

## **TI\_GERICHTE 32.2021.127 vom 10. November 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-11-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.127](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.127)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.127 du 10 novembre 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.127 del 10 novembre 2021

### **Regeste**

Rifiuto delle prestazioni perchè l'assicurata non ha fornito all'amministrazione le necessarie informazioni. Obbligo di collaborazione. Ricorso accolto perchè l'UAI avrebbe potuto ottenere le info da altre fonti. Rinvio all'amministrazione per completare gli atti e decisione sulle prestazioni

### **Erwägungen**

#### **E. 43**

al. 3 LPGA). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière - le choix de l'une ou l'autre décision dépendra notamment de l'avancement de l'instruction de la cause et de ses conséquences pour l'assuré ou d'éventuels tiers intéressés -, que s'il ne lui est pas possible d'élucider les questions de faits encore ouvertes sans difficultés ni complications particulières malgré l'absence de collaboration de l'assuré (cf. ATF 108 V 231 ss, 97 V 177; MAURER, Unfallversicherungsrecht, p. 255)." (sottolineature della redattrice ). In STF 9C\_763/2016 del 9 ottobre 2017 il TF ha precisato che un provvedimento di non entrata nel merito di giustifica solo quando una valutazione della domanda di prestazioni sulla base degli atti senza la collaborazione della parte è esclusa. Al contrario, una decisione materiale in base agli atti può essere pronunciata solo quando la fattispecie rilevante giuridicamente non si può chiarire ulteriormente e in misura sufficiente indipendentemente dal provvedimento di accertamento che l'assicurato senza validi motivi rifiuta di dar seguito (cfr. anche DTF 9C\_553/2016 del 17 novembre 2015). Inoltre, secondo Kieser (op. cit, ad art. 43 n. 101, pag. 780): " c) Art. 43 Abs. 3 ATSG bezieht sich schliesslich lediglich auf Leistungsbegehren. Soweit die Abklärung eine Versicherungs-unterstellung oder eine Beitragsfrage betrifft, kann eine Anwendung gegebenenfalls in analoger Weise erfolgen oder es ist auf die im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehene Sanktion bzw. Folge zurückzugreifen (vgl. z.B. Art. 24 Abs. 5 AHVV betreffend die Festsetzung von Akontobeiträgen in der AHV)". A pag. 780, n. 104, il medesimo autore afferma ancora: " Die in Art. 43 Abs. 3 ATSG vorgesehenen Sanktionen können erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens angeordnet werden (vgl. dazu BBl 1999 4600; I 988/06 und SVR 2008 IV Nr. 17. I 677/05 E. 5.2). Dieses Verfahren entspricht demjenigen, welches nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchzuführen ist (vgl. für näheres ATSG-Kommentar, Art. 21 Rz. 147 ff.). Es handelt sich um eine ausnahmslos zu beachtende Verfahrensregel, und es kann auch nicht davon abgewichen werden, wenn die betreffende Person zu erkennen gibt, dass sie der ihr obliegenden Pflicht jedenfalls nicht nachkommen will (vgl. BGE 122 V 219 f. in analoger Anwendung; vgl. ferner SVR 1998 UV Nr. 1 sowie Maeschi, Kommentar, Rz. 20 zu Art. 87 MVG). Dabei obliegt dem Verwaltungs-träger die Beweislast, wenn der Nachweis der Mahnung strittig ist (vgl. dazu SVR 1995 IV Nr. 41). Die zu erlassende Mahnung hat keinen

