

TI_GERICHTE 32.2019.77 vom 18. März 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.77

FR: TI_GERICHTE 32.2019.77 du 18 mars 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.77 del 18 marzo 2019

Erwägungen

E. 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. 21 Abs. 4 ATSG).

E. 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.

E. 3.2.1

Die Frage, ob die verweigernde 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 verweigernde 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).

E. 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. (...)" (STF I 824/06 del 13 marzo 2007, consid. 3.2). 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 (STFA U 199/04 del 14 luglio 2005, consid. 3.3; RAMI 1995 U 213, pag. 68; RAMI 1996 U 244, pag. 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. Il TF, con STF 8C_356/2007 del 25 febbraio 2008 pubblicata in DTF 134 V 189, nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, 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. Nella STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019 la nostra Massima Istanza ha ribadito che "(...) a norma dell'art. 21 cpv. 4 LPGA 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. Al riguardo, non è necessario disporre di una prova piena, bensì è sufficiente sulla base di circostanze concrete di disporre di una certa probabilità che l'intervento potrebbe avvenire con successo. Dipende in sostanza dalla messa in atto della corretta procedura di avvertimento e di tempo di riflessione per sapere da quale momento si deve concludere per un rifiuto dell'assicurato (sentenza 8C_865/2017 del 19 ottobre 2018 consid. 3.3 con riferimento). (...)” (STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019, consid. 3.5). Con sentenza 9C_155/2019 del 24 giugno 2019, il TF ha confermato la decisione (resa nell’ambito di una procedura di revisione) con cui l’Ufficio AI aveva soppresso il diritto ad una rendita all’assicurato che non si era sottoposto al trattamento psichiatrico richiesto. L’Alta Corte – ritenuto che all’insorgente, a cui era stata preannunciato il diritto ad una rendita e indicato (richiamandosi all’obbligo di ridurre il danno) di sottoporsi a un trattamento psichiatrico precisando che ciò sarebbe stato verificato nell’ambito della prossima revisione e che la mancata collaborazione avrebbe potuto portare alla sospensione o alla riduzione della prestazione (“(…) Am 11. März 2013 teilte sie der Versicherten mit, dass die Ausrichtung einer ganzen Rente vorgesehen sei, und forderte sie unter Hinweis auf die Schadenminderungspflicht auf, sich einer mehrmonatigen stationären und anschliessend tagesklinischen psychiatrischen Behandlung zu unterziehen. Dies werde sie mit amtlicher Revision per 1. März 2014 überprüfen; die fehlende Mitwirkung könne zur Einstellung oder Kürzung der Rente führen. (...)”) – si è confermata nella propria giurisprudenza adducendo: " (...) 2.2.1. 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- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Diese Bestimmung ist auch auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1 IVG), wird aber im IVG wie folgt ergänzt (zum Verhältnis der nachfolgenden Bestimmungen zu Art. 21 Abs. 4 ATSG vgl. Urteil 8C_830/2012 vom 13. März 2013 E. 2.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Rz. 1 f. S. 81): Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (Art. 7 Abs. 1 IVG). Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere medizinische Behandlungen nach Art. 25 KVG (Art. 7 Abs. 2 lit. b IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG). Die Leistungen können nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person insbesondere den Pflichten nach Art. 7 IVG nicht nachgekommen ist

