

TI_GERICHTE 32.2016.30 vom 17. Februar 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-02-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.30

FR: TI_GERICHTE 32.2016.30 du 17 février 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.30 del 17 febbraio 2016

Regeste

Revisione di una rendita intera: sospensione della prestazione per tre mesi a causa del mancato ossequio da parte dell'assicurato dell'obbligo di seguire le cure psichiatriche. TCA conferma

Erwägungen

E. 17

LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riformazione professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare sensibilmente la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riformazione professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). L'assicurato ha in particolare diritto alla formazione completa, che appare necessaria nel suo caso per mantenere o migliorare in maniera essenziale la sua capacità di guadagno (AHI 1997 pag. 85; STFA non pubbl. del 21 luglio 1995 in re F. consid. 2b). Una formazione non può quindi essere interrotta anticipatamente se, tenuto conto del principio della proporzionalità, il successo prevedibile dei provvedimenti d'integrazione appare ancora raggiungibile (RDAT I 1998 pag. 295 consid. 1b; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 131). Secondo la giurisprudenza, infine, l'assicurato sottoposto a carico dell'assicurazione per l'invalidità a provvedimenti d'integrazione professionale ha diritto a provvedimenti completivi nel caso in cui la reintegrazione effettuata non gli consenta di percepire un reddito adeguato e se egli solo con tali provvedimenti supplementari possa essere in grado di conseguire un guadagno parificabile a quello che avrebbe potuto percepire senza invalidità nella sua precedente attività. Il diritto a detti provvedimenti completivi non esige che sia raggiunta la soglia di rilevanza (perdita di guadagno del 20%: DTF 124 V 110 consid. 2b) richiesta per aver diritto ai provvedimenti d'integrazione professionale (STFA inedita 20 luglio 2002 nella causa C, I 237/00; Pratique VSI 2000 31 consid. 2 e 32 consid.

3b, RDAT I 1998 pag. 294; RCC 1978 pag. 527e STFA 1967 pag. 108). 2.4. L'art. 21 cpv. 4 LPGA prevede che: " Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute." Per quanto riguarda il quesito di sapere se e quando un trattamento che promette un essenziale miglioramento della capacità di guadagno di un assicurato sia esigibile o meno, la nuova regolamentazione non ha sostanzialmente modificato quanto previsto in precedenza (cfr. STFA U 199/04 del 14 luglio 2005, consid. 3.2.). Il TFA, in una sentenza del 16 agosto 2006 nella causa concernente S. (I 462/05), ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3. 3.1 Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art.

E. 21

Abs. 4 ATSG). 3.2 Art. 21 Abs. 4 ATSG ist auch im Bereich der Invalidenversicherung anwendbar (Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 IVG). Er stimmt inhaltlich weitgehend mit der Regelung von alt Art. 10 Abs. 2 IVG und alt Art. 31 IVG (je in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2002) überein. Die hiezu ergangene Rechtsprechung ist somit zu beachten (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, N 54 ff. zu Art. 21). Es betrifft dies insbesondere die formellen Erfordernisse des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens im Bereich der Invalidenversicherung (BGE 122 V 218; SVR 2005 IV Nr. 30 S. 113). Art. 7 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung verweist bezüglich der Kürzung und Verweigerung von Leistungen ausdrücklich auf Art. 21 Abs. 4 ATSG (vgl. altrechtlich ZAK 1965 S. 507). 3.3 Was als zumutbar im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG zu gelten hat, wird im Gesetz nicht näher umschrieben. Da sich diesbezüglich mit dem neuen Recht nichts geändert hat (vgl. Kieser, a.a.O., N 60 zu Art. 21), kann auf die zu Art. 31 Abs. 1 IVG ergangene Rechtsprechung verwiesen werden. Danach sind bei der Beurteilung der Zumutbarkeit einer Massnahme die gesamten objektiven und subjektiven Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Namentlich bei medizinischen Massnahmen, die einen starken Eingriff in die persönliche Integrität der versicherten Person darstellen können, ist an die Zumutbarkeit kein strenger Massstab anzulegen (ZAK 1985 S. 326 Erw. 1). (...)" (STFA del 16 agosto 2006 nella causa concernente S., I 462/05, consid. 3) L'Alta Corte, chiamata a pronunciarsi nel caso in cui un assicurato non si era sottoposto al trattamento psichiatrico prospettato gli, in particolare, riguardo al successo del trattamento, ha osservato: " (...) 3.2 Eine Kürzung oder Verweigerung der Leistung ist nach Art. 21 Abs. 4 ATSG im Weiteren davon abhängig, dass die fragliche Massnahme eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht. Vorausgesetzt wird also, dass die medizinische oder erwerbliche Vorkehr geeignet ist, eine erhebliche Minderung des versicherten Schadens zu bewirken. 3.2.1 Die Frage, ob die verweigerete Leistung zu einer Steigerung der Erwerbsfähigkeit beigetragen

hätte, wird zuweilen unter dem Aspekt der Zumutbarkeit (so in Art. 18 Abs. 2 MVG), jedenfalls aber als Problem des Kausalzusammenhangs zwischen der Verweigerung und dem Ausbleiben der Zustandsverbesserung behandelt (vgl. Gabriela Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Zürich 1999, S. 160 ff.). Die Kausalität muss notwendigerweise prospektiv und damit hypothetisch beurteilt werden (Meyer-Blaser, a.a.O., S. 84 Fn. 381 und S. 140 bei Fn. 587). Es bedarf keines strikten Beweises, dass die verweigerte Massnahme tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt hätte; es genügt, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit ist wiederum unter Berücksichtigung der Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in Persönlichkeitsrechte zu beurteilen (vgl. oben E. 3.1.1): Bei therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden (Jürg Maeschi, Kommentar zum MVG, Bern 2000, N 24 zu Art. 18). Ist der Eingriff erheblich, wird eine höhere Wahrscheinlichkeit, aber nicht ein sicherer Erfolg verlangt. In diesem Sinne schützte das Eidgenössische Versicherungsgericht eine Leistungsverweigerung, nachdem die versicherte Person eine wirbelsäulenorthopädische Operation mit einer Erfolgswahrscheinlichkeit von 70-80 % abgelehnt hatte (Urteil I 462/05 vom 16. August 2006).

3.2.2 Die Vorinstanz nimmt gestützt auf die Berichte des Dr. I. _____ an, die Beschwerdegegnerin habe davon ausgehen dürfen, dass mit einer Psychopharmakotherapie (und weiteren Behandlungsschritten) wieder eine Teilarbeitsfähigkeit hätte erlangt werden können. Der Beschwerdeführer wendet ein, Dr. I. _____ habe einen solchen Erfolg nur als möglich bezeichnet. Im Gutachten vom 19. November 2002 führt Dr. I. _____ aus, er könne sich vorstellen, dass eine sorgfältig austarierte Medikation eine wesentliche Verbesserung bewirken werde; mit einer solchen Behandlung bestehe eine gewisse Chance, dass mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit von 50-60 % wiederhergestellt werden könne. Der im Sommer 2005 konsultierte Psychiater Dr. K. _____ antwortete auf die Frage, ob eine Psychotherapie die Arbeitsfähigkeit zu Beginn des Jahres 2003 wahrscheinlich oder bloss möglicherweise verbessert hätte, die entsprechenden Möglichkeiten seien rückwirkend nicht mehr (sicher) evaluierbar, jedoch: "Il est vraisemblable que déjà à ce moment-là, la démarche n'était pas certaine. (...) Il est donc certain que la mesure proposée était d'une efficacité possible et de nature à enrayer [recte: enrayer] l'invalidation très menaçante chez ce patient" (Stellungnahme vom 18. Oktober 2005). Es ist somit davon auszugehen, dass der Erfolg der vorgeschlagenen Massnahme - prospektiv betrachtet - in der Tat nicht als gewiss, aber immerhin als möglich erscheinen musste. Nach dem Gesagten genügt dies, da die Behandlung - wie dargelegt (E. 3.1) - ohne weiteres zumutbar war. (...)" (SVR 2008, IV Nr. 7, pag. 21)