Verfügungscharakter; denn sie betrifft nicht eine durchsetzbare Rechtspflicht, sondern eine Obliegenheit der Partei (vgl. SVR 1998 UV Nr. 1). " L'art. 43 cpv. 3 LPGA prevede infatti due possibili sanzioni: l'assicuratore può decidere in base agli atti di cui dispone oppure può chiudere l'istruttoria e decidere di non entrare in materia sulla richiesta di prestazioni (Kieser, op. cit., all'art. 43 n. 110 pag. 781). Il comportamento dell'assicurato deve tuttavia essere sanzionato soltanto quando l'assicuratore ha, parallelamente, fatto tutto il possibile per formare un dossier il più completo possibile. Al proposito, Kieser (n. 111 e 112 ad art. 43 pag. 781) si è così pronunciato: " (...) Das Gesetz gibt keine Richtlinien, wie zwischen den beiden Sanktionen zu wählen ist. Immerhin ist nach der Praxis zu beachten, dass von der Möglichkeit des Nichteintretens zurückhaltend Gebrauch zu machen ist; soweit aufgrund der vorliegenden Akten ein materieller Entscheid möglich ist, soll ein Nichteintretensentscheid nicht gefällt werden (vgl. Kölz/Häner/Bertschi, n. 467); diese prioritäre Bedeutung des materiellen Entscheides wird auch in den Gesetzes-materialien betont (vgl. BBL 1994 V 948 f.). Ein Nichteintreten hat insoweit insbesondere dort Bedeutung, wo die nicht wahrgenommene Mitwirkungspflicht eine Eintretensvoraussetzung betrifft (vgl. Kieser, *Verwaltungsverfahren*, Rz. 229); hingegen ist diese Sanktion nicht zulässig, wo der Sachverhalt auch ohne Mitwirkung der Partei sich ohne Schwierigkeiten und ohne besonderer Aufwand abklären lässt (vgl. SVR 2000 IV Nr. 23). Allemal ist zu berücksichtigen, dass die für die Partei "günstigere Variante" zu wählen ist (vgl. BGE 108 V 231 f.) (...). Wird gegen den betreffenden Entscheid des Versicherungsträgers ein Rechtsmittel eingelegt, ist im Rahmen der Überprüfung desselben vorfrageweise zu klären, ob die Mitwirkung, die verlangt wurde, rechtmässig war oder nicht (vgl. SVR 1998 UV Nr. 1)". Le sentenze dell'Alta Corte del 23 gennaio 2007 (I 906/05, consid. 5.4 e 6) e del 6 luglio 2007 (U 316/06, consid. 3.1.1) riprendono la succitata giurisprudenza del 2003 del Tribunale Federale delle Assicurazioni riguardante l'art. 43 cpv. 3 LPGA e la completano ulteriormente come segue: " (...) 5.4 (...) Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF 108 V 229 consid. 2 p. 230; voir également, Ueli Kieser, *ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000*, Zurich 2003, n. 41 ad art. 43; Kölz/ Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème édition 1998, ch. 275; Ueli Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurich 1999, no 229, p. 108 s.; Alfred Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungs-recht*, p. 256; Gabriela Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Fribourg 1999, p. 210). 6. Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 214/01

du 25 octobre 2001, consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante. En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007, consid. 6, U 489/00 du 31 août 2001, consid. 2b et I 214/01 du 25 octobre 2001, consid. 3 et les références). Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation. (...)" (sottolineature della redattrice) Nella STF 8C\_417/2008 del 28 ottobre 2008, al considerando 6.2 il Tribunale federale ha ribadito che riguardo all'art. 43 LPGA, la giurisprudenza ha precisato che, malgrado la mancata collaborazione dell'assicurato, l'assicuratore può pronunciarsi in base agli atti solo se non è altrimenti possibile accertare i fatti rilevanti senza difficoltà né complicazioni speciali. L'Alta Corte ha in particolare statuito che l'amministrazione, confrontata con un rifiuto dell'assicurato di sottoporsi a nuova perizia medica pluridisciplinare, avrebbe dovuto tentare di chiarire la situazione cercando di raccogliere dapprima presso i primi esperti dei complementi d'informazione. A questo stadio, non era quindi autorizzata a pronunciare una decisione fondandosi sugli atti incompleti dell'incarto (STFA I 700/02 del 24 giugno 2003, consid. 2.2 e 3.3; cfr. anche STF 9C\_553/2016 consid. 2.1; Kieser, op. cit, n. 110 all'art. 43; Schiavi, op. cit, all'art. 43 n. 35 pag. 555). Nella STF 9C\_553/2016 del 17 novembre 2016 il TF ha sottolineato: " 2.1. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken (Art. 28 Abs. 1 ATSG). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Ergänzungsleistungen beanspruchen, den Auskunft- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann die EL-Durchführungsstelle auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Sie muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG i.V.m. Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 ELG). Von der Möglichkeit, auf ein Leistungsgesuch nicht einzutreten, ist nur mit grösster Zurückhaltung Gebrauch zu machen ( BGE 131 V 42 E. 3 S. 47 mit Hinweisen). Nichteintreten kommt erst in Betracht, wenn eine materielle Beurteilung des Leistungsbegehrens auf Grund der gesamten Aktenlage ohne Mitwirkung der Partei ausgeschlossen ist. Umgekehrt kann ein materieller Entscheid aufgrund der Akten erst ergehen, wenn sich der rechtserhebliche Sachverhalt unabhängig von der als notwendig und zumutbar erachteten Abklärungsmassnahme, der sich die versicherte Person ohne entschuldbaren Grund widersetzt hat, nicht weiter vervollständigen lässt (Urteil 9C\_266/2012 vom 29. August 2012 E. 1.1)." Secondo Kieser, sempre in