(Art. 7b Abs. 1 IVG). Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Art. 7b Abs. 3 IVG). 2.2.2. Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG sind streng, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (SVR 2007 IV Nr. 34 S. 120, I 744/06 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil 8C_128/2015 vom 25. Juni 2015 E. 1.2) resp. perpetuiert. Nach Art. 7a IVG gilt als Ausfluss einer verstärkten Schadenminderungspflicht und Ausdruck des Prinzips "Eingliederung statt Rente" der Grundsatz der Zumutbarkeit jeder Massnahme, die der Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen Aufgabenbereich dient (BGE 145 V 2 E. 4.2.3 S. 9; Urteile 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 3.3; 8C_830/2012 vom 13. März 2013 E. 2.2). Die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Massnahme im Sinne von Art. 7 Abs. 2 IVG liegt somit bei der versicherten Person (Urteil 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 3.3). Nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip müssen das Mass der Sanktion (Leistungskürzung oder -verweigerung) und der voraussichtliche Eingliederungserfolg (Verbesserung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit) einander entsprechen. Die versicherte Person ist grundsätzlich so zu stellen, wie wenn sie ihre Schadenminderungspflicht wahrgenommen hätte (Urteil 8C_830/2012 vom 13. März 2013 E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Art. 61 UVV [SR 832.202]). Für die Frage nach dem mutmasslichen Eingliederungserfolg bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine - je nach den Umständen zu konkretisierende - gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr, der sich die versicherte Person widersetzt oder entzogen hat, erfolgreich gewesen wäre (SVR 2019 IV Nr. 16 S. 48, 8C_865/2017 E. 3.3). (...)" (STF 9C_155/2019 del 24 giugno 2019, consid.2.2.1 e 2.2.2). 2.4. Nel caso concreto all'assicurato – dopo il periodo in cui è stato posto al beneficio del diritto ad una rendita intera dal 1. agosto 2004 al 28 febbraio 2005 (cfr. consid. 1.1) – , nell'ambito della seconda domanda del novembre 2007 (cfr. consid. 1.2), è stato riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita dal 1. agosto 2008 (cfr. consid. 1.2). Infatti, il dr. _____, nella perizia bidisciplinare 23 febbraio 2009 effettuata presso il Servizio Accertamento Medico (doc. AI 113/311-337) – poste le diagnosi di "(...) • sindrome lombovertebrale rispettivamente lombospondilogeno, non esclusa componente radicolare S1 a dx in presenza di uno stato dopo posa di una protesi discale lombosacrale il 24.05.05 così come di alterazioni degenerative plurisegmentali. • leggera irritazione nervo ulnare all'altezza del solco cubitale a dx. • Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) (...)" (doc. AI 113/317) e esclusa una capacità lavorativa residua quale autista presso la ditta _____ – , circa la capacità di svolgere altre attività, ha concluso che "(...) con riferimento all'esito dell'esame EFL risultano essere esigibili delle attività lavorative leggere nel rispetto soprattutto dell'ergonomia del tronco. Nello svolgimento di attività che rispecchiano i limiti di carico funzionali obbiettivi, dal punto di vista ortopedico il Signor RI 1 risulta essere abile al lavoro nella misura del 60%. Dal punto di vista psichiatrico anche nello svolgimento di attività adatte permane un'incapacità lavorativa del 30%. In presenza di una sovrapposizione praticamente completa delle inabilità lavorative ortopedica e psichiatrica (quest'ultima in relazione preponderante con la componente algica) il Signor RI 1 risulta essere complessivamente inabile al lavoro nella misura del 40% nello svolgimento di attività adatte. (...)" (doc. AI 113/318-319). L'amministrazione, come accennato (cfr. consid. 1.4), è entrata nel merito della domanda di aumento della rendita del 24 giugno 2016. Il medico SMR dr. _____, quale motivo della "Richiesta perizia" del 14 marzo 2017 (doc. AI

