

TI_GERICHTE 32.2021.11 vom 21. Dezember 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.11

FR: TI_GERICHTE 32.2021.11 du 21 décembre 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2021.11 del 21 dicembre 2020

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015; 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se, nell'ambito della revisione intrapresa nel mese di agosto 2020, a giusta ragione l'Ufficio AI ha ridotto i tre quarti di rendita a un quarto, in seguito all'emanazione della diffida contenuta nella decisione del 22 novembre 2019, e meglio poiché l'assicurato non si sarebbe, malgrado la diffida ex art. 21 cpv. 4 LPGA, sottoposto alle cure psichiatriche prescritte in ambito peritale. Chiamato a pronunciarsi in un caso in cui l'autorità giudiziaria cantonale aveva accolto parzialmente il ricorso inoltrato contro la decisione di sospensione e ridotto la prestazione riconosciuta, da intera a mezza rendita, perché l'assicurato non si era sottoposto al provvedimento (astinenza dal consumo di cannabis) richiesto, il TF, nella STF 8C_865/2017 del 19 ottobre 2018 (resa nella composizione di 5 giudici), ha precisato che oggetto della lite era la sanzione pronunciata in base all'art. 21 cpv. 4 LPGA secondo l'art. 7b cpv. 3 LAI. L'Alta Corte ha, infatti, evidenziato che "(...) insofern und namentlich mit Blick auf ihr Vorbringen, es sei ein korrekter Einkommensvergleich durchzuführen, scheint die Beschwerdeführerin den Zweck der streitbetreffenden Massnahme zu verkennen. Denn Anfechtungs- und Streitgegenstand bildet nicht der Rentenanspruch an sich, mithin nicht die Bemessung der anspruchrelevanten Arbeitsunfähigkeit und ihrer erwerblichen Folgen, sei es im Rahmen einer erstmaligen oder einer revisionsweisen Anspruchsprüfung, sondern die Festlegung einer Sanktion in Anwendung von Art. 21 Abs. 4 ATSG, nach Massgabe von Art. 7b Abs. 3 IVG. Diese hat - wie eingangs gezeigt - aufgrund aller Fallumstände, insbesondere aber nach dem Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu erfolgen und sie hat vor allem auch das Gebot der Verhältnismässigkeit, namentlich die Relation zur günstigen Wirkung der streitbetreffenden Massnahme zu wahren. Mit anderen Worten darf eine Sanktion nicht weiter gehen, als wenn die Schadenminderungspflicht befolgt worden wäre. (...)" (STF 8C_865/2017, consid. 5.2.2, la sottolineatura è del redattore). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto

di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84).

2.4. L'art. 7 LAI regola gli obblighi dell'assicurato. Secondo il cpv. 1 l'assicurato deve fare tutto quanto si può ragionevolmente esigere da lui per ridurre la durata e l'entità dell'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) e per evitare l'insorgere di un'invalidità (art. 8 LPGA). Il cpv. 2 stabilisce che l'assicurato deve partecipare attivamente all'esecuzione di tutti i provvedimenti ragionevolmente esigibili che possono contribuire sia a mantenerlo nel suo attuale posto di lavoro, sia a favorire la sua integrazione nella vita professionale o in un'attività paragonabile (mansioni consuete). Si tratta in particolare di: a. provvedimenti di intervento tempestivo (art. 7 d); b. provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale (art. 14 a); c. provvedimenti professionali (art. 15-18 e 18 b); d. cure mediche conformemente all'articolo 25 LAMal; e. provvedimenti di reintegrazione per i beneficiari di una rendita secondo l'articolo 8 a capoverso 2. Secondo l'art. 7a LAI, che regola i provvedimenti ragionevolmente esigibili, è considerato ragionevolmente esigibile ogni provvedimento che serve all'integrazione dell'assicurato; fanno eccezione i provvedimenti che non sono adatti allo stato di salute dell'assicurato. L'art. 7b LAI regola le sanzioni. Secondo il cpv. 1 le prestazioni possono essere ridotte o rifiutate conformemente all'articolo 21 capoverso 4 LPGA se l'assicurato non ha adempiuto gli obblighi di cui all'articolo 7 della presente legge o all'articolo 43 capoverso 2 LPGA. Il cpv. 2 stabilisce che in deroga all'articolo 21 capoverso 4 LPGA, le prestazioni possono essere ridotte o rifiutate senza diffida e termine di riflessione se l'assicurato: a. non si è annunciato immediatamente all'AI nonostante un'ingiunzione dell'ufficio AI conformemente all'articolo 3c capoverso 6 e ciò si ripercuote negativamente sulla durata o sull'entità dell'incapacità al lavoro o dell'invalidità; b. non ha adempiuto l'obbligo di notificazione ai sensi dell'articolo 31 capoverso 1 LPGA; c. ha ottenuto o ha tentato di ottenere indebitamente prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità; d. non fornisce all'ufficio AI le informazioni di cui questo abbisogna per adempiere i suoi compiti legali. Secondo il cpv. 3 la decisione di ridurre o di rifiutare prestazioni deve tener conto di tutte le circostanze del singolo caso, in particolare del grado della colpa dell'assicurato. Infine, il cpv. 4 stabilisce che in deroga all'articolo 21 capoverso 1 LPGA, gli assegni per grandi invalidi non possono essere né rifiutati né ridotti.

