

TI_GERICHTE 32.2017.17 vom 5. Dezember 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-12-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.17

FR: TI_GERICHTE 32.2017.17 du 5 décembre 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2017.17 del 5 dicembre 2016

Regeste

2a domanda di rendita di un'assicurata tossicodipendente. La tossicodipendenza non è la conseguenza di un preesistente danno alla salute psichico invalidante e tantomeno la causa di una successiva malattia invalidante. Rettamente l'Ufficio AI ha negato la domanda di prestazioni

Erwägungen

E. 17

cpv. 1 LPGA stabilisce che “ se il grado d’invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d’ufficio o su richiesta.” I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell’art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. p. 4; RCC 1989 p. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L’art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). 2.4. Va ancora ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/ Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l’Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: “ 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). (...)" . Secondo la giurisprudenza del TF, 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, consid. 3b; RCC 1992 pag. 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 durevole 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). Nella 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). (...)". Va infine rilevato che nella DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

2.5 Nel caso di specie, a seguito della seconda domanda di prestazioni, l'amministrazione ha nuovamente incaricato il _____ di eseguire una perizia psichiatrica. Tenuto conto della prima valutazione del 29 aprile 2014, dopo avere avuto due colloqui con l'assicurata e aver proceduto al consueto riassunto degli atti, all'anamnesi, esposti l'esito dell'esame clinico secondo AMDP-System, gli approfondimenti testali eseguiti, la descrizione della giornata, delle attività e delle abitudini, il trattamento psichiatrico attuale, la specialista in psichiatria e psicoterapia, dr.ssa

_____ (la stessa che aveva eseguito la precedente perizia), ha posto le seguenti diagnosi: " (...) Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool, sindrome da dipendenza, attualmente sta usando la sostanza, dipendenza attiva (ICD10; F 10.24). Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi, attualmente in regime di mantenimento con trattamento sostitutivo (metadone) (ICD10; F 11.22), uso episodico di eroina. Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi, sindrome di dipendenza, attualmente sta usando la sostanza, dipendenza attiva (ICD10; F 12.24). Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro Tratti ascrivibili ad un disturbo di personalità emotivamente instabile. (...)" (doc. AI 72 pag. 8-9) Nella sua valutazione, la specialista ha in particolare rilevato: " (...) Mi confronto nuovamente con un'assicurata la cui valutazione appare particolarmente complessa a causa della concomitanza di vari fattori. Quello che pare avere maggiore rilevanza, nel caso in questione, pare essere determinato da una sindrome di dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti (cannabis e probabilmente eroina) che, come confermato dallo screening tossicologico effettuato anche in occasione della presente valutazione, è attualmente presente e che, rispetto alla mia precedente valutazione non appare affatto migliorata: l'esame del CTD mette addirittura in evidenza un incremento dell'utilizzo di etile. (...)" (sottolineatura del redattore; inc. AI pag. 180). Come visto, la perita ha ritenuto il disturbo di personalità quale patologia senza influenza sulla capacità lavorativa (" In occasione dell'attuale valutazione ribadisco ciò che mi aveva portato ad escludere che il disturbo di personalità fosse tanto permeante da poterne influenzare la capacità lavorativa" ... " Pur riconoscendo la presenza di tratti ascrivibili nel contesto di un disturbo della personalità non ritengo, a tutt'oggi, come discusso nella mia precedente valutazione, che siano questi ad influire negativamente sulla sua capacità lavorativa " ; inc. AI pag. 181). In merito agli altri disturbi psichici dovuti alle dipendenze, la perita ha confermato un'inabilità lavorativa del 40% nell'ultima attività di cameriera e del 20% quale casalinga, valutazione che aveva espresso nella perizia del 29 aprile 2014 (cfr. inc. AI pag. 64). Infatti, la dr.ssa Ciavaglioli ha concluso: " (...) In considerazione di quanto sopra esposto ritengo che, allo stato attuale, in occasione della presente valutazione, non siano emersi elementi che possano apportare sostanziali modifiche rispetto alla mia precedente valutazione che, anche in questa occasione, viene eseguita in una fase di dipendenza attiva da sostanze stupefacenti ed alcool. La prognosi risulta incerta; molto dipenderà dall'evoluzione della sindrome di dipendenza ed in generale delle sue condizioni psichiche nonché dalle misure che si riusciranno ad attuare. Ritengo che un tentativo mirato ad un percorso di disintossicazione andrebbe vagliato dal curante e dall'assicurata che, in occasione della degenza del maggio 2015, parrebbe aver rifiutato la proposta di un percorso presso il centro di competenza per dipendenze della _____." (doc. AI 72 pag. 11) Sulla base della succitata perizia, con rapporto finale 19 agosto 2016 il dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia al SMR, ha evidenziato: "... in presenza di un quadro clinico oggettivamente sovrapponibile al 2014, con la IL determinata esclusivamente dall'abuso di sostanze tossiche, fattore escluso dall'AI, si propone, come allora, il rifiuto di prestazioni "(inc. AI pag. 238). Con scritto 15 settembre 2016 lo psichiatra curante dell'assicurata ha contestato la valutazione peritale (inc. AI doc. 75). Dopo aver chiesto una presa di posizione al consulente in integrazione professionale – il quale, in assenza di un quadro clinico senza dipendenze, con scritto 22 novembre 2016 ha reputato prematuro l'attuazione di provvedimenti professionali – con decisione 5 dicembre 2016, preavvisata il 19 agosto 2016 (inc. AI doc. 73), l'Ufficio AI ha respinto la domanda di