252/684-685), ha addotto che “(...) il peggioramento riguarda prevalentemente l’affezione psichiatrica. Per quanto riguarda l’intervento neurochirurgico, l’assicurato era inabile al lavoro al 100% dal 15 febbraio fino al 25 aprile 2016, data della conclusione della cura neurochirurgica con buon risultato. (...)” (doc. AI 252/685). Nella perizia del 16 giugno 2017 del _____ (doc. AI 260/697-724), sottoscritta dalla dr.ssa _____ (direttrice del _____ e FMH in psichiatria e psicoterapia) e dal dr. _____ (capo clinica del _____ e specialista in psichiatria e psicoterapia), il dr. _____ – posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “(...) Episodio depressivo maggiore di grado medio ad andamento cronico (F32.1) (...)” (doc. AI 260/711) e, senza influsso sulla capacità lavorativa, quella di “(...) Sindrome da dolore somatoforme (F45.4) (...)” (doc. AI 260/711) – ha concluso che “(...) in definitiva ritengo che a partire dal maggio 2015 per la presenza di un episodio depressivo di media gravità l’assicurato presenti una limitazione della capacità lavorativa indipendentemente dalle limitazioni somatiche pari almeno al 50% (diminuzione del tempo). Nell’attività equivalente a quella di casalinga ritengo che l’assicurato non presenti limitazioni significative sul piano medico teorico. Ritengo che con una regolare assunzione della farmacoterapia che appare del tutto esigibile, si potrebbe avere un miglioramento almeno del 10% nell’arco di 8-10 mesi. Ritengo altresì molto indicate misure di reintegrazione professionale che potrebbero permettere un reinserimento graduale nel mondo del lavoro; l’attivazione lavorativa appare come un fattore sostenente il miglioramento attraverso il beneficio che ne deriverebbe sull’autostima dell’assicurato e andrebbe di pari passo all’efficacia della farmacoterapia. Peraltro, nell’agosto del 2016, era già stata presa in considerazione dall’AI una misura di supporto al collocamento. (...)” (doc. AI 260/714). Il medico SMR dr. _____, nel rapporto finale del 7 luglio 2017 (doc. AI 261/725-727) – poste le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa “(...) Episodio depressivo maggiore di grado medio ad andamento cronico (ICD 10 F32.1); Sindrome lombo-vertebrale cronica con sciatalgia a destra dal 2003 su: - stato dopo contusione lombare (13 agosto 2003) - discopatie multiple - canale spinale stretto, stenosi foraminali L4-L5 ed L5-S1 a destra con claudicatio neurogena - stato dopo impianto protesi discale L5-S1 (2005) - stato dopo foraminotomia microchirurgica L4-L5 ed L5-S1 (22 marzo 2016) (...)” (doc. AI 261/725) e attestati i seguenti gradi e periodi di incapacità lavorativa in un’attività adeguata “(...) 40% IL [dal 2007] al 20 aprile 2015; 50% IL dal 1° maggio 2015 al 14 febbraio 2016; 100% IL dal 15 febbraio 2016 al 25 aprile 2016; 50% IL dal 26 aprile 2016 (...)” (doc. AI 261/726) –, ha concluso per uno stato di salute “(...) Peggiorato (...)” (doc. AI 261/727) adducendo quale motivazione: “(...) Perizia psichiatrica Dr. _____ del 16 giugno 2017. Limitazione della capacità lavorativa di almeno il 50% in termini di presenza. (...)” (doc. AI 261/726) e indicato una prognosi circa l’evoluzione della capacità lavorativa “(...) Riservata (...)” (doc. AI 261/726) formulando le seguenti osservazioni conclusive: “(...) Limitazione della capacità lavorativa sia dal punto di vista psichiatrico, sia per il danno della salute fisica, complessivamente nella misura del 50%. Il peggioramento dello stato di salute riguarda la patologia psichiatrica. (...)” (doc. AI 261/726). Sempre il medico SMR dr. _____ ha esposto: “(...) Sono applicabili terapie che migliorerebbero o manterrebbero verosimilmente la capacità lavorativa? Sì Se sì quali? Assunzione regolare della farmacoterapia Di quanto Migliorerebbe la CL? Almeno del 10% nei prossimi 8-10 mesi In quanto tempo? (...)” (doc. AI 261/727) L’Ufficio AI – viste le succitate risultanze mediche, considerato il confronto dei redditi con la tabella elaborata il 4 agosto 2017 (doc. AI 262/728-729 e 263/730-733) e ritenuta la valutazione 16 agosto 2017 del consulente in integrazione professionale (doc. AI

