle conclusioni della perizia della dott.ssa _____ e mia. Noi stessi avevamo menzionato che la peritanda, per sua stessa ammissione, "la sera beve birra mista a sciroppo di lamponi" – fatto che, di per sé, in assenza di indicazioni quantitative, non consente di parlare di abuso etilico, anche se certamente non è indizio di astinenza. Labilità e fatuità possono ma non necessariamente sono indicativi di abuso etilico, poiché si ritrovano in disturbi di personalità e anche in certe psicosi. La loro presenza è un indizio, non una prova. In ogni caso, le conclusioni peritali erano lungi dal negare l'esistenza di un consumo di alcol, anche eccessivo; ci limitavamo ad esprimere l'opinione che, al momento delle indagini peritali, esso fosse meno importante che in passato ("...probabilmente in remissione parziale..." – pag. 35). Vero è che i valori yGT e MCV sono ancora patologici in modo chiaro e suggestivo di un abuso etilico; ricordiamo, in proposito, che essi sono stati misurati su nostra richiesta mentre che né il dr. _____ né il dr. _____ avevano ritenuto utile procedere in questa direzione. È proprio per il persistente aumento degli enzimi epatici e di quello, irregolare, del MCV che abbiamo proceduto all'esecuzione di un'ecografia addominale nonché all'esame di una documentazione di vecchia data non presa in considerazione dai periti precedenti. Il fatto che, nei parecchi anni intercorsi dalle prime indagini epatologiche ad oggi non vi siano sostanziali mutamenti della morfologia del parenchima epatico depone per un consumo etilico tutto sommato non così massiccio come alcuni parametri potrebbero far pensare (si pensi ad un'etilometria del 0.88‰, piuttosto bassa, misurata in occasione del ricovero alla _____ del 17.11.2009). A favore di una almeno parziale remissione vi sono anche le dichiarazioni del dr. _____. I colleghi _____ e _____ osservano che "... purtroppo in occasione delle visite peritali non è stata effettuata una etilometria per escludere o confermare una impregnazione etilica alla base di certi comportamenti. Lo stesso perito a pag.

E. 6

segnala in occasione di una telefonata in data 30.12.2010 un tono gioviale francamente inadeguato, fatuo ma non sospetto di essere alterato dall'alcol". Questa osservazione ci ricollega a quanto detto poc'anzi, e cioè che il "tono gioviale e fatuo, francamente inadeguato", è correlabile – ma certo non esclusivamente – ad un'impregnazione alcolica. Esso può riscontrarsi anche in situazioni diverse, in disturbi di personalità e in alterazioni secondarie della personalità dovute, per esempio, all'alcol, oppure anche in stati ipomaniacali-maniacali (ma non è questo il caso che ci interessa). Se etilometrie non sono state effettuate in occasione delle visite peritali è perché la clinica non le giustificava. Alle visite la peritanda si è sempre presentata puntuale, senza nessun disturbo, neppure accennato, della deambulazione o della motricità, con un eloquio fluido e scorrevole, senza indizi di difficoltà di coordinamento motorio, senza il minimo "foetor aethylicus". Con tutto ciò, riteniamo di non avere per nulla sottovalutato il comportamento additivo della peritanda, che riteniamo essere alla base di quella che oggi è la patologia più rilevante, vale a dire l'incipiente sindrome psico-organica (cfr. risposta al quesito n° B1). Che la sindrome da dipendenza sia conseguente ad un disturbo di personalità appare, a nostro avviso,

