

## **TI\_GERICHTE 32.2013.106 vom 2. Mai 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-05-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.106](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.106)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.106 du 2 mai 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.106 del 2 maggio 2013

### **Regeste**

Invalidità cagionata da danno alla salute psichica; diagnosi secondo sistema di classificazione riconosciuto scientificamente; tossicodipendenza; rinvio degli atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 21.11.2013 32.2013.106 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 21.11.2013 32.2013.106 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 21.11.2013 32.2013.106

Invalidità cagionata da danno alla salute psichica; diagnosi secondo sistema di classificazione riconosciuto scientificamente; tossicodipendenza; rinvio degli atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti

ndata Incarto n. 32.2013.106 rg /gm Lugano 21 novembre 2013 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 31 maggio 2013 di RI 1 contro la decisione del 2 maggio 2013 emanata da in relazione al caso: Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona PI 1 rappr. da: RA 1 in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto e in diritto RI 1 che - per decreto 4 settembre 2012 lo scrivente Tribunale ha stralciato dai ruoli, a motivo di transazione, la causa di cui all'inc. 32.2012.184 promossa con ricorso 26 giugno 2012 da PI 1 avverso la decisione 31 maggio 2012 con cui l'Ufficio AI gli aveva negato il diritto a prestazioni. A seguito e conformemente all'omologato accordo transattivo, gli atti sono stati retrocessi all'amministrazione per ulteriori accertamenti volti a stabilire l'esistenza, in particolare successivamente al periodo di astinenza, di patologie psichiatriche invalidanti stante la tossicodipendenza dell'assicurato (doc. AI 50); - in esito ai nuovi accertamenti, segnatamente sulla base di una valutazione del medico SMR dr. \_\_\_\_\_, psichiatra (doc. AI 68), l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1. febbraio 2012 (doc. AI 82); - avverso la succitata decisione insorge la RI 1 Cassa pensione, presso cui l'assicurato è stato assicurato per il tramite del suo ex datore di lavoro. Evidenziate in particolare le incongruenze tra la valutazioni del medico SMR e la perizia psichiatrica da esso fatta eseguire dal dr. \_\_\_\_\_, rimprovera in sostanza all'Ufficio AI una violazione di diverse norme e principi legali disciplinanti la materia ed un errato accertamento dei fatti, chiedendo in conclusione l'annullamento del querelato provvedimento nonché una nuova determinazione del grado d'invalidità; - con la risposta di causa l'Ufficio AI sulla base delle annotazio-ne dei medici SMR dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_ secondo cui, stanti le critiche sollevate con il ricorso e in considerazione del tem-po trascorso dall'ultima valutazione del dr. \_\_\_\_\_, si rende effettivamente necessaria una rivalutazione peritale psichiatrica dopo comprovata astinenza da consumo di

sostanze, chiede il rinvio degli atti per procedere ad una rivalutazione dal profilo medico (cfr. V); - l'assicurato da parte sua chiede in sostanza la reiezione del gravame, producendo al riguardo un rapporto dello psichiatra dr. \_\_\_\_\_ del Centro \_\_\_\_\_, che lo ha in cura, e confermando la correttezza della valutazione del SMR su cui l'amministrazione ha fondato il riconoscimento di prestazioni; - la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011); - giusta l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità con-genita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perchè il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità ( Duc , L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2007, p. 1411, n. 46 ); - per quanto riguarda l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, la giurisprudenza federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 p. 169; Pratique VSI 1996 pp. 318, 321, 324; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, p. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che “ tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine)” (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2); - secondo giurisprudenza i suddetti principi valgono, fra l'altro, per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (“psy-chische Fehlentwicklungen”), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; RCC 1992 p. 182 consid. 2a con riferimenti); - secondo la Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), cifra 1013, Le tossicomanie (sindromi da dipendenza quali p. es. l'alcolismo [RCC 1989 p. 283, 1969 S.