266/736-737) – , accogliendo la domanda di aumento della rendita del 24 giugno 2016, con decisione del 6 novembre 2017, preavvisata il 16 agosto 2017 (doc. AI 267/738-743) e cresciuta incontestata in giudicato, ha riconosciuto il diritto ad una mezza rendita (grado d’invalidità del 55%) dal 1. giugno 2016 (doc. AI 276/760-762 e le motivazioni sub doc. AI 271/748-752). 2.5. Tanto nella succitata decisione del 6 novembre 2017, quanto nel preavviso del 16 agosto 2017 – osservato che “(...) secondo la citata perizia psichiatrica [ndr.: si riferisce alla perizia del 16 giugno 2017 del _____ sub doc. AI 260/697-724] è possibile ipotizzare un buon miglioramento della capacità lavorativa con una regolare assunzione della farmacoterapia che si rileverà di fondamentale importanza (...)” (doc. AI 267/740 e 271/749) – , l’Ufficio AI ha diffidato l’assicurato a sottoporsi alle dovute e regolari cure adducendo che “(...) a questo proposito viene comunicato e diffidato di sottoporsi alle cure specialistiche psichiatriche precisando che i costi di questi provvedimenti sanitari non sono assumibili dall’Assicurazione invalidità. In fase di revisione, verificheremo se questi trattamenti sono stati intrapresi e notificheremo la nuova decisione (...)” (doc. AI 276/740 e 271/749). L’amministrazione, richiamate le conseguenze di cui all’art. 21 cpv. 4 LPGA in caso di mancata collaborazione, ha altresì reso l’assicurato espressamente attento alle sanzioni previste nel caso in cui non si fosse sottoposto alle cure richieste al fine di migliorare la sua capacità lavorativa. L’Ufficio AI, nell’ambito della revisione intrapresa nel settembre 2018 (cfr. consid. 1.5), ha interpellato il dr. _____, FMH in medicina generale, e la dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia. Il dr. _____, nel rapporto medico del 5 novembre 2018 (doc. AI 287/785-791), circa l’evoluzione e la situazione medica attuale, ha attestato: “(...) Nessun evento clinico recente significativo [...] Dopo l’intervento alla colonna lombare 2016 sono migliorati i dolori acuti, persistono però importanti algie nello ortostatismo prolungato e dolori sordi notturni, depressione cronica (...)” (doc. AI 287/788-789, punti 2.1 e 2.2) e, alla domanda volta a sapere per quante ore al giorno fosse possibile l’esercizio di un’attività adeguata ha risposto “(...) m.m.p (misura massima possibile) (...)” (doc. AI 287/791, punto 4.2). Dal canto suo la dr.ssa _____, con lettera del 19 novembre 2018, ha comunicato all’Ufficio AI che “(...) in riferimento alla vostra richiesta di rapporto medico per rendita comunico quanto segue: L’ultima visita avvenuta con il paziente risale al 19.12.2016 pertanto non posso rispondere alle vostre domande per fornire informazioni. (...)” (doc. AI 289/795). 2.6. Da quanto precede risulta innanzitutto che effettivamente l’assicurato non si è sottoposto alle cure specialistiche psichiatriche richieste dall’amministrazione allo scopo di migliorare il suo stato di salute e, quindi, la sua capacità lavorativa. E questo nonostante il fatto che nelle motivazioni della decisione del 6 novembre 2017 – in cui era stato indicato che “(...) secondo la citata perizia psichiatrica [ndr.: si riferisce alla perizia del 16 giugno 2017 del _____ sub doc. AI 260/697-724] è possibile ipotizzare un buon miglioramento della capacità lavorativa con una regolare assunzione della farmacoterapia che si rileverà di fondamentale importanza (...)” (doc. AI 271/749) – fosse stato precisato che “(...) in fase di revisione, verificheremo se questi trattamenti sono stati intrapresi (...)” (doc. AI 271/749) e, richiamate le conseguenze di cui all’art. 21 cpv. 4 LPGA in caso di mancata collaborazione, l’assicurato fosse stato reso espressamente attento alle sanzioni previste nel caso in cui non si fosse sottoposto alle cure richieste al fine di migliorare la sua capacità lavorativa. Con il ricorso l’insorgente – premesso, riferendosi alle osservazioni dell’11 gennaio 2019 sub doc. AI 300/822-824), che “(...) a questo proposito riteniamo doveroso precisare che al momento di suddette osservazioni non eravamo purtroppo a conoscenza di alcuni aspetti legati alla terapia seguita dal nostro assistito, più