Secondo la giurisprudenza federale, in virtù dell'obbligo generale di riduzione del danno, un assicurato deve sottoporsi a un intervento che, secondo l'esperienza, non implica difficoltà, non presenta un pericolo per la vita, comporterà con certezza o con grande verosimiglianza la guarigione totale o un miglioramento importante dell'affezione - conseguentemente un aumento notevole della capacità di guadagno - e infine non provoca delle sofferenze eccessive. Determinanti al fine di decidere circa l'esigibilità o meno di un trattamento sono le circostanze concrete, tenendo in considerazione la persona implicata (cfr. STFA U 199/04 del 14 luglio 2005, consid. 3.2.; RAMI 1995 U 213, p. 68; RAMI 1996 U 244, p. 144; DTF 105 V 176). Per quanto concerne l'aspetto soggettivo dell'esigibilità, nella succitata STFA U 199/04 del 14 luglio 2005, il TFA, relativamente a un caso in cui l'amministrazione aveva negato ulteriori prestazioni a un assicurato vittima

di una frattura traumatica del radio, in quanto lo stesso, dopo essere già stato operato due volte, non si era sottoposto a un intervento di riosteosintesi che, secondo i medici, avrebbe condotto a un'ottimale guarigione e alla piena capacità lavorativa, ha deciso che l'operazione era esigibile sia dal profilo oggettivo, che da quello soggettivo. Secondo l'Alta Corte, la corrispondenza tra l'avvocato dell'assicurato e l'assicuratore LAINF e gli esiti degli accertamenti complementari si riferivano infatti piuttosto all'esigibilità oggettiva. Nulla risultava invece a quel momento riguardo a un particolare timore, segnatamente a uno stato di panico, che è stato fatto valere soltanto in seguito. Con sentenza del 25 febbraio 2008 pubblicata in DTF 134 V 189, nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha affermato che l'assicuratore può ridurre le proprie prestazioni se l'assicurato si rifiuta di sottoporsi ad un trattamento medico ragionevolmente esigibile. Tuttavia, esso deve precedentemente aver messo in mora per iscritto l'assicurato e averlo reso attento sulle conseguenze del suo rifiuto (consid. 2). L'assicuratore può anche ridurre le proprie prestazioni se l'assicurato, pur senza violare un'ingiunzione, compromette il risultato del processo di guarigione con il suo comportamento. Al riguardo la Massima Istanza ha affermato: " 2 . 3 L'art. 21 al. 4 LPGA vise un état de fait qui naît postérieurement à la survenance de l'accident et qui s'inscrit donc dans l'obligation générale qui incombe à l'assuré de réduire le dommage (voir UELI KIESER, ATSG-Kommentar, n. 54 ad art. 21 LPGA). En matière d'assurance-accidents, il se conjugue avec l'art. 48 al. 1 LAA, selon lequel l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. Il s'applique donc avant tout au refus de se soumettre à un traitement médical (ou à une mesure diagnostique), car l'assureur-accidents n'alloue pas de prestations sous la forme de réadaptation professionnelle. Mais l'assureur-accidents peut aussi réduire ou refuser ses prestations si l'assuré se soustrait à une mesure de réadaptation professionnelle ordonnée par l'assurance-invalidité (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd., p. 941 ch. 341). Quant à la procédure de sommation, elle constitue un préalable incontournable à une réduction ou à une suppression des prestations en vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA. Elle est nécessaire même si l'assuré déclare d'emblée s'opposer à une mesure de réadaptation (cf. ATF 122 V 218; voir aussi à propos de l'ancien art. 33 al. 3 de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire [LAM; RS 833.1], JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, Berne 2000, n. 33 ad art. 33 LAM). (...) 4. Il est vrai d'autre part qu'une réduction des prestations peut aussi être prononcée quand l'assuré, sans enfreindre les injonctions de l'assureur-accidents, compromet par son comportement le résultat du processus de guérison. La jurisprudence admet en effet d'appliquer ici, par analogie, les règles prévues en cas de réduction des prestations pour un comportement antérieur ou concomitant à la survenance du dommage, quand l'assuré, par une négligence grave, viole (ultérieurement) son obligation de réduire le dommage en refusant, notamment, de se soumettre à une intervention chirurgicale (voir RAMA 1996 n° U 244 p. 152, consid. 7, U 147/94; cf. aussi MAURER, op. cit., p. 474 s.). En l'espèce, seul pourrait entrer en considération l'art. 37 al. 2 LAA. D'après cette disposition, si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave, les indemnités journalières versées pendant les deux premières années qui suivent l'accident sont, en dérogation à l'art. 21 al. 1 LPGA, réduites dans l'assurance des accidents non professionnels (première phrase). Constitue une négligence grave la violation des règles élémentaires de prudence que toute personne raisonnable eût

observées dans la même situation et les mêmes circonstances pour éviter les conséquences dommageables prévisibles dans le cours ordinaire des choses (voir p. ex. ATF 118 V 305 consid. 2a p. 306 et les arrêts cités). Une négligence grave supposerait toutefois, comme condition préalable, que le recourant ait été suffisamment renseigné par le médecin sur les risques qu'il encourait en refusant de subir l'opération en cause. En effet, le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 p. 129 et les références citées). C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 p. 129 et les arrêts cités). En l'espèce, on ne dispose d'aucune preuve au dossier qui permettrait d'admettre que le médecin ait renseigné de manière suffisante le patient. Quoiqu'il en soit, la question d'une éventuelle réduction en vertu d'une application par analogie de l'art. 37 al. 2 LAA n'est pas litigieuse en l'espèce, de sorte qu'il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant." (sottolineature del redattore) Con sentenza 8C_156/2008 dell'11 agosto 2008, il TF ha sottolineato che: " 2.2.2 Die Arbeitsvermittlung als berufliche Eingliederungsmassnahme bezweckt die Wiederherstellung, Verbesserung, Erhaltung oder Förderung der Erwerbsfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 IVG). Ein entsprechender Anspruch besteht grundsätzlich - sobald und solange die dafür notwendigen Voraussetzungen (BGE 116 V 80 E. 6a S. 81; AHI 2003 S. 269 f. [I 421/01]) erfüllt sind - bis zur erfolgreichen Eingliederung. Vorbehalten bleibt das Prinzip der Verhältnismässigkeit: Die Arbeitsvermittlung muss nur solange erbracht werden, als der dafür notwendige Aufwand nicht unverhältnismässig ist (Urteil I 265/05 vom 3. Oktober 2005, E. 3.1 mit Hinweisen). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 1 IVG - und somit auch derjenige auf Arbeitsvermittlung gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG - setzt insbesondere die subjektive Eingliederungsbereitschaft des Versicherten voraus (vgl. das soeben zitierte Urteil I 265/05, E. 3.2). Jedoch erlaubt der klare Wortlaut von Art. 21 Abs. 4 ATSG selbst bei offensichtlich fehlender Eingliederungsbereitschaft der versicherten Person keine Abweichung vom Grundsatz, dass sie ohne Rücksicht auf ihr Verhalten auf die Folgen ihrer Widersetzlichkeit aufmerksam gemacht werden muss. Sinn und Zweck des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist einerseits, den Versicherten nicht Folgen eines Verhaltens tragen zu lassen, über dessen Auswirkungen er sich möglicherweise keine Rechenschaft abgelegt hat. Andererseits soll er innerhalb der gesetzten Frist und im Wissen um die angedrohten Folgen seine bisherige Verweigerungshaltung aufgeben können. Im Hinblick auf die Zielsetzung der Eingliederungsmassnahmen, einen Zustand wiederherzustellen oder zu verbessern, darf die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen ohne Rücksicht auf das Verhalten der versicherten Person zwingend erst dann angeordnet werden, wenn diese gemahnt und ihr unter Bezugnahme auf das von ihr geforderte Verhalten und Ansetzen einer angemessenen Bedenkzeit schriftlich mitgeteilt worden ist, welche Folgen ihre Widersetzlichkeit nach sich ziehen könne (Urteil I 928/06 vom 28. April 2007, E. 4.2 mit Hinweisen). Das gilt auch für die Einstellung einer einmal zugesprochenen Massnahme wegen angeblich fehlender subjektiver Eingliederungsbereitschaft (Urteile 9C_494/2007 vom 6. Mai 2008, E. 2.2 und I 776/04 vom 29. März 2005, E. 4.2). 2.3 Im vorliegenden Fall wurde vor der Einstellung der Arbeitsvermittlung kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt. Darf aus diesem formellen Grund nach der dargelegten Rechtsprechung die Einstellung nicht mit einer angeblich fehlenden subjektiven Eingliederungsbereitschaft