2.5. L'art. 21 cpv. 4 LPGA prevede quanto segue: " 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, l'art. 21 cpv. 4 LPGA non ha sostanzialmente modificato quanto previsto in precedenza (STFA U 348/04 del 12 ottobre 2006, consid. 2.3). Il TFA, in una sentenza del 16 agosto 2006 (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. 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 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 prospettato, 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 verweigerete 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. (...)" (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).

2.6. Nel caso concreto, nell'ambito dell'evasione della domanda di prestazioni del febbraio 2018, esaminata la certificazione dello psichiatra curante dr. _____ (per il quale l'assicurato, portatore di " disturbo misto ansioso depressivo, ICD-10 F 41.2 e Sindrome depressiva ricorrente ICD-10 F 33" , era da considerare inabile in misura completa dal maggio 2017; doc. AI 52), l'Ufficio AI, su indicazione del medico SMR dr. _____ (doc. AI 55), ha fatto esperire una perizia psichiatrica a cura del _____. Il dr. _____, specialista FMH in psichiatria, nella perizia del 14 giugno 2019, analizzata accuratamente la documentazione agli atti, effettuato un esame clinico e preso contatto con lo psichiatra curante, posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di " Episodio depressivo di grado grave senza sintomi psicotici (F32.2)" , dopo aver ripercorso la storia clinica dell'assicurato, si è così espresso sulle precedenti terapie: " A mio avviso, e questo è stato discusso col curante che pare concordare, nonostante si comprenda anche per ragioni culturali una certa resistenza a modifiche della farmacoterapia, un potenziamento dell'antidepressivo con raggiunta di un neurolettico atipico (amisulpiride, quetiapina), ancora non tentati, condurrebbero