particolarmente del fatto ch'egli avesse continuato a seguire il trattamento psichiatrico medicamentoso dietro prescrizione del suo medico generalista. Le incoerenze tra le nostre osservazioni e il presente ricorso in merito a questo punto risultano dunque da una mancata comprensione con l'assicurato al momento della redazione delle stesse. (...)” (doc. I, pag. 3) – sostiene che “(...) dal profilo prettamente psichiatrico, rileviamo che la sospensione della presa a carico psicoterapeutica e psichiatrica presso uno specialista è durata solo qualche mese, mentre il trattamento medicamentoso ha continuato ad essere amministrato regolarmente dal medico curante, Dr. _____ (doc. C), il quale, peraltro, dichiara aver altresì sostenuto psicologicamente il suo paziente durante tutto il periodo durante il quale, per motivi economici, lo stesso non ha potuto recarsi dalla sua psichiatra di referenza. (...)” (I, pag. 4). Al riguardo questo Tribunale rileva che, in sede di risposta, a ragione l'amministrazione ha invece osservato che “(...) ora, il ricorrente afferma che era il Dr. _____ a provvedere al sostegno psicologico ed alla prescrizione dei farmaci antidepressivi, producendo a sostegno di ciò un rapporto del curante datato 08.04.2019, tuttavia, nel precedente rapporto del 05.11.2018 egli indicava: “ 1.2 Con quale frequenza è attualmente in cura la/il paziente? s.b. ogni 8-10 settimane ca [...] 2.3 Prescrizione medica attuale (posologia inclusa) Ibuprofene 800 (1)-0-1” Quindi, nessuna indicazione circa l'assunzione di farmaci antidepressivi. Ed una consultazione ogni 2 mesi/2 mesi e mezzo non si può certo definire un “supporto psicologico” adeguato. (...)” (IV, pag. 4). Inoltre, a differenza di quanto indicato dall'insorgente nel “Questionario: Revisione delle rendite d'invalidità/Assegno per grandi invalidi” del 9 ottobre 2018 (doc. AI 286/779-782) – e meglio che l'ultimo controllo presso la dr.ssa _____ risalirebbe all'aprile 2018 (cfr. doc. AI 286/779, punto 1.3) – , la stessa dr.ssa _____ nel certificato del 28 dicembre 2018 (doc. AI 300/832-833) ha dichiarato che il paziente “(...) si è risegnalato alla mia consultazione il 17.12.2018 (si era risegnalato il 15.05.2015 con una frequenza quindicinale, e negli ultimi mesi con consulti mensili, fino al dicembre 2016). (...)” (doc. AI 300/832; la sottolineatura è del redattore). Avuto riguardo allo stesso certificato del 28 dicembre 2018 della dr.ssa _____, rettamente l'amministrazione ha ancora evidenziato come nello stesso la specialista “(...) riporta quanto riferitogli dall'assicurato, ossia che egli avrebbe sospeso la terapia farmacologica da 6/7 mesi (ossia dal maggio/giugno 2018). Tuttavia si osserva che già nel giugno 2017, al momento della perizia presso il _____, i dosaggi dei farmaci indicavano che egli non li assumeva. Nella perizia _____ del 16.06.2017 è infatti indicato: “

E. 3.3

Dosaggi ematici dei farmaci Duloxetina ■ 0,5 microgrammi/L (valori di riferimento 30-120 microgrammi/L) [...]

E. 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 I 462/05 del 16 agosto 2006, consid. 3) L'Alta Corte, nella STF I 824/06 del 13 marzo 2007 pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 7, chiamata a pronunciarsi nel caso in

cui un assicurato non si era sottoposto al trattamento psichiatrico prospettatogli, in particolare, riguardo al successo del trattamento, ha osservato: " (...)

E. 5

Trattamento psichiatrico attuale Colloqui regolare con la Dr.ssa _____. Sul piano farmacologico -Cymbalta 60 mg/die -Brufen 800 mg/die -Pantoprazolo 40 mg/die

E. 6

Informazione da terzi Ho tentato più volte di mettermi in contatto con la Dr.ssa _____ lasciando anche un messaggio in segreteria telefonica senza essere ricontattato. [...]