begründet werden, so ist es ebenfalls nicht tunlich, diese in die Prüfung der Verhältnismässigkeit der Weiterführung der einmal zugesprochenen Massnahme einzubeziehen. Wie die Vorinstanz für das Bundesgericht grundsätzlich verbindlich festgestellt hat, sind während der über ein Jahr dauernden Betreuungsphase von Februar 2005 bis April 2006 eine Vielzahl (erfolgloser) berufsberaterischer Interventionen dokumentiert. Dem Protokoll der IV-Stelle Basel-Stadt ist zu entnehmen, dass diese vorab darin bestanden, den Versicherten aufzufordern, selber zielgerichteter nach einer angepassten Arbeit zu suchen. Auch wenn es zutrifft, dass die versicherte Person nach einem allgemeinen Grundsatz der Invalidenversicherung zunächst alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28), so ist durchaus vorstellbar, dass die IV-Stelle den Beschwerdeführer bei seiner Eingliederung aktiver und umfassender als bisher unterstützt, ohne damit gegen den Grundsatz der Verhältnismässigkeit (vgl. das Urteil I 776/04 vom 29. März 2005, E. 4.3) zu verstossen. Die IV-Stelle hat deshalb weiterhin Arbeitsvermittlung zu gewähren.“

(sottolineatura del redattore) Sullo stesso argomento vanno qui segnalate le sopra citate sentenze I 928/06 consid. 4.2, del 25 aprile 2007, 9C_494/2007 consid. 2.2 del 6 maggio 2008 e I 776/04 consid. 4.2 del 29 marzo 2005. Va ancora rilevato che vigente il vecchio diritto, la cui giurisprudenza è tutt'ora valida (cfr. sentenza I 824/06 del 13 marzo 2007, consid. 2.3) l'allora TFA, con sentenza pubblicata in DTF 122 V 218, aveva affermato che qualora un assicurato si opponga ad un provvedimento d'integrazione, l'amministrazione può disporre il rifiuto o la soppressione di prestazioni assicurative solo dopo aver diffidato l'interessato e dopo avergli assegnato un termine di riflessione. Tale procedura, stabilita dall'art. 31 cpv. 1 vLAI, non può essere sostituita da un semplice accenno (contenuto nella decisione di rifiuto o di soppressione) alla possibilità di presentare, ulteriormente, una nuova domanda di prestazioni. Essa deve essere applicata pure nel caso in cui l'assicurato abbia rifiutato in modo inequivoco di sottoporsi ad un provvedimento integrativo ragionevolmente esigibile (cambiamento della giurisprudenza): " 4. b) Art. 10 Abs. 2 IVG sieht vor, dass der Anspruchsberechtigte verpflichtet ist, die Durchführung aller Massnahmen, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben getroffen werden, zu erleichtern. Die Versicherung kann ihre Leistungen einstellen, wenn der Anspruchsberechtigte die Eingliederung erschwert oder verunmöglicht; unter den Begriff der Leistungen im Sinne von Art. 10 Abs. 2 IVG fallen Eingliederungsmassnahmen und Taggelder. Nach der Rechtsprechung ist die Einstellung dieser Leistungen allerdings erst nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 31 Abs. 1 IVG zulässig (ZAK 1983 S. 28 Erw. 3 Abs. 1; MAURER, Bundessozialversicherungsrecht, Basel und Frankfurt a.M. 1993, S. 169 f.). Gemäss dieser Gesetzesbestimmung kann die Verweigerung oder der Entzug der Leistung erst verfügt werden, wenn die Verwaltung den Versicherten vorgängig durch eine schriftliche Mahnung und unter Einräumung einer angemessenen Bedenkzeit auf die Folgen seiner Widersetzlichkeit aufmerksam gemacht hat. Die Sanktion muss in gehöriger Form und unter Fristansetzung angekündigt werden (MAURER, a.a.O., S. 150 und 169 f.; MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, Diss. Bern 1985, S. 140 f.; vgl. auch BGE 108 V 215f. als Beispiel einer Fristansetzung zur Selbsteingliederung). Nach der Rechtsprechung (BGE 97 V 175 unten Erw. 2; ZAK 1984 S. 36 f. Erw. 1) erübrigt sich die Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, wenn der Eingliederungsmassnahmen ablehnende Versicherte in der leistungsausschliessenden oder -beschränkenden Verfügung auf die Möglichkeit der Neuanmeldung hingewiesen wird für

den Fall, dass er seinen Widerstand gegen die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen aufgibt. Diese Rechtsprechung wurde kritisiert (MEYER-BLASER, a.a.O., S. 140 ff., insbes. S. 142): Nur eine konsequente Handhabung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens schaffe klare Verhältnisse in dem Sinne, dass der Versicherte wisse, woran er ist; der Hinweis auf die Möglichkeit einer späteren Neuanmeldung sei nicht zulässig, weil der rechtsunkundige Versicherte nicht abschätzen könne, welche nachteiligen Folgen eine verspätete Anmeldung nach sich zieht (Art. 48 Abs. 2 IVG: Beschränkung der Nachzahlung von Leistungen auf die letzten zwölf der Anmeldung vorangegangenen Monate). Diese Kritik ist begründet. Sinn und Zweck von Art. 31 Abs. 1 IVG ist es, den Versicherten in jedem Fall auf die möglichen nachteiligen Folgen seines Widerstandes gegen Eingliederungsmassnahmen aufmerksam zu machen und ihn so in die Lage zu versetzen, in Kenntnis aller wesentlichen Faktoren seine Entscheidung zu treffen. Die bisherige Praxis erweist sich deshalb als unrichtig, weshalb daran nicht festgehalten werden kann (BGE 119 V 260 Erw. 4a). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass gemäss ZAK 1983 S. 28 Erw. 3 (Abs. 2 und 3) auch an der in BGE 100 V 190 Erw. 4 veröffentlichten Rechtsprechung nicht festzuhalten ist, wonach sich die Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens erübrigt, wenn die Verwaltung eine konkrete, erfolgsversprechende, zumutbare Eingliederungsmassnahme bezeichnet und der Versicherte diese unmissverständlich abgelehnt hat. Zwar nimmt ZAK 1983 S. 28 Erw. 3 nicht ausdrücklich auf BGE 100 V 190 Bezug; inhaltlich wurde indessen die in diesem Urteil begründete Rechtsprechung durch den neuen Entscheid geändert. Es ist somit festzustellen, dass weder unter den in BGE 97 V 175 Erw. 2 und ZAK 1984 S. 36 f. Erw. 1 noch unter den in BGE 100 V 190 Erw. 4 umschriebenen Voraussetzungen von der Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Art. 31 Abs. 1 IVG Abstand genommen werden darf.“