verosimilmente ad un significativo miglioramento del quadro clinico e con esso della GL nella misura di un 20% nell'arco di 8-10 mesi. Tale potenziamento risulta inoltre esigibile, visto che non vi sono controindicazioni mediche all'uso di tale categoria di farmaci.” (doc. AI 59 p. 13) Effettuata un'accurata valutazione delle capacità e delle risorse secondo schema Mini ICF-APP, dopo aver concluso che “l a mansione da sempre ricoperta di rappresentante, che necessità di loquacità, capacità relazionale, frequenti spostamenti anche per lunghe distanze, assertività e flessibilità, appare decisamente molto compromessa. Anche un'altra attività, stando al quadro clinico attuale, parrebbe essere significativamente compromessa benché in misura inferiore, soprattutto se svolta in ambiente privo di pressioni (gerarchiche e competitive) piccolo, comprensivo e tollerante nei confronti di pause che l'assicurato potrebbe richiedere nei momenti di maggior angoscia”, ai quesiti peritali ha risposto nel senso che nell'attività abituale di rappresentante di commercio era da considerare inabile all'85% da maggio 2017, mentre che in un'attività adeguata, da svolgersi “in un ambiente non particolarmente competitivo o conflittuale, senza picchi di lavoro e in una struttura piccola e non troppo gerarchizzata”, la capacità sarebbe potuta essere “significativamente superiore nella misura di un 35% (diminuzione del tempo e del rendimento)”. Richiesto circa i provvedimenti sanitari e le terapie con ripercussione sulla capacità lavorativa attuabili, il perito si è così espresso: " 8.4 Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussione sulla CL Ritengo possibile migliorare ancora in misura rilevante la CL mediante l'attuazione di provvedimenti sanitari, in particolare con il potenziamento attraverso un neurolettico atipico che potrebbe portare verosimilmente ad un miglioramento clinico e valetudinario nella misura di un 20% in ogni attività nei prossimi 8-10 mesi. Provvedimenti professionali, che attualmente avrebbero alta probabilità di fallire, potranno essere tenuti ancora in considerazione al momento del miglioramento clinico prognosticato.” (doc. AI 59 p. 15) Nel rapporto SMR del 1. luglio 2019, il dr. _____, ha condiviso le conclusioni peritali, sottolineando che in base alla perizia erano applicabili “ terapie che migliorerebbero o manterrebbero verosimilmente la capacità lavorativa ” ai sensi dell'art. 7 LAI, ritenuto che tramite il trattamento farmacologico i periti pronosticavano un recupero del 20% della capacità lavorativa in ogni attività e la possibilità di mettere in atto misure SIP (doc. AI 58). Alla luce di queste conclusioni, con progetto del 21 agosto 2019 e, quindi, decisione del 22 novembre 2019, l'Ufficio AI, ammessa dal maggio 2017 un'inabilità lavorativa dell'85% nell'attività abituale e del 65% in un'attività adeguata, stabilito un conseguente grado di invalidità del 65%, ha attribuito all'assicurato tre quarti di rendita dal 1. maggio 2018 (ovvero trascorso l'anno di attesa giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). Tanto nella medesima decisione, quanto nel preavviso del 21 agosto 2019, nel paragrafo finale intitolato, in grassetto, “ Importante ”, l'Ufficio AI ha diffidato l'assicurato a sottoporsi alle dovute e regolari cure psichiatriche adducendo che “(...) Lei è invitato a prendere contatto con il suo medico curante ed è reso attento già sin d'ora sull'obbligo di mettere in atto tutte le misure terapeutiche possibili evidenziate in ambito peritale, in modo tale da migliorare il suo stato di salute e di riflesso la capacità lavorativa. Le spese sanitarie che saranno originate da tali cure dovranno essere poste a carico della Cassa malati nell'ambito della Lama. (...) ” -, e ha pure precisato che “(...) Nel corso della prossima revisione d'ufficio, l'amministrazione verificherà se sarà stato dato un seguito a quanto imposto, pena le specifiche sanzioni ”. Richiamate espressamente e per esteso le conseguenze di cui all'art. 21 cpv. 4 LPGA in caso di mancata collaborazione, nella medesima decisione l'amministrazione ha altresì reso espressamente attento l'assicurato circa le sanzioni previste nel caso in cui non si fosse sottoposto alle cure richieste al fine di

migliorare la sua capacità lavorativa (doc. AI 67). Questa decisione è rimasta incontestata. Dopo aver richiesto il relativo consenso scritto all'assicurato (doc. AI 65), una copia della perizia psichiatrica è quindi stata inviata al dr. _____ in data 4 settembre 2019 (doc. AI 66).