praticamente certo anche se, viste le alterazioni secondarie, non è facile dimostrazione quale fosse “la situazione di partenza” e ciò malgrado i risultati dei test psicologici. In essi però, al di là del notevole impoverimento/decadimento cognitivo, emerge anche, non dimentichiamolo, una “struttura psicotica” (Test di Rorschach) che, a nostro avviso, costituisce un peggioramento acquisito di una precedente struttura limite, deteriorata dall’alcol. Di questo deterioramento abbiamo poi una conferma diacronica nel decadimento cognitivo documentato tra il ricovero a _____ nel 2007-2008 e gli esami effettuati in corso di perizia. Ci tocca ora ricordare che la nostra valutazione dell’inabilità lavorativa non si basa esclusivamente sul decadimento cognitivo e sull’attuale valore del QI, praticamente al limite del ritardo mentale. È vero che esso non era stato documentato nel 2003. Ma a causare un’inabilità lavorativa possono esservi stati altri fattori, in parte o in tutto spiegabili con il disturbo di personalità e l’abuso etilico. È possibile che quest’ultimo, “a norma di regolamento” non giustificasse l’assegnazione di prestazioni AI. Ciò, tuttavia, non impedisce che, “de facto”, la peritanda fosse inabile al lavoro. Ricordiamo che l’ultima attività lucrativa da lei esercitata, a tempo parziale (e probabilmente con esiti poco brillanti), risale al 2002 e che nel 2003-2004 l’incapacità lavorativa era stata attestata concordemente dai dottori _____, _____ i e _____. Per quanto riguarda la Sua domanda se un’astinenza prolungata possa consentire alla peritanda di recuperare una capacità lavorativa completa, senza che il disturbo di personalità influisca negativamente sulla stessa, oppure no, la nostra risposta non può che essere negativa. Allo stato attuale delle cose, un’astinenza prolungata non potrebbe che essere positiva ma essa potrebbe solo frenare un ulteriore decadimento cognitivo e un ulteriore deterioramento della personalità “in toto”. Una “inversione di tendenza” appare estremamente improbabile e, a nostro avviso, avrebbe un che di miracoloso. Anche un lieve miglioramento (che non può del tutto essere escluso) sarebbe del tutto insufficiente a restituire alla peritanda una capacità lavorativa nelle professioni indicate nei quesiti B3, B4 e B6. Riteniamo inoltre che la peritanda ben difficilmente possa essere reintegrata in altre “attività adeguate”, specie considerando il basso livello dei lavori da lei effettuati persino in ambiente protetto, come già ricordato in perizia. Rispetto al caso discusso in STF 9C_395/2007 del 15 aprile 2008, il nostro presenta le seguenti, determinanti, differenze: la patologia principale della peritanda è ormai una sindrome psico-organica, indicativa di un danno probabilmente solo parzialmente reversibile, molto probabilmente dovuto all’alcol. L’assicurato oggetto della precitata sentenza non ne era affetto. In secondo luogo, quest’uomo era stato posto in condizioni di non potere bere a seguito di una condanna per non avere pagato gli alimenti. Come osservato in perizia, la peritanda non è soggetta ad alcuna misura di privazione della libertà a scopo di assistenza e in queste condizioni “l’esperimento” cui l’assicurato citato in sentenza “è stato sottoposto” non è realizzabile. Il ricovero coattivo alla _____ dal 17.11.2009 al 28.12.2009 è stato troppo breve per costituire un adeguato termine di paragone. In ogni caso, le conclusioni dei colleghi della _____ riguardo alla capacità lavorativa della peritanda non lasciano intravedere alcun miglioramento né fanno sperare in un’evoluzione positiva.” (Doc. XXXII) Nelle annotazioni del 7 aprile 2011, il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR hanno ancora osservato: " In conclusione dalla perizia del dr. _____ risulta: - “possiamo affermare che la prima patologia di rilevanza psichiatrica emersa dallo studio della biografia della peritanda è legata all’uso di alcol” (pagina 26) - Sindrome psico-organica e sindrome da dipendenza alcolica s’innestano su e sono conseguenza di un disturbo di personalità di tipo misto (F61), non grave (pagina 35) - Patologia oggi più rilevante è la sindrome psico-organica incipiente - Precedente