prestazioni. 2.6. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 28a n. 236, pag. 389). 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, in: *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht*, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Il TF ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 pag. 74 e sentenza 9C_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales", in *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale* n° 44-2010 pag. 124). Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. la STCA 32.2013.183 del 20 ottobre 2014 confermata

dal TF con la STF 9C_816/2014 del 17 dicembre 2015; vedi inoltre le STCA 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; 32.2011.326 del 31 maggio 2012; 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; 32.2010.308 del 19 maggio 2011 e 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008). 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, consid. 5.3). 2.7. Con il presente ricorso l'assicurata contesta la succitata valutazione medica, allegando il rapporto 15 settembre 2016 (doc. E) del suo psichiatra curante, già prodotto in sede amministrativa (inc. AI doc. 75) e sul quale l'Ufficio AI non aveva preso posizione. In quello scritto il dr. _____, evidenziato come la sua paziente soffra di un grave disturbo di personalità di tipo Borderline e di scompensi psicotici, contesta che la tossicodipendenza sia la causa di tali problematiche. In particolare rileva come: " (...) In questi ultimi anni vi è stata una svolta nel suo rapporto con gli stupefacenti; sotto regime metadonico sono presenti ancora consumi discontinui di canapa ma la paziente sta portando avanti un percorso di astinenza da cocaina e da altri opiacei, con molti sforzi e difficoltà. (...)" (inc. AI pag. 195) Ricorda poi che l'intenzione non era quella dell'ottenimento di una rendita d'invalidità, ma la possibilità di un sostegno di reinserimento integrativo. Negarlo significa condannarla ad un isolamento sociale. Con annotazioni 22 febbraio 2017 il dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia presso il SMR, ha preso posizione in merito al succitato scritto: " Ho preso nozione dello scritto del Dr. _____ del 15.09.2016, il quale conferma nei fatti lo stato di abuso costante di sostanze da parte dell'assicurata. La valutazione del Dr. _____ non si discosta dal rapporto SMR finale del 19.08.2015 (Dr. _____) che aveva preso in giusta considerazione tratti di disturbo di personalità emotivamente instabile senza influsso sulla capacità lavorativa mentre è ben oggettivo da tutta la documentazione medica in atti, incluso il recente rapporto del Dr. _____, lo stato di abuso di sostanze. Pertanto, l'abuso di sostanze tossiche non ha provocato una malattia o un infortunio in seguito alla quale o per cui l'assicurata ha subito un danno alla salute fisica o mentale che riduce la capacità lavorativa in genere, né tantomeno esso risulta da un tale danno con valore di malattia." (doc. VIII/1) Per contro, con scritto 9 marzo 2017 lo psichiatra curante, sostenendo come la sua presa di posizione del 15 settembre 2016 sia stata interpretata in modo non corretto, ha ribadito che le patologie psichiatriche, in particolare il disturbo della personalità, sono legate alle sofferenze che la sua paziente ha vissuto già durante l'adolescenza, che da tre anni ha ridotto al minimo i consumi di stupefacenti seguendo un percorso psicoterapico, contestando infine che la presente situazione sia sovrapponibile a quella esaminata nel 2014 (doc. F). È seguita un'altra presa di posizione del 28 marzo 2017 da parte del succitato specialista del SMR che ha confermato la propria presa di posizione (XII/1). Ora, da un attento esame degli atti questo TCA non può scostarsi dall'operato dell'Ufficio AI, la cui valutazione si fonda sulla perizia psichiatrica del _____, dettagliata, esaustiva e convincente, nonché sulle valutazioni del SMR. In particolare, per quel che concerne il disturbo della personalità, già diagnosticato senza ripercussione sulla capacità lavorativa nella perizia 29 aprile 2014 – fondamento della decisione del 30 luglio 2014, cresciuta incontestata in giudicato – la perita del _____ ha ben evidenziato che: " ... non vi è una marcata tendenza ad agire in maniera imprevedibile e senza considerazione delle conseguenze; non si evidenzia un comportamento rissoso in assicurata impiegata per circa tre anni in qualità di cameriera presso il bar del centro sociale del _____ (sebbene un lavoro in ambito protetto, emergevano i buoni rapporti con