2.7. L'Ufficio AI, nell'ambito della revisione intrapresa nell'agosto 2020, dopo aver interpellato l'assicurato (il quale ha dichiarato che il suo stato di salute era rimasto invariato, doc. AI 75), ha acquisito il rapporto del 28 agosto 2020 del dr. _____, il quale, confermate le diagnosi di " Disturbo misto ansioso depressivo ICD 10 F41.2 e sindrome depressiva ricorrente ICD10 F33", e confermata la conclusione di inabilità lavorativa del 65% in attività adeguate, circa l'evoluzione e la situazione medica attuale ha ritenuto la situazione stazionaria, e precisato che "(...) Non è stato possibile modificare la terapia farmacologica per le resistenze e paure del paziente" (doc. AI 76). Il medico SMR, esprimendosi al riguardo, nell'Annotazione del 21 ottobre 2020, ha osservato che i periti psichiatri avevano " determinato le modifiche alla terapia farmacologica esigibili e avevano stimato come da tali modifiche sarebbe derivato un recupero della CL dell'assicurato del 20% in ogni attività lucrativa. In conseguenza di ciò, l'IL dell'assicurato deve essere ritenuta ridotta del 20% in ogni attività lucrativa a partire da 10 mesi dalla decisione AI (22.11.2019) " (doc. AI 78). L'amministrazione, con progetto di decisione del 30 ottobre 2020, ritenute adempiute le condizioni per l'applicazione dell'art. 21 cpv. 4 LPGa, ha pertanto proposto la riduzione dei tre quarti di rendita ad un quarto di rendita. Con uno scritto del 10 novembre 2020 il dr. _____ ha dichiarato di non concordare con la riduzione della rendita, certificando che l'assicurato era in cura presso il _____ di _____ dal maggio 2017, effettuando regolari visite psichiatriche di controllo ed assumendo la terapia farmacologica. In relazione alla possibilità di modificare la terapia farmacologica, ha precisato che "vi sono paure e resistenze intese in senso psicodinamico come difficoltà al cambiamento e non come rifiuto volontario alla modifica della terapia. In generale persiste una sintomatologia ansiosodepressiva invalidante con episodi di ansia acuta ed ansia anticipatoria rispetto a iniziative in autonomia " (doc. AI 82). Su tale certificazione si è espresso il medico SMR nell'annotazione del 15 dicembre 2020, nel senso che "le paure e resistenze dell'assicurato non appaiono costituire un motivo valido per ritenere inapplicabile la diffida, in quanto facenti parte del quadro sintomatologico valutato dai periti" (doc. AI 84; cfr. in esteso al consid. 2.8). Di conseguenza, con decisione 21 dicembre 2020, l'Ufficio AI ha confermato il progetto come segue: " (...) Decidiamo pertanto: I tre quarti di rendita di invalidità versati finora vengono ridotti ad un quarto di rendita, con grado AI del 45 %. 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). A un ricorso contro questa decisione verrà negato l'effetto sospensivo (art. 66 della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) e art. 97 della Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS)). Esito degli accertamenti: Tramite decisione del 22.11.2019 è stato posto al beneficio di tre quarti di rendita di invalidità con grado AI del 65 %, a decorrere dal 01.05.2018. Nella stessa decisione, lei era stato diffidato a sottoporsi alle dovute cure terapeutiche al fine di migliorare il suo stato di salute e di conseguenza la sua capacità lavorativa. Era stato altresì reso attento sulle conseguenze qualora non avesse rispettato l'obbligo di ridurre il danno alla salute (art. 21 cpv. 4 LPGa). In ambito dell'attuale revisione d'ufficio, avviata ad agosto 2020, abbiamo constatato che tale diffida non è stata seguita. Dalla valutazione medica, risulta che se lei si fosse invece sottoposto alle dovute cure, l'incapacità lavorativa si sarebbe potuta ridurre del 20 % in qualsiasi attività, entro un periodo di dieci mesi dalla