struttura limite deteriorata dall'alcol - Decadimento cognitivo documentato tra il ricovero a _____ nel 2007-2008 e gli esami effettuati in corso di perizia In conclusione: - si concorda con l'attuale IL completa per presenza di sindrome psico-organica su etilismo cronico - la sindrome psico-organica risulta documentata con l'attuale perizia ed è divenuta manifesta nel periodo tra il ricovero a _____ e l'attuale perizia, non è quindi ammissibile riconoscere una inabilità lavorativa secondo i criteri della LAI sin dai primi anni 2000 - l'abuso etilico non è secondario a patologia psichiatrica maggiore." (Doc. XXXV/bis) Commentando, su richiesta del TCA (cfr. doc. XXXVI), queste critiche sollevate dai medici del SMR, il dr. _____, con scritto del 20 aprile 2011, ha rilevato: " Mi rallegro che i colleghi concordino ora con un'incapacità lavorativa completa, anche se l'accordo è limitato: "...per presenza di sindrome psico-organica su etilismo cronico". Tuttavia, già la successiva frase delle loro annotazioni non è condivisibile. Scrivono i colleghi: "la sindrome psico-organica risulta documentata con l'attuale perizia ed è divenuta manifesta nel periodo tra il ricovero a _____ e l'attuale perizia, non è quindi ammissibile riconoscere una inabilità lavorativa secondo i criteri della LAI sin dai primi anni 2000". In realtà, la sindrome psico-organica è documentata a fine 2007, questo è vero, ma ciò non significa che essa sia divenuta manifesta nel periodo "tra il ricovero a _____ e l'attuale perizia". Essa era infatti manifesta perlomeno radiologicamente già il 22.11.2007 (data della prima RMI cerebrale) mentre il ricovero a _____ avviene a partire dal 21.12.2007. È tuttavia ovvio che l'atrofia cerebrale e cerebellare allora constatata doveva risalire a parecchio tempo prima; il fatto che nessuno, in precedenza, l'abbia menzionata non significa che non fosse presente e addirittura che non fosse manifesta. È infatti possibile che i suoi sintomi, pur presenti, siano passati inosservati o non siano stati correttamente rilevati e documentati. È comunque chiaro che un referto psico-organico oggettivo come quello della MRI non può essersi manifestato repentinamente. La sindrome psico-organica era dunque precedente il momento della sua "oggettivazione". Inoltre, la sindrome psico-organica, pur essendo al momento attuale la patologia più importante, non è l'unica che abbia inciso sulla capacità lavorativa della signora _____, come ritengo sia stato esposto a sufficienza in perizia. Mantengo perciò la mia valutazione, espressa nella perizia e nel mio scritto del 28.03.2011. La terza frase delle annotazioni dei colleghi _____ e _____ si presta pure ad un appunto: "l'abuso etilico non è secondario a patologia psichiatrica maggiore". Ci dobbiamo chiedere che cosa sia una patologia psichiatrica maggiore. Né l'ICD10, né il DSM-IV-TR suddividono le sindromi e i disturbi mentali in maggiori e minori. Ogni patologia può avere forme lievi e forme gravi. Anche se in molti casi, come nel nostro, è arduo giudicare a posteriori quale fosse/sia stato il grado di gravità di un disturbo risalente ad anni se non decenni prima, gli indizi presenti nel caso in esame (ed in particolare la "struttura psicotica" evidenziata dal Test di Rorschach) fanno pensare che il disturbo di personalità della peritanda fosse, anche a prescindere dalla sindrome psico-organica poi sovrappostasi, tutt'altro che "minore". Mi sembra inoltre importante sottolineare come nel 2003-2004 i tre medici curanti, dottori _____, _____ e _____ avessero dichiarato la signora _____ inabile al lavoro in misura completa. Non trovo, nelle annotazioni dei dottori _____ e _____, il benché minimo argomento atto a revocare in dubbio questa loro concorde certificazione." (Doc. XXXVII) Nelle annotazioni del 9 maggio 2011 il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR hanno ancora una volta osservato: " Abbiamo preso atto dello scritto del dr. _____ del 20.04.2011. Non possiamo che confermare la nostra presa di posizione. Ci permettiamo di fare ancora le seguenti osservazioni: - la sindrome