2.5. Nel caso concreto l'assicurato, già titolare, in forza di una decisione del 23 novembre 2012 (doc. AI 247), di una rendita di invalidità intera per un'inabilità completa a dipendenza dei residui dell'infortunio patito nel novembre 2007 (grave politrauma con amputazione subtotale del braccio sinistro e successivo reimpianto e amputazione della gamba sinistra), si è sottoposto ad un periodo di riabilitazione dall'8 maggio al 5 giugno 2013 presso la clinica di _____ (comunicazione del 20 febbraio 2013, doc. AI 255). Esaminato il rapporto d'uscita dei sanitari della clinica di _____ del 10 giugno 2013 (doc. AI 265) e la valutazione del consulente OP del 18 novembre 2013, con un primo progetto di decisione 6 marzo 2014 (poi annullato) l'amministrazione aveva disposto la soppressione della rendita considerata la mancata collaborazione dell'assicurato, malgrado egli fosse stato reso attento, nella decisione del 23 novembre 2012, in merito alle sanzioni previste in caso di mancata sottoposizione alle cure o ai trattamenti riabilitativi richiesti (doc. AI 265, 274, 288). L'amministrazione ha quindi ritenuto necessario procedere ad una valutazione medica presso il SMR. Sulla base dell'esame clinico effettuato l'11 marzo 2015, con rapporto finale SMR del 13 marzo 2015 il dr. _____, psichiatra, poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ Amputazione totale braccio sinistro con reimpianto, con rifotta funzionalità, amputazione gamba sinistra a livello subtrocantere oltre a sindrome postraumatica da stress con modificazione duratura della personalità dopo evento traumatico” ha concluso per una totale inabilità lavorativa e esposto quanto segue: " (...) Sono applicabili terapie che migliorerebbero o manterrebbero verosimilmente la capacità lavorativa? Sì Se sì quali? · Presa a carico regolare presso l'équipe del _____ · Completa astensione da qualsiasi sostanza stupefacente · Nessun abuso di bevande alcoliche o di farmaci psicoattivi · Frequenza regolare delle strutture riabilitative

che verranno individuate dal medico psichiatra di riferimento · Messa in atto di una dieta adeguata grazie ad opportuna e regolare consulenza dietologica, prevedendo anche una relazione periodica del dietologo all'AI sugli obiettivi raggiunti e sulla verosimile adesione dell'assicurato alla dieta prescritta. Di quanto Migliorerebbe la CL? Possibile miglioramento del 50% della capacità funzionale in attività compatibili con i limiti fisici In quanto tempo? Tre anni (...) Discussione Dal punto di vista psichiatrico l'assicurato è andato incontro ad uno sviluppo post-traumatico della propria personalità. Secondo ICD-10 la diagnosi corretta, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, è attualmente quella di Modificazione duratura della personalità dopo evento traumatico. I problemi maggiori sono legati alla bassissima tolleranza alla frustrazione con reazioni impulsive e rabbiose ad ogni minimo ostacolo o se percepisce (anche a torto) critiche sul piano interpersonale. Ha poche competenze sfruttabili e vive alla giornata, senza la capacità volitiva di costruire qualcosa di utile nel lungo periodo. Un approccio riabilitativo deve prima passare attraverso la ristrutturazione del ritmo sonno veglia, dando maggior struttura e maggior senso alle giornate. Questo si scontra con la scarsa capacità di giudizio del ragazzo rispetto ai suoi problemi psichici. Egli nega di avere disturbi mentali, pur riferendo diversi sintomi e una forte tensione interna. Questa negazione, unita all'enorme rigidità di carattere, lo rendono poco flessibile, incapace di impegnarsi in una cura a lungo termine, incapace di confrontarsi con altre persone che possono avere disturbi psichici. Si dice motivato rispetto ad un'attività lavorativa, ma solo se potrà svolgerla a domicilio. Questo per evitare il confronto con gli altri, che sente giudicanti in modo negativo e che non riesce a tollerare. Già in passato avrebbe rinunciato a frequentare un ambiente protetto a causa della presenza di utenti con disturbi psichici, che teme lo possano schernire e trattare male. Teme a sua volta di rischiare di avere un comportamento aggressivo verso persone simili qualora lo giudicassero male. Con questi presupposti a livello psichico, la capacità lavorativa in attività adeguata sostanzialmente nulla. L'assicurato deve essere coinvolto in un lungo e strutturato processo motivazionale e riabilitativo (vedi sopra art. 7 LPGA) prima di poter essere confrontato con le esigenze della formazione e successivamente del mondo del lavoro. Parimenti una presa a carico psichiatrica è esigibile ed indispensabile prima di poter avviare il processo riabilitativo. Grazie ad una presa a carico psichiatrica regolare unita ad un percorso riabilitativo l'assicurato potrebbe migliorare la sua capacità funzionale almeno del 50% nell'arco di tre anni. Status internistico: L'aspetto rispecchia l'età anagrafica dell'Assicurato, le condizioni cliniche generali sono buone e non sono obiettabili segni di malattia specifica internistica. PA 125/80 mmHg, fc 80 b/min. Sono evidenti esiti di amputazione subtotale al braccio sinistro (l'assicurato è mancino) che è stato reimpiantato dopo l'incidente e che non è funzionale per gli atti quotidiani della vita e l'amputazione della gamba sinistra a livello della coscia prossimale; a livello cutaneo sono presenti aree di psoriasi a placche in regione dei gomiti, glutei, genitali e coscia destra. L'Assicurato ha un'ortesi funzionale di anca con fissaggio a livello addominale che non utilizza ormai da diversi anni (circa quattro) e che andrebbe riadattata ed adeguata in quanto c'è stato nel tempo un aumento ponderale. Con l'utilizzo dell'ortesi e di una stampella l'Assicurato dichiara che riusciva a percorrere intervalli di marcia anche superiori a 500mt. Per le attività di B-ADL è parzialmente dipendente per la vestizione e l'igiene personale, è continente sia urinario che fecale, è autonomo per i transfer e per brevi spostamenti che effettua con la sedia a rotelle spingendosi con il braccio destro mentre per tragitti più lunghi necessita di aiuto si alimenta in autonomia, non può prepararsi il pasto (Indice di Barthel ADL 55/100). Deambulazione: Possibile con l'utilizzo di un'ortesi che andrebbe riadattata, in atto utilizza

una sedia a rotelle gestita parzialmente in autonomia per brevi spostamenti. (...)

Valutazione / conclusione: Assicurato valutato clinicamente presso SMR in data 11.03.2015