decisione AI. Pertanto, consideriamo le seguenti incapacità lavorative a decorrere dal 01.09.2020: Attività abituale 65% dal 01.09.2020 Attività adeguate allo stato di salute 45 % dal 01.09.2020 Procediamo dunque a ricalcolare la perdita di guadagno come se lei si fosse sottoposto alle dovute cure e avesse raggiunto la prospettata capacità lavorativa. Reddito da valido AI fine di stabilire il reddito che lei potrebbe conseguire in assenza del danno alla salute, facciamo riferimento alle tabelle statistiche RSS (valore mediano, attività semplici e ripetitive, uomo, anno 2019). Il reddito annuo ammonterebbe a CHF 68'361.00 per l'anno 2019. Sulla base della valutazione medica quantifichiamo il reddito da invalido esigibile, basato sulle attività adeguate all'attuale stato di salute e calcolato secondo i redditi espressi dall'ufficio federale di statistica. Reddito da invalido In attività adeguate: La giurisprudenza imposta dal Tribunale federale indica che sono esclusivamente applicabili i dati salariali nazionali della tabella TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Inoltre tali redditi possono subire una riduzione massima del 25%. Ciò al fine di considerare quei fattori suscettibili di influenzare il guadagno che assicurato potrebbe percepire. Ad esempio: le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cfr. DTF 126 V 75), Utilizzando i dati della citata tabella, lei potrebbe conseguire uno stipendio annuo di CHF 68'361.00 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Partendo dal summenzionato reddito, diminuito del 45 % riguardo all'incapacità lavorativa, risulta un reddito di CHF 37'599.00. Nuova perdita di guadagno: Confronto dei redditi: Reddito da valido CHF68'361.00 Reddito da invalido CHF 37'599.00 Perdita di guadagno CHF 30762.00 Grado d'invalidità 45%

Reintegrazione Attualmente non sono previsti provvedimenti di reintegrazione. Una nuova verifica della situazione medica, personale e lavorativa non escluderà, se sarà indicata, l'adozione di provvedimenti reintegrativi con lo scopo di migliorare la capacità al guadagno. Osservazioni al progetto di decisione del 30 ottobre 2020 Il nostro ufficio ha preso visione del certificato medico del 10 novembre 2020 inoltrato dal Dr. med. _____. Tale documentazione illustra un quadro sintomatologico sovrapponibile a quello presente al momento della diffida e quanto indicato non costituisce un motivo valido per ritenere inapplicabile la diffida. Confermiamo pertanto la riduzione della rendita di invalidità.“ (doc. AI 85) 2.8. Da quanto precede risulta innanzitutto che effettivamente l'assicurato non si è sottoposto alle cure psichiatriche indicate dal perito psichiatra del _____ nel referto del 14 giugno 2019 (doc. AI 59) e richieste dall'amministrazione allo scopo di migliorarne lo stato di salute e, quindi, la capacità lavorativa. In particolare nella perizia del _____ del 14 giugno 2019 il perito dr. _____, dopo aver preso contatto anche con il dr. _____, il quale aveva concordato con tale procedere, aveva espressamente precisato che il potenziamento del trattamento farmacologico, segnatamente antidepressivo, con l'introduzione di un antipsicotico atipico, e meglio un neurolettico atipico (amisulpiride, quetiapina), medicinali che ancora non erano stati somministrati, avrebbe verosimilmente condotto ad un significativo miglioramento del quadro clinico e con esso della capacità lavorativa nella misura di un 20% nell'arco di 8-10 mesi. Ora, nell'ambito della revisione intrapresa nell'agosto 2020, il dr. _____, psichiatra curante, nel rapporto medico del 28 agosto 2020, ha dichiarato che la situazione era stazionaria, con “ persistenza di sintomatologia ansioso-depressiva invalidante con episodi di ansia acuta ed ansia anticipatoria rispetto ad iniziative in autonomia ” e ha indicato che non la terapia farmacologica non era stata modificata a causa delle “ resistenze e paure del paziente” (doc. AI 76). Il cambiamento del trattamento farmacologico antidepressivo, con l'introduzione di