236], la dipendenza da medicinali [RCC 1964 p. 115] o da droghe [RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600], 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 dure-vole lesione cerebro-organico-neurologica oppure un irreversibile mutamento di natura organica della personalità affettiva. Occorre pertanto verificare se la tossicodipendenza è la conseguenza di un danno alla salute fisica o mentale di natura patologica preesistente oppure se la dipendenza è la ragione di un susseguente danno alla salute suscettibile a diminuire la capacità al guadagno in maniera permanente o di lunga durata (Pratique VSI 2001 p. 227 consid. 5 e 6); - in STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4)”; - 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. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). L'Alta Corte federale ha inoltre 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). 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) ; - inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto, come accennato, porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti 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 inc. 32.1999.124 del 27 settembre 2001); - nel caso in esame, anche a seguito del rinvio per nuovi accertamenti di cui al summenzionato decreto 4 settembre 2012, la fattispecie non risulta essere stata correttamente e sufficientemente indagata. Da un lato la valutazione 1. febbraio 2013 del medico psichiatra SMR dr. \_\_\_\_\_, posta alla base del querelato provvedimento (doc. AI 68), contiene delle conclusioni perlomeno premature le quali non possono quindi costituire valido supporto probatorio per un giudizio. Infatti nella precedente sua valutazione del gennaio 2012 (doc. AI 31-1) egli aveva evidenziato che occorreva un periodo di comprovata astinenza fino a 6 mesi (durata che sembra essere condivisa in ambito specialistico [cfr. rapporto dr. \_\_\_\_\_ sub doc. 5, cfr. perizia dr. \_\_\_\_\_ p. 15 sub doc. A/1, cfr. anche doc. AI 45]) prima di e-mettere una diagnosi psichiatrica definitiva. Ora, il querelato provvedimento è stato reso a inizio maggio 2013 sulla base di di suddetta valutazione eseguita nel febbraio 2013, senza quindi ulteriore verifica in sede medica degli effetti dell'astinenza (iniziata, per quanto è dato di capire, a ottobre 2012; cfr. annotazione dr. \_\_\_\_\_ sub doc. AI 31-1 e scritto dr. \_\_\_\_\_ sub doc. 5). Per il resto non appare superfluo sottolineare come la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ del febbraio 2013, a ben vedere, neppure risulta contenere l'indicazione di una diagnosi con riferimento preciso ad un sistema di classificazione scientificamente riconosciuto e pone inoltre un giudizio di pura verosimiglianza per quanto riguarda il nesso tra danno alla salute psichica e (in) dipendenza da droghe (non è dato di capire se si tratta del grado di verosimiglianza preponderante richiesto nel settore delle assicurazioni sociali; DTF 126 V 360, 125 V 195 consid. 2 e ivi riferimenti ). D'altro lato anche la valutazione peritale operata dallo psichiatra dr. \_\_\_\_\_ per conto dell'istituto ricorrente (cfr. doc. A/1; la diagnosi, con conseguenze sulla capacità al lavoro, da esso posta è quella di “ Rezidivierende depressive Störung, derzeit in Remission, ICD-10:F33.4 ”, rispettivamente, senza influsso sulla capacità al lavoro, di “ Störung durch Kokain, psychotisce Störung gemischt, ICD-10: 14.56 ” ), a fronte delle pertinenti osservazioni formulate dallo psichiatra dr. \_\_\_\_\_ del Centro \_\_\_\_\_ che ha in cura l'assicurato, non può essere considerata decisiva. Infatti nel suo rapporto 17 giugno 2013 (nel quale ha tra l'altro posto la diagnosi con riferimento a ICD-10, F 23.0) prodotto nelle more della presente procedura (cfr. doc. 5) – ancorchè costituisca tale rapporto solo una presa di posizione e non contenga quindi tutti gli approfondimenti necessari conformemente alla summenzionata giurisprudenza in materia di valore probatorio di atti medici – il dr. \_\_\_\_\_ ha ben evidenziato la non completa considerazione, da parte dello specialista incaricato dall'insorgente, sebbene questi risulti aver visitato l'interessato dopo 6 mesi di asserita astinenza, di tutti gli elementi anamnestici che vanno invece nel caso di specie ritenuti ai fini di una corretta valutazione; - stante quanto precede, la fattispecie non essendo stata compiutamente accertata, si rende necessario un ulteriore complemento istruttorio di natura medica; - nella sentenza 137 V 210 (cfr. consid. 2.6.) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve alle-stire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio, tra l'altro per accertare problematiche non completamente risolte (“ Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”); - conformemente alla giurisprudenza federale una perizia deve essere ordinata qualora

sussistono anche solo minimi dubbi riguardo all'attendibilità e alla concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (in argomento vedi, pro multis, STF 9C\_1021/2012 del 3 luglio 2013 e la 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012 entrambe con rinvio a DTF 135 V 465); - nell'evenienza concreta si è (nuovamente) in presenza di un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso la causa non essendo stata sufficientemente istruita per poter statuire sul tema litigioso; - la decisione impugnata va quindi annullata e l'incanto retrocesso all'amministrazione affinché metta in atto, presso il Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS), una valutazione peritale psichiatrica, intesa a finalmente chiarire, accertando e tenendo conto del necessario periodo di astinenza, se – posta/e la/le corretta/e diagnosi – la tossicodipendenza è nel caso concreto la conseguenza di un danno alla salute fisica o psichica di natura patologica preesistente oppure se la dipendenza è la ragione di un susseguente danno alla salute suscettibile di diminuire la capacità lavorativa ed in che misura. In esito a tale valutazione l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto a prestazioni; - giusta 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 presente vertenza, le spese per CHF 500.-- sono poste a carico dell'amministrazione; - all'istituto di previdenza ricorrente, per altro non patrocinato in causa, non vengono assegnate ripetibili ( DTF 128 V 133, 126 V 150; SZS 2001 p. 174). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § La decisione impugnata è annullata e gli atti sono rinviati all'amministrazione perchè proceda conformemente ai considerandi. 2. Le spese, per complessivi CHF 500.--, sono poste a carico dell'Ufficio AI; 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni II

vicepresidente  
Guffi

Il segretario giudice Raffaele  
Fabio Zocchetti