E. 8

Discussione [...] al secondo colloquio sono stati eseguiti i dosaggi ematici che hanno mostrato un valore ematico al limite della indosabilità per l'antidepressivo senza che al momento della richiesta di prelievo l'assicurato ne negasse l'assunzione." . Va qui osservato che le indicazioni sopra citate al punto 5 non sono veritiere. I farmaci indicati non erano di fatto assunti dall'assicurato e se il perito avesse avuto l'opportunità di discutere con la Dr.ssa _____ avrebbe appreso che i colloqui con la stessa sono stati interrotti nel dicembre 2016. (...)" (IV, pagg. 4 e 5). Stanti le suesposte risultanze, in applicazione del principio della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360 e 125 V 193 consid. 2 pag. 195), questo Tribunale deve pertanto concludere che l'insorgente non si è sottoposto alle cure specialistiche psichiatriche richieste dall'amministrazione. Va peraltro osservato che dagli atti medici non risultano, e nemmeno l'insorgente le fa valere, patologie psichiatriche che possano rendere l'assicurato incapace a collaborare. Del resto, con il ricorso, l'insorgente indica che avrebbe ripreso la psicoterapia dopo il "Progetto d'assegnazione di rendita" del 28 novembre 2018 (doc. 294/804-809): "(...) In effetti, dopo l'emanazione del progetto di decisione l'assicurato ha modificato la sua condotta (...)" (I, pag. 6). Come concluso dal medico SMR dr. _____ nelle annotazioni del 23 novembre 2018 (cfr. doc. 291/798), alla luce di tutto quanto suesposto, emerge quindi che l'assicurato, ancorché diffidato con esplicito richiamo alle conseguenze di cui all'art. 21 cpv. 4 LPGa in caso di mancata collaborazione, non si è sottoposto (prima della revisione prevista per il 1. settembre 2018; cfr. doc. AI 268/744) alle cure psichiatriche richieste atte a migliorare la sua capacità lavorativa, non ottemperando quindi, senza alcuna ragione, ai suoi obblighi di collaborazione. Quanto all'esigibilità e all'utilità delle cure specialistiche psichiatriche imposte all'assicurato, va qui osservato che, nella perizia del 16 giugno 2017 del _____ (doc. AI 260/697-724), il dr. _____ ha rilevato che "(...) ritengo che, a fronte di un quadro depressivo che ha caratteristiche endogene non vi è motivo di pensare ad una almeno parziale efficacia della farmacoterapia che potrebbe portare nell'arco di 8-10 mesi ad un miglioramento del quadro e, con esse della capacità lavorativa nella misura di almeno un 10%. (...)" (doc. AI 260/713), per poi concludere che "(...) con una regolare assunzione della farmacoterapia che appare del tutto esigibile, si potrebbe avere un miglioramento almeno del 10% nell'arco di 8-10 mesi. (...)" (doc. AI 260/714, la sottolineatura è del redattore). Dalla suddetta valutazione del dr. _____ – confermata dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 6 luglio 2017 (doc. AI 261/725-727), rimasta incontestata (non è stato infatti prodotto alcun atto medico contrario) e basata su un adeguato esame del caso – questo Tribunale non ha motivo di distanziarsi.