un neurolettico atipico (amisulpiride, quetiapina), auspicato dal perito del _____ nella citata perizia del 14 giugno 2019 - e benché la stessa perizia fosse stata inviata in visione anche al dr. _____ il 4 settembre 2019 (doc. AI 66) - non è quindi stato approntato. E questo nonostante il fatto che nella decisione del 22 novembre 2019 – in cui era stato indicato, al capoverso preceduto dal titolo in grossetto “ Importante ”, che “ (...) Lei è invitato a prendere contatto con il suo medico curante ed è reso attento già sin d’ora sull’obbligo di mettere in atto tutte le misure terapeutiche possibili evidenziate in ambito peritale [ndr.: si riferisce alla perizia del 14 giugno 2019 del _____ sub doc. AI 59] in modo tale da migliorare il suo stato di salute e di riflesso la capacità lavorativa (...)” – fosse stato precisato che “ (...) nel corso della prossima revisione d’ufficio, l’amministrazione verificherà se sarà stato dato un seguito a quanto imposto, pena le specifiche sanzioni (...)” (doc. AI 67) e, richiamato il contenuto del principio dell’obbligo di ridurre il danno giusta l’art. 1048 CIGI e espressamente e per esteso le conseguenze di cui all’art. 21 cpv. 4 LPGA in caso di mancata collaborazione, l’assicurato fosse stato reso espressamente attento sulle sanzioni previste nel caso in cui non si fosse sottoposto alle cure psichiatriche richieste al fine di migliorare la sua capacità lavorativa. Con il ricorso l’insorgente giustifica il mancato potenziamento delle cure farmacologiche psichiatriche adducendo una serie di argomentazioni che si avverano tuttavia, come verrà esposto nel prosieguo, inammissibili. Egli afferma in particolare di seguire regolarmente la terapia prescrittagli, ma di essere contrario all’assunzione del primo farmaco (paroxetina) che gli era inizialmente già stato prescritto poiché lo stesso gli avrebbe provocato degli effetti collaterali negativi, e in particolare facendogli venir voglia di “ buttarmi dal balcone ”. Egli avrebbe quindi paura di cambiare farmaci nel timore che gli tornassero “ cose brutte per la testa ”. Afferma inoltre che nessuno gli avrebbe detto che se non avesse cambiato i medicinali avrebbe avuto una riduzione della rendita. Del resto, “ il dr. _____ ha fatto giusto che non mi ha cambiato il farmaco, mi ha visto troppo impaurito e terrorizzato dopo l’esperienza negativa che avevo avuto con il primo farmaco ” (doc. I e VII). Il ricorrente si basa innanzitutto sull’allegato scritto del 10 novembre 2020, già prodotto in occasione delle osservazioni al progetto di decisione del 30 ottobre 2020, nel quale il dr. _____ ha indicato che “ in relazione alla possibilità di modificare la terapia farmacologica vi sono paure e resistenze intese in senso psicodinamico come difficoltà al cambiamento e non come rifiuto volontario alla modifica della terapia. In generale persiste una sintomatologia ansiosodepressiva invalidante con episodi di ansia acuta ed ansia anticipatoria rispetto a iniziative in autonomia (...) ” (doc. AI 82). Ora, su tale certificazione si era espresso il medico SMR nell’annotazione del 15 dicembre 2020, affermando: " Ho preso visione del dossier e della documentazione medica, i periti psichiatri (vedasi il punto 7.2 della perizia _____ in GED 01.07.2019) ritenevano possibile ed esigibile dall'assicurato la variazione della terapia farmacologica assunta, con conseguente beneficio clinico e recupero parziale di CL. Nel rapporto medico del dr. med. _____ del 10.11.2020 è descritto come la sintomatologia dell'assicurato sia nella sostanza sovrapponibile al passato. Le paure e resistenze dell'assicurato non appaiono costituire un motivo valido per ritenere inapplicabile la diffida, in quanto facenti parte del quadro sintomatologico valutato dai periti. Dal punto di vista medico psichiatrico si conferma la presa di posizione dell'Ufficio." (doc. AI 84) A tali conclusioni, che il medico SMR ha peraltro nuovamente confermato nell’Annotazione del 3 febbraio 2021 (doc. V/1), questo Tribunale deve aderire, ove peraltro si rilevi che nel suo scritto lo psichiatra curante non adduce alcuna motivazione medica che permetta in qualche modo di dedurre l’esistenza di ragioni medicalmente giustificate per rifiutare