colleghi e superiori, la conflittualità pareva limitata al rapporto con il suo ex compagno _____, si palesavano ancora discrete capacità di adattamento); non parrebbero essersi evidenziati in questi anni tendenza ad eccessi di collera o violenza; sempre buone le relazioni con i curanti dei quali riconosce il sostegno fornito. Pur riconoscendo la presenza di tratti ascrivibili nel contesto di un disturbo di personalità non ritengo, a tutt'oggi, come discusso nella mia precedente valutazione, che siano questi ad influire negativamente sulla sua capacità lavorativa. Tenendo conto delle osservazioni del collega _____ e dell'ospedalizzazione avvenuta presso la _____ di _____ esprimo le mie considerazioni: in assenza di un qualsiasi riferimento ad un disturbo di personalità, nel contesto del primo ricovero in ambito psichiatrico (non riferiti nè documentati precedenti ospedalizzazioni), i colleghi della _____ pongono diagnosi di sindrome psicotica acuta non specificata (ICD10; F 23.9). (...)” (inc. AI 72 pag. 181). Certo, nel succitato scritto 15 settembre 2016 (cfr. consid. 2.5) lo psichiatra curante, sostenendo che negli ultimi anni (più precisamente “ negli ultimi tre anni ”; cfr. scritto 9 marzo 2017 in doc. F) la sua paziente, sotto regime metadonico con discontinuo consumo di canapa, sta portando avanti con molti sforzi e difficoltà un percorso di astinenza da cocaina e da altri oppiacei. Egli ha poi evidenziato che: " (...) Questo lungo periodo di astinenza prolungata ha messo in evidenza in maniera più chiara il grave disturbo di personalità di tipo Borderline, associato a spunti deliranti persecutori con fasi di netto scompensamento psicotico, con deliri e dispercezioni. Da tempo la paziente sta mettendo in atto strategie di controllo al domicilio, convinta di avere continue invasioni da parte del padrone di casa, che entrerebbe spesso e volentieri al suo domicilio. Questo provoca fasi di ansia e disorientamento molto intense. Spesso vengo bombardato da email della paziente particolarmente sconclusionate e prive di senso logico. La sua tendenziale diffidenza verso il prossimo la portano ad evitare i contatti e le relazioni in generale, rifugiandosi nel proprio mondo ma con pesanti conseguenze sul proprio tono in generale, rifugiandosi nel proprio mondo ma con pesanti conseguenze sul proprio tono dell'umore. (...)” (inc. AI pag. 231). Tuttavia, a tal riguardo la perita ha rimarcato: " (...) Le dichiarazioni della stessa rispetto all'uso moderato di alcool e astinenza da altre sostanze parrebbero essere smentite dagli esami eseguiti; parrebbe quindi che l'attuale situazione di compenso non risulti conseguente alla farmacoterapia che, sebbene adeguata al caso, presumo non efficace in considerazione dei risultati degli esami eseguiti. Aspetti che denotano un'ulteriore discrepanza tra elementi oggettivi e quanto riferito dall'assicurata riguardano l'aspetto concernente il ritiro sociale: la descrizione dell'assicurata di una vita ritirata cozza con il racconto da lei fornito della giornata (frequentazioni con amici, frequenti uscite da casa, interessi mantenuti). (...)” (inc. AI pagg. 179,180) Visto quanto pertinentemente evidenziato dalla perita, senza tuttavia voler minimizzare il drammatico vissuto dell'assicurata, il TCA non può che ritenere il disturbo della personalità senza influsso sulla capacità lavorativa, come del resto già evidenziato nella precedente perizia. Da ultimo, come visto al consid. 2.5, i disturbi psicotici, con conseguente incapacità lavorativa, sono legati al consumo di sostanze tossicodipendenze e quindi non sono riconosciuti dall'AI. Inoltre, non risulta – tantomeno è stato sostenuto – che l'abuso di sostanze tossiche, come pure l'etilismo, abbiano provocato un danno alla salute. Visto quanto sopra, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dalla ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento

coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Di conseguenza, tenuto conto della perizia 26 luglio 2016 del _____, nonché del rapporto finale 19 agosto 2016 del SMR, è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che i problemi di dipendenza da diverse sostanze che affliggono l'assicurata da diversi anni, non sono la conseguenza di un preesistente danno alla salute psichica. Né si può ritenere che la tossicodipendenza abbia portato ad una malattia psichica invalidante, che ha provocato una perdita di guadagno permanente o di lunga durata dell'assicurata . In queste circostanze, la decisione contestata va confermata, mentre il ricorso è respinto. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/ 2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente, la quale ha tuttavia chiesto di essere esonerata dal pagamento delle spese della presente procedura. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, p. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 Lag, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali (e all'ammissione al gratuito patrocinio). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria (in casu senza gratuito patrocinio) sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Nella presente fattispecie lo stato d'indigenza della ricorrente, a carico della pubblica assistenza (almeno) dal 2017, è documentato dalla nuova determinazione dell'importo relativo al sostegno sociale (sub doc. V). Ritenuto inoltre che l'assicurata non possiede le necessarie conoscenze giuridiche e che il ricorso non appariva, ad un sommario esame iniziale, del tutto privo di possibilità di esito sfavorevole, la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio merita accoglimento, riservato l'obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (DTF 124 V 309, 122 I 5; art. 6 Lag).

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