psico-organica non è una diagnosi radiologica ma clinica - nessuno mette in dubbio che vi fosse già prima una inabilità lavorativa ma non per problematica riconosciuta essere invalidante secondo i criteri dell'AI - il perito stesso ha affermato che la prima patologia di rilevanza psichiatrica emersa dallo studio della biografia della peritanda è legata all'uso di alcol." (Doc. XLI/bis) A proposito di queste critiche dei medici del SMR, con scritto del 27 maggio 2011, il dr. _____, rispondendo ad una richiesta di precisazioni del TCA (cfr. doc. XLII), ha evidenziato: " I colleghi osservano che "la sindrome psico-organica non è una diagnosi radiologica ma clinica". Questo è vero, nel senso che è possibile che una sindrome psico-organica esista anche in assenza di lesioni radiologicamente rilevabili; forse meno probabile è il contrario, vale a dire che in presenza di una lesione radiologicamente rilevabile non vi sia alcun sintomo clinico. Tuttavia, anche questo è possibile, sempre che non si ricorra a indagini adeguate. Nel caso della signora RI 1, questo è quanto effettivamente si è verificato. Negli anni precedenti la diagnosi radiologica di atrofia cerebrale diffusa, nessuno aveva mai eseguito dei test psicometrici e per questo motivo la diagnosi di sindrome psico-organica era stata omessa. Questa è, a mio avviso, la spiegazione più verosimile della "improvvisa" comparsa di un quadro psico-organico in occasione del ricovero all'Ospedale _____ a fine 2007 - inizio 2008. La successiva contestazione "nessuno mette in dubbio che vi fosse già prima una inabilità lavorativa ma non per problematica riconosciuta essere invalidante secondo i criteri dell'AI" è da un lato consolante, visto che fino a poco tempo fa i periti dell'AI avevano sostenuto che l'assicurata era abile al lavoro in misura completa; come già detto in perizia e negli scritti successivi, l'invalidità è legata, a mio avviso, sicuramente alla sindrome psico-organica (il cui esordio è sicuramente anteriore al novembre 2007) e questa è conseguente ad un prolungato uso dannoso/sindrome da dipendenza alcolica i quali, con ogni probabilità, si innestano su un preesistente disturbo di personalità con tratti istrionici che costituisce la patologia di base. Non credo, sinceramente, che sia possibile ricostruire con certezza l'importanza sulla capacità di lavoro dell'assicurata del disturbo di personalità in sinergia con l'alcol, in modo da determinare a partire da quando il quadro clinico sia divenuto invalidante. In mancanza di indizi in senso contrario, trovo che non vi sia alcun motivo per discostarsi dalla concorde valutazione dei medici curanti, dottori _____, _____ e _____, che fanno risalire l'incapacità lavorativa dell'assicurata al 2003-2004. L'ultima contestazione dei colleghi suona: "il perito stesso ha affermato che la prima patologia di rilevanza psichiatrica emersa dallo studio della biografia della peritanda è legata all'uso di alcol". È vero nel senso che la prima patologia documentata consiste nell'uso dannoso di alcol; è vero anche nel senso che, in base a tutte le considerazioni esposte in perizia e negli scritti successivi, l'uso dannoso (poi sindrome da dipendenza) di alcol si innesta su un disturbo di personalità, il quale è evidentemente "legato all'uso di alcol". Quest'ultima contestazione mi sembra, di conseguenza, priva di una vera rilevanza ai fini peritali. Rilevante, infatti, non è la prima patologia emersa, bensì quella che ha determinato l'incapacità lavorativa. Come già detto, a determinare l'incapacità lavorativa è stata, a mio avviso, una patologia complessa costituita dal disturbo di personalità, dal consecutivo uso dannoso/sindrome da dipendenza da alcolici e, per finire, dalla sindrome psico-organica." (Doc. XLIII) 2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate (cfr. RAMI 1991 pag. 311). Determinante quindi

per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza I 128/98 del 24 gennaio 2000, pubblicata in Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il Tribunale federale delle assicurazioni ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (cfr. STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009). In caso di perizia medico giudiziaria, il giudice - di principio - non si scosta, senza ragioni imperative dalle conclusioni del perito medico, il cui compito è proprio quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie (cfr. STF 8C_524/2008 del 2 aprile 2009 e STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009). Ragioni che possono indurre a non fondarsi su tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 351, consid. 3b/aa pag. 352 e sentenze ivi citate; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Deve tuttavia essere 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 che 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 giustizia (cfr. STFA U 288/99 del 15 gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: " Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen "). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni specialisti o a servizi specializzati indipendenti, 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, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha

evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: "(...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)” L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si

ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)" 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STF I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002 consid. 3.3). Non si può tuttavia pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze precisando qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b; STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), 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, inc. 32.1999.124). 2.9. Chiamato a pronunciarsi, nella presente fattispecie questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto nella propria perizia medico-giudiziaria il dr. _____, in collaborazione con la dr.ssa _____, dopo avere preso in considerazione tutte le patologie di cui è affetta l'assicurata (Diagnosi: sindrome psico-organica incipiente sulla base di una sindrome da dipendenza alcolica cronica, probabilmente in remissione parziale, che si innestano su e sono la conseguenza di un disturbo di personalità di tipo misto (ICD10-F61), non grave, con predominanza di tratti istrionici e accessori tratti evitanti, fobici, ossessivi e ansiosi, complicati da una patologia affettiva di cui è difficile precisare i criteri, ma la cui diagnosi più verosimile è quella di sindrome mista ansioso-depressiva, non potendo comunque escludersi né una distimia né una sindrome depressiva ricorrente, né una depressione doppia, ossia il sovrapporsi di una sindrome depressiva ricorrente ad una distimia, cfr. doc. XXVII pag. 35). Infatti, il perito giudiziario ha compiutamente valutato il danno alla salute

lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla capacità di lavoro complessiva dell'interessata, tenuto conto di tutte le problematiche psichiatriche attentamente e approfonditamente valutate dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____. Il dr. _____ ha valutato la ricorrente inabile al lavoro nella misura del 100% sia nella sua precedente attività di impiegata d'ufficio, contabile e ricezionista, sia in qualunque altra attività (doc. XXVII pag. 36). Queste conclusioni del perito giudiziario - alle quali deve essere attribuita, secondo la giurisprudenza citata in precedenza (cfr. consid. 2.8.), forza probatoria piena, in quanto approfondite, complete e motivate - non possono, a mente del TCA, essere contraddette dalle critiche sollevate da parte dei medici del SMR. I medici del SMR hanno criticato la perizia psichiatrica del dr. _____, ritenendola non condivisibile in merito alla presenza di un decadimento cognitivo limitante sin dall'inoltro della domanda AI nel 2003, dato che in occasione del ricovero a _____ erano stati riscontrati dei deficit cognitivi non ancora chiaramente patologici ma solo meritevoli di ulteriori valutazioni (doc. XXX/bis). Al riguardo, il TCA sottolinea innanzitutto che, nei suoi complementi peritali del 28 marzo 2011 (cfr. doc. XXXII), del 20 aprile 2011 (cfr. doc. XXXVII) e 27 maggio 2011 (cfr. doc. XLIII), il dr. _____ si è espresso in modo articolato e completo su tutti i punti controversi sollevati dai medici del SMR, confrontandosi in termini esaustivi con le argomentazioni di senso contrario del dr. _____ e della dr.ssa _____ e confutandole puntualmente. Il perito giudiziario ha, in particolare, evidenziato, a proposito della critica dei medici del SMR relativa al fatto che "la prima patologia di rilevanza psichiatrica emersa dallo studio della biografia della peritanda è legata all'uso di alcol" (cfr. doc. XLI/bis), che "rilevante, non è la prima patologia emersa, bensì quella che ha determinato l'incapacità lavorativa. Come già detto, a determinare l'incapacità lavorativa è stata, a mio avviso, una patologia complessa costituita dal disturbo di personalità, dal consecutivo uso dannoso/sindrome da dipendenza da alcolici e, per finire, dalla sindrome psico-organica" (doc. XLIII) Il TCA non può che condividere queste esaustive precisazioni fornite dal dr. _____. Quanto all'assunto dei medici del SMR circa l'impossibilità che l'inabilità lavorativa completa dell'assicurata causata dalla presenza di una sindrome psico-organica su etilismo cronico risalga ai primi anni 2000, dato che "la sindrome psico-organica risulta documentata con l'attuale perizia ed è divenuta manifesta nel periodo tra il ricovero a _____ e l'attuale perizia, non è quindi ammissibile riconoscere una inabilità lavorativa secondo i criteri della LAI sin dai primi anni 2000" (doc. XXXV/bis), il dr. _____ ha ben spiegato che, nonostante la sindrome psico-organica sia stata documentata a fine 2007, "è tuttavia ovvio che l'atrofia cerebrale e cerebellare allora constatata doveva risalire a parecchio tempo prima; il fatto che nessuno, in precedenza, l'abbia menzionata non significa che non fosse presente e addirittura che non fosse manifesta. È infatti possibile che i suoi sintomi, pur presenti, siano passati inosservati o non siano stati correttamente rilevati e documentati. È comunque chiaro che un referto psico-organico oggettivo come quello della MRI non può essersi manifestato repentinamente. La sindrome psico-organica era dunque precedente il momento della sua "oggettivazione" (cfr. doc. XXXVII). Anche queste considerazioni del perito giudiziario non possono che essere condivise da parte del TCA. Quanto poi all'ulteriore appunto dei medici del SMR circa il fatto che "nessuno mette in dubbio che vi fosse già prima una inabilità lavorativa ma non per problematica riconosciuta essere invalidante secondo i criteri dell'AI" (cfr. doc. XLI/bis), il dr. _____ ha ribattuto che "come già detto in perizia e negli scritti successivi, l'invalidità è legata, a mio avviso, sicuramente alla