l'assunzione della terapia a base di neurolettici. D'altra parte 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 e le ulteriori allegazioni formulate con scritto 24 febbraio 2021 (doc. VII), l'insorgente stesso indica di essere, ora, disposto a cambiare i farmaci e di non essere contrario all'assunzione di farmaci o di cambiare l'attuale farmacologia, essendo unicamente contrario all'assunzione del primo farmaco provato (I, pag. 6). Come concluso dal medico SMR dr. _____ nelle annotazioni del 21 ottobre 2020 (cfr. doc. AI 78), alla luce di 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 l'agosto 2020; cfr. doc. AI 74) alle cure psichiatriche richieste atte a migliorare la sua capacità lavorativa, non ottemperando quindi, senza alcuna valida ragione, ai suoi obblighi di collaborazione. Quanto all'esigibilità e all'utilità delle cure specialistiche psichiatriche raccomandate per l'assicurato, va qui osservato che in occasione della stesura della perizia del 14 giugno 2019 il dr. _____ aveva pure preso contatto con lo psichiatra curante, il quale gli aveva riferito che la terapia in quel momento somministrata fosse in una "fase di stallo" essendo peraltro l'assicurato "molto resistente anche ad ogni proposta di modifica terapeutica", concordando in ogni modo con il perito "sull'opportunità del potenziamento del trattamento farmacologico e sull'introduzione di un antipsicotico atipico" (doc. AI 59 p. 183). Alla luce di queste considerazioni, sulla base quindi anche di un'attenta valutazione del caso mediante consultazione del curante, il dr. _____ aveva concluso nel senso che un potenziamento dell'antidepressivo con aggiunta di un neurolettico atipico (amisulpiride, quetiapina), avrebbero verosimilmente condotto ad un significativo miglioramento del quadro clinico e con esso della capacità lavorativa nella misura di un 20% nell'arco di 8-10 mesi. Tale potenziamento è stato inoltre giudicato dal perito come "esigibile, visto che non vi sono controindicazioni mediche all'uso di tale categoria di farmaci" (doc. AI 59 pag. 185). Dalla suddetta valutazione del dr. _____ – confermata dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 1 luglio 2019 (doc. AI 58), 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 per medesima ammissione del ricorrente (cfr. formulario di revisione compilato dall'assicurato il 6 agosto 2020, doc. AI 75) e dello psichiatra curante (doc. AI 76), la situazione dell'assicurato non ha nel frattempo fatto registrare alcun miglioramento, malgrado la continuata assunzione della medesima terapia e nonostante la valutazione peritale avesse invece ipotizzato un verosimile e sensibile miglioramento delle condizioni psichiatriche con l'introduzione di un neurolettico. Va qui peraltro solo osservato che, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.5), 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. _____ aveva concluso che "(...) un potenziamento dell'antidepressivo con l'aggiunta di un neurolettico