Dalla visita medica del 11.03.2015 emerge un quadro clinico inasprito nelle difficoltà dettate dall'handicap fisico corrente e dai disturbi di ordine psichiatrico, pertanto si ritiene presente una IL medico teorica in qualsiasi attività, comprensiva anche degli aspetti somatici, del 100%, migliorabile in tre anni di cure e riabilitazione in una CL residua del 50% in attività sedentaria che escluda uso del braccio sinistro oppure in attività eretta senza carichi superiori ai 3 kg. Esigibile presa a carico psichiatrica. Le conclusioni cliniche del rapporto medico SMR vengono definite sulla base della piena conoscenza dell'incarto e della visita SMR.” (Doc. AI 300) In data 23 aprile 2015 si è tenuto un colloquio con l'assicurato presso l'amministrazione allo scopo di informarlo della valutazione medica effettuata presso il SMR e “ delle misure mediche che gli verranno imposte per migliorare lo stato di salute” (doc. AI 308). In particolare in tale verbale, controfirmato dall'assicurato, si affermava che l'ufficio AI gli intimava di scegliere due curanti (psichiatra e dietologo) per sottoporsi ai provvedimenti atti a migliorare il suo stato di salute, quali in particolare una presa a carico regolare presso uno psichiatra riconosciuto a livello svizzero, la completa astensione da qualsiasi sostanza stupefacente e da bevande alcoliche o di farmaci psicoattivi, la frequenza regolare delle strutture riabilitative individuate dal medico psichiatra di riferimento, e la messa in atto di una dieta adeguata grazie ad una opportuna e regolare consulenza dietologica (doc. AI 308). Con ulteriore annotazione 16 giugno 2015 il dr. _____ del SMR precisava ulteriormente che “ con verosimiglianza preponderante, le terapie psichiatriche e le prescrizioni dietetiche indicate porteranno un miglioramento del 50% delle capacità di lavoro, in un'attività compatibile con i limiti fisici “ (doc. AI 313). Di conseguenza, in data 19 giugno 2015 l'Ufficio AI ha inviato all'assicurato uno scritto del seguente tenore: " Come da verbale del 23 aprile 2015 da lei controfirmato, l'ufficio dell'assicurazione invalidità le ha ordinato di ricercare due curanti (psichiatra e dietologo) per sottoporsi a dei provvedimenti atti a migliorare il suo stato di salute, ossia: • Presa a carico regolare presso uno psichiatra riconosciuto a livello svizzero; • Completa astensione da qualsiasi sostanza stupefacente; • Nessun abuso di bevande alcoliche o di farmaci psicoattivi; • Frequenza regolare delle strutture riabilitative che verranno individuate dal medico psichiatra di riferimento; • Messa in atto di una dieta adeguata grazie ad una opportuna e regolare consulenza dietologica, presentando anche una relazione periodica del dietologo all'AI sugli obiettivi raggiunti e sulla verosimile adesione dell'assicurato alla dieta prescritta. Questi provvedimenti vengono richiamati dal rapporto medico del nostro servizio SMR (Servizio Medico Regionale) redatto in data 13 marzo 2015 e riconfermato il 16 giugno 2015 che esplicita quanto segue: • In merito al rapporto finale del 13 marzo 2015 preciso che, con verosimiglianza preponderante, le terapie psichiatriche e le prescrizioni dietetiche indicate porteranno un miglioramento del 50% delle capacità di lavoro, in un'attività compatibile con i limiti fisici. A questo proposito viene richiamato l'art. 21, cpv. 4 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), il quale cita: " Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno." Le intimiamo quindi a: Ottemperare ai compiti descritti e decisi nel verbale dell'incontro

avvenuto in data 23 aprile 2015 da lei letto e approvato e riassunto qui di seguito: - Scegliere e prendere contatto con un medico psichiatra per sottoporsi al provvedimento indicato sul rapporto medico. - Scegliere e prendere contatto con un/a dietologo/a per sottoporsi al provvedimento indicato sul rapporto medico. - Informare l'Assicurazione Invalidità dei curanti prescelti per poter indicare loro le terapie da seguire indicate dal nostro servizio medico SMR. Con la presente assegniamo un ultimo termine di 10 giorni per indicarci i nominativi dei curanti (psichiatra e dietologo) scelti, e dichiarare se lei, Signor RI 1, intende sottoporsi al provvedimento ordinato, ritornando, debitamente firmata, la dichiarazione allegata. Se non intende sottoporsi al provvedimento d'integrazione ordinato, deve indicarci in modo esaustivo i motivi. Trascorso infruttuoso il termine, emaneremo un progetto di decisione con le sanzioni indicate nell'articolo 21 LPGA." (Doc. AI 316) In data 6 luglio e 28 agosto 2015 l'assicurato ha ritornato, sottoscritti, i formulari inviati dall'Ufficio AI in cui egli dichiarava di ottemperare ai compiti descritti nel succitato verbale, prendendo contatto con uno psichiatra e una dietologa, informando altresì di aver scelto quale medico psichiatra il dr. _____ e quale dietologa la dr. _____ (doc. AI 318; la dr. _____ è in seguito stata sostituita dalla dr.ssa _____ dell'Ospedale _____ per motivi logistici, cfr. doc. AI 325). In data 28 agosto 2015 si è tenuto presso l'amministrazione un nuovo incontro con l'assicurato il cui verbale riporta quanto segue: "(...) Argomenti discussi durante il colloquio 1. L'A.to ci comunica che ha contattato il Dott. Psichiatra _____ e che finora si è presentato due volte, inoltre ha contattato la dietologa Dott.ssa _____ che doveva vederla martedì 25.08.'15 ma essendo lo studio di difficile accesso (presenza di scale senza lift) ha cambiato dietologa che sarà presso l'Ospedale _____ di _____ il 4.09.2015. SMR II Dr. Med. _____ concorda con l'Ab che invieremo la perizia medica SMR al Dr. Med. _____ e alla Dr.ssa med. _____. 2. I consulenti chiedono di essere informati per tempo su ogni appuntamento, sia dello psichiatra che della dietologa. Questa informazione dovrà essere comunicata via e-mail. Viene comunicato all'A.to che, in caso di impossibilità a presentarsi agli appuntamenti, in primis deve avvisare i medici e di seguito presentare una giustificazione scritta all'assicurazione invalidità. 3. I consulenti fanno notare che ogni volta che si è presentata la necessità di contattarlo telefonicamente, questo non ha mai dato esito positivo. I consulenti AI, per maggiore praticità, concordano telefonicamente la data e l'orario dei colloqui con l'assicurato per evitare disdette o ritardi di andamento delle pratiche AI. (...)” (Doc. AI 325) Con due comunicazioni dell'8 settembre 2015 l'amministrazione ha comunicato all'assicurato che il diritto all'assegno per grandi invalidi e alla rendita di invalidità erano confermati (doc. AI 326, 327). Nella comunicazione riferita alla rendita, l'amministrazione precisava nuovamente quanto segue. " Dalla verifica del grado d'invalidità non abbiamo constatato alcun cambiamento in riferimento alla rendita erogata. Il Signor RI 1 continuerà pertanto a beneficiare della medesima rendita d'invalidità ottenuta finora (grado d'invalidità: 100%). Inoltre, con rapporto del 28.08.2015 (documento allegato) abbiamo intimato al Signor RI 1 l'obbligo di sottoporsi a cure e l'abbiamo reso attento sull'obbligo di collaborare e di ottemperare a tutte le condizioni descritte nello stesso. In caso di mancato adempimento delle condizioni esposte nel suddetto rapporto saremo costretti ad applicare le sanzioni descritte nell'articolo 21 cpv. 4 della legge Federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), il quale cita: " Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure,

entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute." (Doc. AI 327) Nell'ambito della verifica dell'adempimento dei provvedimenti stabiliti, con scritto 16 novembre 2015 la dr. _____, dietista all'Ospedale _____, ha comunicato all'Ufficio AI quanto segue: " Con la presente la informo che il suo paziente, sig. RI 1 _____1993 , non si è presentato presso il nostro ambulatorio di dietologia ne in data 16.10.2015, né in data 06.11.2015. Per il primo appuntamento del 16.10.2015, non essendosi presentato, ho provato a contattare la madre la quale mi ha comunicato che non si erano presentati per una dimenticanza e mi ha chiesto di concordare un nuovo appuntamento. Per il secondo appuntamento del 06.11.2015, la situazione non è cambiata, mancando ancora una volta all'appuntamento prefissato ho cercato di ricontattare RI 1, sempre con esito negativo. In tutti e due i casi il sig. RI 1 non ha avvisato ne ha portato alcun giustificativo. Ci tengo a precisare che per quanto mi riguarda il paziente non è per niente compliant e non verrà più ricontattato per un nuovo appuntamento salvo una vostra ulteriore richiesta." (Doc. AI 330) Dal canto suo il dr. _____, psichiatra, il 23 novembre 2015 ha comunicato di aver visto presso il suo studio l'assicurato in data 10 luglio e 27 agosto 2015, ritenuto che " al successivo appuntamento del 23.10 egli non si è presentato né ha disdetto. Ho provato a contattarlo e a lasciare un messaggio in segreteria ma non ho avuto più risposta" . Egli ha inoltre affermato: " (...) Stato clinico: Il paziente giunge puntuale ai primi due colloqui, è stato accompagnato fin qui in auto. Riesce a muoversi con l'ausilio di una sedia a rotelle. Declina l'aiuto offerto affermando cordialmente di essere capace. Dimostra una discreta agilità fisica, una corporatura robusta (alla prima visita dichiara un peso di 98 kg, alla seconda afferma di aver perduto 7 kg). L'attenzione e la concentrazione si dimostra adeguata in entrambe le occasioni. L'umore è sufficientemente eutimico e ben descrive che le gioie e i dolori si equivalgono (la malattia della madre, il decesso della nonna, la buona relazione con la compagna che gli offre la prospettiva di godere delle gioie della famiglia e di un figlio). E' presente una certa irritazione e insofferenza legata alle pretese dell'assicurazione invalidità, asserisce che gli hanno procurato una protesi inutilizzabile in quanto si dovrebbe sorreggere con l'aiuto del braccio sinistro che però è poco funzionale e questo gli sarebbe stato confermato dallo stesso ortopedico. Non è d'accordo che gli venga imputato di boicottare i tentativi riabilitativi e accusato di essere un falso invalido: la sua limitazione è evidente! Rispetto alla destrutturazione del ritmo sonno-veglia afferma che egli ha organizzato la sua struttura della giornata adattandosi a delle attività con cui riesce meglio a dedicarsi. Si alza quindi a mezzogiorno perchè poi può trascorrere la serata (fino alle due di notte) con gli amici su giochi online, dato che questo è uno dei pochi passatempi che ha. Evita di uscire in strada e luoghi di incontro perché comunque imbarazzato dalla sua disabilità. L'umore è eutimico, l'atteggiamento disponibile, il pensiero corretto per forma e contenuto. A livello personologico si osservano delle rigidità, ma non è stato possibile evidenziare un disturbo chiaro della personalità. Anche se egli ricorda perfettamente il trauma, non emergono all'esame vissuti particolarmente angosciosi, né il paziente li dichiara. Le difficoltà attuali, ma anche la progettualità nel prossimo futuro, indicano un chiaro investimento nella vita. Conclusioni: Non è stato possibile concludere l'indagine relativa alla personalità dell'assicurato e definire chiaramente se vi sia opposizione ai tentativi riabilitativi. L'impressione è che egli sia comunque orientato a risolvere il

problema deambulatorio tramite protesi, ma ritiene che vi siano stati lungaggini e procedimenti inadeguati da parte dell'Ufficio Assicurazione Invalidità, per cui non è disposto ad accelerare ora i processi con il suo solitario sacrificio. Il fatto che egli non sia giunto al terzo appuntamento mi ha parzialmente stupito, e sarebbe opportuno verificare se vi siano stati contrattempi con la salute della madre ed eventualmente della fidanzata.” (Doc. AI 331) Il medico SMR dr. _____, presa visione di questi due scritti, nell’Annotazione 4 dicembre 2015, ha affermato: " (...) Ho preso visione dei rapporti redatti sia dal servizio dietetico dell'Ospedale di _____ in GED 16.11.2015, sia dallo psichiatra curante in GED 23.11.2015. Non ci sono patologie psichiatriche che possano rendere l'assicurato incapace di collaborare. Raccomando pertanto di proseguire secondo le indicazioni contenute nella diffida di giugno 2015.” (Doc. AI 333) Con rapporto finale 17 dicembre 2015 la consulente IP ha quindi concluso: Stato di salute – danno alla salute e relativi impedimenti, osservazioni generali, limitazioni Come descritto nel rapporto finale SMR del 13 marzo 2015, l'assicurato dopo incidente "ferroviario" del 01.11.2007 subisce l'amputazione subtotale del braccio sinistro con reimpianto e ridotta funzionalità e l'amputazione della gamba sinistra a livello subtrocantere. Una ulteriore diagnosi che influisce sulla capacità lavorativa definita come Sindrome postraumatica da stress con modificazione duratura della personalità dopo evento traumatico. Ulteriori limiti funzionali all'integrazione professionali sono da imputare a fattori psichici come descritto nel "Mini ICF" allegato al rapporto medico citato. Provvedimenti atti al miglioramento di salute – senza (ri)formazione specifica Il Servizio Medico Regionale definisce dei provvedimenti che possono portare a un essenziale miglioramento dello stato di salute dell'assicurato e alla minor difficoltà di una integrazione professionale futura. I provvedimenti imposti sono definiti in una cura terapeutica psichiatrica e dietologica, vedi annotazione SMR del 16.06.2015 in GED. Questi provvedimenti sono stati comunicati all'assicurato in un colloquio avvenuto il 19.06.2015 (vedi GED del 19.06.2015) dove si indicava esattamente la procedura. L'assicurato viene diffidato ad attenersi ai provvedimenti e a rispettare l'obbligo alla collaborazione. In data 06.07.2015 l'assicurato dichiara (vedi Corrispondenza assicurato del 07.07.2015 in GED) la collaborazione a intraprendere i provvedimenti impartiti dal SMR scegliendo i medici curanti e seguendo le terapie imposte. Il 28.08.2015 in sede di colloquio l'assicurato riconferma la volontà di collaborazione e di attenersi alle disposizioni impartite vedi Rapporto. Dopo un controllo presso i medici curanti veniamo a sapere che l'assicurato non ha ottemperato agli obblighi di collaborazione senza darne giustificazione né all'assicurazione invalidità né ai medici curanti. Risulta pure difficoltoso, per non dire impossibile, il contatto telefonico con l'A.to per chiedere eventuali spiegazioni in merito al non essersi sottoposto ai provvedimenti ordinatigli. Tenendo in considerazione che i tentativi di far collaborare l'assicurato sono stati molteplici, e purtroppo ognuno di questi sono risultati vani, per la completa mancanza di collaborazione a sottoporsi ai provvedimenti ordinati dal nostro Servizio Medico Regionale, si giunge alla conclusione di chiusura della pratica con le rispettive conseguenze dettate dall'articolo 21 LPGA. (doc. AI 335) Di conseguenza, l'Ufficio AI, mediante la decisione contestata del 17 febbraio 2016 (preceduta da un progetto dell'8 gennaio 2016), richiamato tra gli altri il disposto di cui all'art. 21 LPGA, ha statuito quanto segue: " Esito degli accertamenti: Con comunicazione del 07.09.2015 abbiamo confermato la prestazione di cui è beneficiario il Signor RI 1, ovvero la rendita intera con grado AI del 100%. Con diffida del 19.06.2015 al Signor RI 1 era stato intimato di sottoporsi regolarmente alle dovute cure psichiatriche in modo tale che il suo stato di salute migliorasse e di riflesso anche la sua capacità di lavorativa. Il nostro