sindrome psico-organica (il cui esordio è sicuramente anteriore al novembre 2007) e questa è conseguente ad un prolungato uso dannoso/sindrome da dipendenza alcolica i quali, con ogni probabilità, si innestano su un preesistente disturbo di personalità con tratti istrionici che costituisce la patologia di base”, aggiungendo che “non credo, sinceramente, che sia possibile ricostruire con certezza l’importanza sulla capacità di lavoro dell’assicurata del disturbo di personalità in sinergia con l’alcol, in modo da determinare a partire da quando il quadro clinico sia divenuto invalidante. In mancanza di indizi in senso contrario, trovo che non vi sia alcun motivo per discostarsi dalla concorde valutazione dei medici curanti, dottori _____, _____ e _____, che fanno risalire l’incapacità lavorativa dell’assicurata al 2003-2004” (doc. XLIII). Il TCA non può che condividere anche queste esaustive precisazioni fornite dal dr. _____. Infine, a proposito della contestazione dei medici del SMR in merito al fatto che la sindrome psico-organica non costituisce una diagnosi radiologica, bensì clinica (cfr. doc. XLI/bis), il dr. _____ ha rilevato che “negli anni precedenti la diagnosi radiologica di atrofia cerebrale diffusa nessuno aveva mai eseguito dei test psicometrici e per questo la diagnosi di sindrome psico-organica era stata omessa” (doc. XLIII). Anche queste considerazioni del perito giudiziario possono essere fatte proprie dal TCA. Alla luce delle chiare risposte del dr. _____, il TCA non può quindi condividere le critiche a proposito della perizia giudiziaria espresse dai medici del SMR nelle annotazioni del 1° marzo 2011 (doc. XXX/bis) e nuovamente ribadite nelle annotazioni del 7 aprile 2011 e del

E. 9

maggio 2011 (cfr. doc. XXXV/bis e doc. XLI/bis, riportati in esteso al consid. 2.7.). Alla luce di quanto qui sopra esposto, questo Tribunale ritiene che l’assicurata non può essere considerata abile al lavoro nella misura del 100%, come valutato, ribadendo la correttezza di quanto già indicato dal dr. _____ del SAM, dal dr. _____ e dal dr. _____ del CPAS e confermato dal dr. _____ del SMR. È per contro dimostrato, applicando i principi della probabilità preponderante in vigore nel settore 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 l’assicurata è inabile al lavoro al 100% sia nella sua attività di impiegata d’ufficio, contabile e ricezionista, sia in qualunque altra attività, così come espressamente indicato dal dr. _____ nella sua perizia giudiziaria del 14 febbraio 2011 (doc. XXVII pag. 1-37). La decisione impugnata del 16 novembre 2009 - con la quale l’UAI ha rifiutato di riconoscere all’assicurata il diritto ad una rendita, non presentando ella alcuna patologia con ripercussioni sulla capacità lavorativa (cfr. doc. A) - non è dunque corretta, alla luce delle risultanze della perizia giudiziaria del dr. _____, in quanto l’amministrazione non ha considerato gli importanti effetti sulla capacità lavorativa residua delle affezioni a livello psichiatrico di cui soffre la ricorrente. Pertanto, essendo l’assicurata inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività dal mese di dicembre 2003, ne consegue che, annullata la decisione contestata, ella ha diritto, terminato il periodo di carenza di un anno ex art. 28 cpv. 1 LAI, ad una rendita intera d’invalidità dal 1° dicembre 2004. 2.10. Secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all’assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L’entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1’000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l’esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 1’000.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI.

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