atipico (amilsulpiride, quetiapina), ancora non tentati, condurrebbero verosimilmente ad un significativo miglioramento del quadro clinico e con esso della CL nella misura del 20% nell'arco di 8-10 mesi. (...)” (doc. AI 59 pag. 14) -, osservato che la misura terapeutica richiesta (aggiunta di un neurolettico agli antidepressivi) non configura un grave intervento e ritenuto che la valutazione non poteva essere che prospettiva, non vi può essere dubbio sull'esistenza di una sufficiente probabilità che la modifica della terapia potrebbe avvenire con successo. A ragione quindi l'amministrazione ha concluso, sulla scorta delle succitate valutazioni del medico SMR dr. _____ del 1. luglio 2019 (doc. AI 58) e del 21 ottobre 2020 (doc. AI 78), che le cure psichiatriche richieste erano, ai sensi dell'art. 21 cpv. 4 LPGA e della relativa giurisprudenza (cfr. consid. 2.5), 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 20%. L'amministrazione ha rispettato anche il principio della proporzionalità. Infatti – potendo (per quanto sopra esposto) ritenere un aumento della capacità lavorativa del 20% se si fosse sottoposto al rafforzamento dei medicinali psichiatrici richiesto e ritenuto (come esposto nella motivazione della decisione impugnata) che dal confronto dei redditi da valido e da invalido è scaturito un grado d'invalidità (rimasto incontestato) del 45% (cfr. in esteso al consid. 2.7) – la decisione impugnata, riducendo il diritto alla rendita da tre quarti 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) . Nemmeno infine può essere ammesso, come implicitamente alluso dal ricorrente, che in qualche modo egli (o il suo psichiatra curante) non avesse compreso il contenuto della diffida contenuta nella decisione del 22 novembre 2019, ritenendo in particolare che si ipotizzasse l'assunzione del medicamento (la paroxetina) che già gli era stato somministrato in passato. Come detto, risulta in effetti dagli atti che in occasione della stesura della perizia del 14 giugno 2019 il dr. _____ aveva preso contatto con il dr. _____ e convenuto con lui la necessità di procedere con la modifica della terapia medicamentosa, aggiungendo in particolare un neurolettico atipico, che risultava ancora “non tentato”, e quindi non ancora mai assunto (doc. AI 59 p. 11 e 13). Si trattava quindi chiaramente di un medicamento nuovo e non del medicamento, la paroxetina (farmaco che non rientra nella categoria dei neurolettici atipici o antipsicotici, ma in quella di farmaci denominati SSRI, ossia inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, usati primariamente come antidepressivi), che il ricorrente aveva già assunto con effetti collaterali non graditi. Inoltre, dagli atti risulta che in data 2 settembre 2019 (doc. AI 65), e quindi successivamente al progetto di decisione del 21 agosto 2019 - che già conteneva l'espressa diffida a volersi sottoporre alle cure indicate nella perizia (doc. AI 62), e in merito al quale l'assicurato non ha formulato alcuna osservazione o contestazione -, il ricorrente ha personalmente sottoscritto l'autorizzazione ad inviare la perizia del _____, cui rinviava espressamente sia il progetto che la decisione del 22 novembre 2019, al suo psichiatra curante, al quale in effetti il referto peritale è stato notificato il 4 settembre 2019 (doc. AI 66). Ne discende che sia il ricorrente, direttamente o tramite il curante, sia appunto il dr.

_____ erano perfettamente a conoscenza della cura che veniva indicata e auspicata dal perito al fine di ottenere un miglioramento delle condizioni e della capacità lavorativa in tempi relativamente brevi (8-10 mesi). Sia detto di transenna che in effetti il curante non ha mai sostenuto diversamente, nemmeno in occasione del già menzionato scritto del 10 novembre 2020 (doc. AI 82). Alla luce di queste circostanze il ricorrente non può quindi ragionevolmente sostenere di essersi rifiutato di modificare la terapia farmacologica temendo che si trattasse di assumere nuovamente la paroxetina. Nemmeno egli può ragionevolmente sostenere di non aver compreso che la mancata modifica della terapia medicamentosa, da prescrivergli dal suo psichiatra curante, avrebbe comportato come conseguenza la riduzione delle prestazioni ritenuto come il tenore sia del progetto di decisione del 21 agosto 2019 che della decisione del 22 novembre 2019 (cresciuta incontestata in giudicato) risultassero, come detto, in proposito chiaro ed inequivocabile, esprimendosi nel senso che egli veniva espressamente “ invitato a prendere contatto con il suo medico curante ed è reso attento già sin d'ora sull'obbligo di mettere in atto tutte le misure terapeutiche possibili evidenziate in ambito peritale (...)”, precisando pure che “ nel corso della prossima revisione d'ufficio, l'amministrazione verificherà se sarà stato dato un seguito a quanto imposto, pena le specifiche sanzioni ” con l'espreso richiamo alle conseguenze di cui all'art. 21 cpv. 4 LPGA (doc. AI 67). In simili circostanze, visto quanto precede, segnatamente l'adempimento dei presupposti necessari per l'applicazione dell'art. 21 cpv. 4 LPGA (cfr. consid. 2.5), la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese di 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.