Servizio Medico Regionale (SMR) ritiene che con le suddette cure, l'assicurato avrebbe potuto raggiungere una capacità lavorativa residua almeno del 50% in qualsiasi attività, queste condizioni sono state lette e accettate dal Signor RI 1. In sede di colloquio avvenuto in data 28.08.2015, il Signor RI 1 conferma nuovamente la volontà di collaborazione e la determinazione nel voler ottemperare alle disposizioni impartitegli. Per contro, nonostante tutto quanto summenzionato, dal rapporto redatto il 17.12.2015 della nostra consulente d'integrazione professionale, si evince che l'assicurato non ha ottemperato agli obblighi di collaborazione che gli incombono. Tutto ciò senza presentare alcuna giustificazione né allo scrivente Ufficio né ai medici coinvolti. Nonostante i vari tentativi, neppure per via telefonica non è risultato possibile reperire l'assicurato. Visto quanto sopra menzionato, ci vediamo quindi costretti ad applicare le sanzioni poste dall'articolo 21 cpv. 4 LPGa (vedi disposizioni legali elencate), la rendita verrà pertanto diminuita al 50% per tre mesi e nel caso in cui il Signor RI 1 continuasse a non collaborare, saremo costretti a ridurre la rendita in modo definitivo. Decidiamo pertanto: La rendita intera con grado AI del 100% versata finora viene ridotta a ½ rendita con grado AI del 50%. La riduzione della prestazione decorre dal primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2, lett. a dell'Ordinanza sull'Assicurazione Invalidità (OAI)). (...)” (Doc. AI 338) 2.6. Ora, da quanto precede risulta innanzitutto che effettivamente l'assicurato non si è sottoposto con la dovuta regolarità ai provvedimenti predisposti dall'amministrazione allo scopo di portare ad un essenziale miglioramento del suo stato di salute e, quindi, della sua capacità lavorativa, segnatamente alla terapia dietetica e psichiatrica, e questo nonostante la sollecitazione scritta intimatagli indicante le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione ai sensi dell'art. 21 cpv. 4 LPGa. Innanzitutto, l'assicurato sembra non aver seguito il trattamento dietetico prescritto. Al riguardo, con scritto 16 novembre 2015 la dr. _____, dietista all'Ospedale _____, ha infatti riferito che l'assicurato non si era presentato ad alcuno dei due appuntamenti previsti presso l'ambulatorio di dietologia, in entrambi i casi senza preavviso e senza apportare alcun giustificativo. In ragione di tale atteggiamento la specialista ha definito l'assicurato “per niente compliant”, ragione per cui non sarebbe più stato ricontattato (Doc. AI 330). Analogamente, per quanto attinente alla terapia psichiatrica, il dr. _____, psichiatra, nel suo scritto 23 novembre 2015 ha comunicato di aver visto presso il suo studio l'assicurato in data 10 luglio e 27 agosto 2015, mentre che al successivo appuntamento del 23 ottobre 2015 egli non si era presentato né aveva disdetto o giustificato la sua assenza, osservato altresì che i tentativi successivi di contattare l'assicurato si erano rilevati vani (doc. AI 331). Anche in questo caso quindi, malgrado l'assicurato avesse inizialmente intrapreso la terapia psichiatrica, egli l'ha poi abbandonata non presentandosi alle convocazioni successive, senza giustificazione, non annunciandosi più successivamente, ma anzi rendendosi irreperibile. Va osservato peraltro che alla luce della citata certificazione del dr. _____ (cfr. in esteso al consid. 2.5), e dell'annotazione del 4 dicembre 2015 del dr. _____, psichiatra (doc. AI 333), non sono in concreto presenti patologie psichiatriche che possano rendere l'assicurato incapace di collaborare e, quindi, di comprendere la necessità di seguire i provvedimenti sanitari stabiliti. Del resto la necessità di seguire i provvedimenti in oggetto gli era stata ampiamente illustrata in occasione dei colloqui presso l'amministrazione il 23 aprile e 28 agosto 2015 (doc. AI 308, 325). Come concluso dal medico SMR (doc. AI 333) e dalla consulente IP nel rapporto finale 17 dicembre 2015 (doc. AI 335), alla luce delle citate dichiarazioni dei medici curanti emerge quindi che l'assicurato non ha ottemperato agli obblighi di collaborazione senza darne giustificazione né all'assicurazione invalidità né ai

curanti medesimi. È pure emerso che è risultato difficoltoso, per non dire impossibile, il contatto telefonico per chiedere eventuali spiegazioni in merito alla mancata frequentazione dei provvedimenti prescrittigli. E questo malgrado nel verbale del colloquio tenutosi il 28 agosto 2015 egli fosse stato, tra l'altro, invitato e rendersi reperibile telefonicamente e a segnalare tempestivamente l'eventuale impossibilità a presentarsi agli appuntamenti (doc. AI 325; cfr. in esteso al consid. 2.5) L'assicurato del resto non solo non ha mai contestato né contesta in questa sede di non essersi sottoposto ai provvedimenti prescritti dall'amministrazione, ma nemmeno ha mai, né in sede amministrativa né in questa sede, addotto alcuna giustificazione per la mancata presenza agli appuntamenti stabiliti con la dietista e lo psichiatra, non essendosi egli nemmeno premunito di segnalare l'assenza telefonicamente. Ne discende che a ragione l'amministrazione ha concluso che l'assicurato non ha ottemperato agli obblighi di collaborazione che gli erano stati imposti, segnatamente non sottoponendosi, senza ragione, con la dovuta regolarità ai prescritti programmi dietetico e psichiatrico. Tale violazione dell'obbligo di collaborazione è avvenuta nonostante la sollecitazione scritta intimatagli dall'Ufficio AI. Per quanto riguarda infatti il requisito della diffida scritta indicante le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione ai sensi dell'art. 21 cpv. 4 LPGa, dal fascicolo processuale emerge che l'assicurato è stato espressamente diffidato a volersi sottoporre alle cure (dietologiche e psichiatriche) previste. Innanzitutto, già in occasione della resa della decisione di attribuzione della rendita del 23 novembre 2012 l'Ufficio AI aveva espressamente reso attento l'assicurato circa le sanzioni previste in caso di mancata sottoposizione alle cure e ai trattamenti riabilitativi richiesti al fine di migliorare il suo stato di salute e la sua capacità lavorativa (cure psichiatriche e periodo di riabilitazione stazionaria a _____), con richiamo alle conseguenze di cui all'art. 21 cpv. 4 LPGa in caso di mancata collaborazione (doc. AI 247). Nell'ambito della successiva procedura di revisione, preso atto degli esiti dei nuovi accertamenti eseguiti, segnatamente un rapporto peritale del SMR, in occasione del colloquio del 23 aprile 2015 dapprima, con lettera 19 giugno 2015 poi, l'amministrazione ha nuovamente indicato esattamente all'assicurato la procedura e formalmente diffidato l'assicurato ai sensi dell'art. 21 cpv. 4 LPGa, intimandogli segnatamente di sottoporsi ai provvedimenti di integrazione indicati (cura psichiatrica, cura dietetica) e a rispettare l'obbligo di collaborazione, pena l'adozione delle sanzioni indicate dal menzionato disposto legale (doc. AI 308 e 316). Veniva contestualmente precisato che il SMR riteneva che le suddette terapie dietetiche e psichiatriche avrebbero portato ad un miglioramento del 50% della capacità di lavoro in un'attività compatibile. In data 6 luglio e 28 agosto 2015 l'assicurato ha fatto pervenire all'Ufficio AI la dichiarazione attestante l'assunzione dell'impegno a sottoporsi ai provvedimenti psichiatrici e dietetici necessari e indicati dai medici e impartiti dal SMR, segnalando anche il nome degli specialisti scelti (doc. AI 318, 323; cfr. al consid. 2.5). Il 28 agosto 2015, in sede di un nuovo colloquio, l'assicurato ha nuovamente riconfermato la volontà di collaborare e di attenersi alle disposizioni impartite. Nella comunicazione di conferma della rendita intera dell'8 settembre 2015 l'amministrazione ha nuovamente richiamato l'assicurato all'obbligo di collaborare e ottemperare alle condizioni poste in sede di verbale del 28 agosto 2015, allegato alla comunicazione medesima, segnatamente la necessità di sottoporsi ai dovuti provvedimenti psichiatrici e dietetici sotto controllo medico, pena le conseguenze previste dall'art. 21 cpv. 4 LPGa (doc. AI 324, 327). La diffida in parola appariva dunque chiara e motivata, riprendendo anche il tenore dei colloqui avvenuti in presenza delle parti (doc. AI 308), e con espressa e precisa indicazione di cosa avrebbe dovuto effettivamente fare l'interessato per sottrarsi alle conseguenze della