Del resto, prendendo posizione sul certificato del 28 dicembre 2018 della dr.ssa _____ (cfr. doc. AI 300/832-833), anche il medico SMR dr. _____, nelle annotazioni del 14 gennaio 2019, ha rilevato che “(...) noto che l’assicurato si è rivolto alla psichiatra il 17.12.2018, dopo aver ricevuto il progetto di decisione del 28.11.2018. La Dr.ssa _____ conferma nei fatti l’assenza da tempo di una presa a carico specialistica rispettivamente medicamentosa e conferma dunque la presa di posizione SMR, che l’assicurato non ha ottemperato all’obbligo di ridurre il danno. Inoltre, il fatto che le attuali condizioni psichiche dell’assicurato non siano buone, anche in seguito alla sospensione da tempo del medicamento antidepressivo prescritto al dosaggio minimo efficace, conferma che questo non sarebbe avvenuto bensì le condizioni di salute sarebbero verosimilmente migliorate grazie ad una presa a carico specialistica continuativa con controllo sistematico del tipo e posologia dei medicinali prescritti. (...)” (doc. AI 298/820, la sottolineatura è del redattore). In particolare, non è possibile concludere diversamente per il solo fatto che l’insorgente, senza tuttavia apportare valida documentazione medica al riguardo, sostiene che “(...) l’UAI non ha portato nessun argomento oggettivo a comprova che l’assenza di presa a carico psicoterapeutica non abbia permesso di ottenere un miglioramento dello stato di salute tale da giustificare un aumento del 10% della capacità di lavoro e di guadagno residua dell’assicurato. (...)” (I, pag. 6). Va qui infatti ricordato che, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3), non è necessario disporre di una prova piena, bensì è sufficiente sulla base di circostanze concrete disporre di una certa probabilità che l’intervento potrebbe avvenire con successo. Inoltre, il grado di probabilità va valutato anche secondo la gravità dell’intervento richiesto (“(...) 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 (...)” (STF I 824/06 del 13 marzo 2007, consid. 3.2.1)). In concreto – ribadito che dopo un attento esame del caso il dr. _____ ha concluso che “(...) con una regolare assunzione della farmacoterapia che appare del tutto esigibile, si potrebbe avere un miglioramento almeno del 10% nell’arco di 8-10 mesi. (...)” (doc. AI 260/714), osservato che la misura terapeutica richiesta (sottoporsi alle cure specialistiche psichiatriche) non configura un grave intervento e ritenuto che la valutazione non poteva essere che prospettiva – , non è nemmeno possibile seguire l’insorgente laddove pretende che “(...) nella denegatissima ipotesi che si volesse seguire la tesi del possibile miglioramento dello stato di salute dell’assicurato, non è chiaro su cosa l’UAI basi l’ipotesi di un possibile miglioramento della patologia psichiatrica poiché la sua valutazione si basa su nessuna nuova risultanza medica, il presunto miglioramento dovuto all’attuazione delle misure raccomandate non è attendibile, anche da questo punto di vista la decisione dell’UAI risulta manifestamente errata. (...)” (I, pag. 6). A ragione quindi l’amministrazione ha concluso, sulla scorta delle succitate valutazioni del medico SMR dr. _____ del 23 novembre 2018 (doc. AI 291/798) e del 14 gennaio 2019 (doc. AI 298/820), che le cure psichiatriche richieste erano, ai sensi dell’art. 21 cpv. 4 LPGA e della relativa giurisprudenza (cfr. consid. 2.3), esigibili e potevano concretamente portare a un essenziale miglioramento dello stato di salute dell’assicurato, quindi, di riflesso ad un miglioramento della capacità lavorativa residua in un’attività adeguata che poteva aumentare almeno del 10%. L’amministrazione ha rispettato anche il principio della proporzionalità. Infatti – potendo (per quanto sopra esposto) ritenere un aumento della capacità lavorativa del 10% se

si fosse sottoposto alle cure specialistiche psichiatriche richieste e ritenuto (come esposto nella motivazione della decisione impugnata sub doc. AI 302/837) che dal confronto dei redditi da valido e da invalido è scaturito un grado d'invalidità (rimasto incontestato) del 45% – la decisione impugnata, riducendo il diritto alla rendita da mezza a un quarto, pone l'insorgente nella situazione in cui si troverebbe se avesse rispettato l'obbligo di ridurre il danno ("(...) Nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip müssen das Mass der Sanktion (Leistungskürzung oder -verweigerung) und der voraussichtliche Eingliederungserfolg (Verbesserung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit) einander entsprechen. Die versicherte Person ist grundsätzlich so zu stellen, wie wenn sie ihre Schadenminderungspflicht wahrgenommen hätte (Urteil 8C_830/2012 vom 13. März 2013 E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Art. 61 UVV [SR 832.202]). (...)” (STF 9C_155/2019 del 24 giugno 2019, consid. 2.2.2) . Quanto, infine, alla domanda subordinata di voler retrocedere gli atti all'amministrazione per predisporre una perizia bidisciplinare, ortopedica e psichiatrica (cfr. consid. 1.6) – ribadito che oggetto del contendere è la sanzione pronunciata in base all'art. 21 cpv. 4 LPG (cfr. consid. 2.1) – questo Tribunale rileva che già sulla base delle risultanze degli atti di causa è possibile pronunciarsi sull'oggetto della presente vertenza.

2.7. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso 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. Visto l'esito della vertenza, le spese di fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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