comminatoria. A titolo abbondanziale va osservato che l'assicurato era già stato oggetto di una formale analogia diffida il 26 novembre 2010 allorché l'amministrazione, richiamato l'art. 21 cpv. 4 LPGGA, aveva espressamente diffidato l'assicurato a, tra l'altro, seguire una dieta sotto controllo medico (doc. AI 184). Già in quell'occasione l'interessato non solo non aveva contestato le misure predisposte, ma ne aveva espressamente riconosciuto il benfondato sottoscrivendo un impegno esplicito in tal senso (doc. AI 186). Non può dunque essere negato che l'assicurato sia stato adeguatamente e sufficientemente messo nella condizione di comprendere non solo la necessità di collaborare seguendo le terapie dietetiche e psichiatriche indicate, ma anche le conseguenze del suo comportamento nel caso in cui non avesse ottemperato ai provvedimenti di cura medesimi. Quanto all'esigibilità e all'utilità delle misure imposte all'assicurato, va qui innanzitutto rilevato che l'indicazione per tali provvedimenti è stata formulata da più specialisti a diverse riprese. Già con certificazione del 13 luglio 2011 la dr.ssa _____, che aveva ai tempi in cura l'assicurato, aveva sostanzialmente sottolineato la necessità di seguire le prescrizioni dietetiche (oltre alla pessima compliance del paziente rispetto a qualsiasi terapia; doc. AI 201). Anche secondo una prima valutazione del SMR del 16 settembre 2011, era opportuno che l'assicurato seguisse una dieta sotto controllo medico atta a diminuire o perlomeno mantenere il peso (valutazione SMR 16 settembre 2011, doc. AI 206). A seguito dell'approfondita valutazione con visita del 13 marzo 2015 il SMR, nel rapporto finale, ha concluso ritenendo necessaria la "Messa in atto di una dieta adeguata grazie ad opportuna e regolare consulenza dietologica, prevedendo anche una relazione periodica del dietologo all'AI sugli obiettivi raggiunti e sulla verosimile adesione dell'assicurato alla dieta prescritta" (doc. AI 300). Nell'annotazione 16 giugno 2015 il SMR ha ulteriormente affermato che le prescrizioni dietetiche (oltre alla terapia psichiatrica) avrebbero portato "con verosimiglianza preponderante" ad un miglioramento del 50% della capacità di lavoro (doc. AI 313). Per quanto riguarda la terapia psichiatrica la necessità di seguire un adeguato trattamento è stata prima di tutto indicata dallo specialista nel già citato rapporto allestito il 15 maggio 2012 dopo la degenza presso la clinica di _____, dal quale emergeva che una terapia psichiatrica adeguata avrebbe portato a positivi e concreti risultati già dopo qualche mese (doc. AI 229 pag. 9). In occasione del già citato rapporto finale SMR con visita del 13 marzo 2015 il dr. _____ del SMR ha concluso che "una presa a carico psichiatrica è esigibile ed indispensabile prima di poter avviare il processo riabilitativo" ritenuto che "grazie ad una presa a carico psichiatrica regolare unita ad un percorso riabilitativo l'assicurato potrebbe migliorare la sua capacità funzionale almeno del 50% nell'arco di tre anni". A suo avviso l'attuale inabilità lavorativa completa era quindi migliorabile in tre anni di cure e riabilitazione fino a raggiungere una capacità residua del 50% in attività sedentaria che escluda uso del braccio sinistro oppure in attività eretta senza carichi superiori ai 3 kg (doc. AI 300). Tale conclusione è stata ribadita espressamente nella già citata annotazione del dr. _____ del SMR del 16 giugno 2015 (doc. AI 313). Da tali valutazioni mediche - dalle cui conclusioni approfondite e motivate, basate su un adeguato esame del caso, questo Tribunale non ha motivo di distanziarsi - a ragione quindi l'amministrazione ha concluso, sulla scorta del parere del SMR del 13 marzo 2015, che tali provvedimenti (segnatamente la cura terapeutica psichiatrica e dietologica) erano, ai sensi dell'art. 21 cpv. 4 LPGGA e della relativa giurisprudenza (cfr. sopra consid. 2.4), esigibili e potevano concretamente portare a un essenziale miglioramento dello stato di salute dell'assicurato, alla minor difficoltà di una integrazione professionale futura e, quindi, di riflesso ad un miglioramento della capacità lavorativa che poteva raggiungere il 50% in

qualsiasi attività. Sia del resto sottolineato che tale circostanza non è mai stata contestata dall'assicurato, il quale anzi ha in più occasioni sottoscritto il suo formale impegno a ottemperare a tali misure, non da ultimo in occasione del colloquio avvenuto il 28 agosto 2015, allorché l'assicurato ha confermato nuovamente la volontà di collaborazione e la determinazione nel voler ottemperare alle disposizioni impartitegli, comunicando anche il nominativo dei sanitari che aveva designato. Ne consegue che appare chiaramente dato anche il presupposto, ai sensi dell'art. 21 cpv. 4 LPGa, di provvedimenti ragionevolmente esigibili e atti a migliorare la capacità lavorativa. Ne discende che, tutto ben esaminato, considerata la mancata collaborazione nello svolgimento delle cure predisposte dal SMR, malgrado la diffida scritta e la sottoscrizione di un impegno scritto formale in tal senso con precisazione delle conseguenze giuridiche (segnatamente la sospensione delle prestazioni) in caso di mancata collaborazione, considerato inoltre come le cure prescritte (dieterica e psichiatrica) fossero ragionevolmente esigibili e tali da promettere un notevole miglioramento delle condizioni di salute e della capacità lavorativa dell'interessato, ben poteva l'Ufficio AI applicare all'assicurato le sanzioni contenute nella diffida medesima. Sia detto di transenna che la decisione in oggetto, che ha statuito la riduzione "solo" temporanea per tre mesi della rendita, si appalesa altresì proporzionata. Merita quindi tutela il procedere dell'Ufficio AI, il quale, p reso atto della mancata collaborazione dimostrata dall'assicurato denunciata dalla dietista e dallo psichiatra coinvolti (cfr. doc. AI 330 e 331), visto il rapporto finale del consulente IP del 17 dicembre 2015 e l'annotazione 4 dicembre 2015 del SMR (doc. AI 333 e 335), con progetto di decisione 8 gennaio 2016 dapprima e, quindi, la decisione contestata 17 febbraio 2016, richiamato il disposto dell'art. 21 cpv. 4 LPGa e osservato come l'assicurato non avesse ottemperato all'obbligo di collaborazione non essendosi sottoposto regolarmente alle cure psichiatriche e dietetiche prescritte allo scopo di migliorare il suo stato di salute e di riflesso la sua capacità lavorativa, e ciò senza presentare alcuna giustificazione, ha comunicato la diminuzione della rendita, da intera a mezza, per il periodo di tre mesi (doc. AI 336). Con la decisione 23 marzo 2016 prodotta dall'Ufficio AI con la risposta di causa in sostituzione della decisione impugnata l'amministrazione ha unicamente e ulteriormente precisato che la riduzione a mezza rendita è limitata a tre mesi e meglio al periodo dal 1 aprile al 30 giugno 2016. È già stato detto che nel suo ricorso l'assicurato non ha apportato alcuna motivazione rilevante, ove egli del resto non ha censurato i provvedimenti (dieterici e psichiatrici) che gli sono stati prescritti dall'amministrazione, né il fatto di non averli adeguatamente seguiti né del resto ha addotto qualsivoglia motivazione a sostegno della sua mancata collaborazione. Del resto, in definitiva egli nemmeno ha espressamente censurato le sanzioni ai sensi dell'art. 21 LPGa. In sostanza egli si è espresso in modo generale sull'operato dell'amministrazione, definendolo "disumano" e inutile (cfr. anche doc. A/3), avanzando le già menzionate (cfr. consid. 2.1) pretese risarcitorie sulle quali il TCA non può tuttavia entrare nel merito, ove nuovamente si rammenti che per costante giurisprudenza federale la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. SVR 2005 AHV Nr. 19; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294). In simili circostanze, visto quanto precede, segnatamente l'adempimento dei presupposti necessari per l'applicazione dell'art. 21 cpv. 4 LPGa (cfr. consid. 2.4), la decisione impugnata va dunque confermata, con la precisazione che la riduzione della rendita a mezza prestazione è da intendersi unicamente per il periodo dal 1 aprile al 30 giugno 2016. Il ricorso va pertanto respinto.

2.7. 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 fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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