ATSG-Kommentar, n. 103 ad art. 43, pag. 780: " d) Die Verletzung der Auskunfts- oder Mitwirkungspflicht ist nur relevant, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt. Es muss sich mithin jedenfalls um eine schuldhaft Verletzung handeln (vgl. BBl 1991 II 261). Eine solche Verletzung kann angenommen werden, wenn das Verhalten der Person nicht mehr nachvollziehbar sein darf, was etwa dann gegeben ist, wenn ein Rechtfertigungsgrund nicht einmal ansatzweise erkennbar ist oder wenn das Verhalten schlechthin unverständlich ist. Damit setzt die Bestimmung höhere Voraussetzungen fest, als sie etwa nach Art. 13 Abs. 2 VwVG gelten." A proposito del carattere ingiustificato del rifiuto commesso da un assicurato, con sentenza del 1. settembre 2006 (I 371/05) l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha rilevato: " (...) 6.2 Die Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflicht ist nur relevant, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt (Art. 43 Abs. 3 Satz 1 ATSG (vgl. Erw. 4.1 hievor; BBl 1991 II 261; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 43 Rz 39). Dies trifft nicht zu, wenn sich die versicherte Person aus psychogenen Gründen, die Krankheitswert haben, weigert, zu einer angeordneten Massnahme Hand zu bieten (EVGE 1962 S. 45 Erw. 2; Urteile C. vom 7. Dezember 2005 Erw. 3.3.2, I 124/05, und S. vom 29. August 2003 Erw. 1.3, I 21/03). Die Problematik, ob dem Versicherten eine Begutachtung durch Dr. med. H. aus psychischen Gründen unzumutbar ist, wurde von der IV-Stelle nicht geprüft, da dies vor Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2004 noch nicht vorgebracht wurde. Die Sache ist somit an die IV-Stelle zu überweisen, damit sie hierüber befinde. (...)" . Ed ancora, il 30 gennaio 2007 (I 166/06) si è così pronunciato: " 5.1 Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 3 ATSG liegt eine Verletzung der Mitwirkungspflicht nur dann vor, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt ist. Sie muss somit schuldhaft sein (vgl. auch Art. 73 IVV). Dies ist dann der Fall, wenn kein Rechtfertigungsgrund erkennbar ist oder sich das Verhalten der versicherten Person als völlig unverständlich erweist (Kieser, ATSG-Kommentar, N 39 zu Art. 43). (...)" . Nella sentenza U 48/07 del 6 novembre 2007 il ricorrente si era rifiutato di sottoporsi ad una perizia medica pluridisciplinare ordinata dal giudice, motivando di avere rifiutato di sottoporsi a questa misura d ' accertamento quando è stata ordinata dall ' assicuratore, perché aveva perso la fiducia in quest ' ultimo. Il Tribunale federale ha ritenuto che un tale motivo non scusava il rifiuto dell ' assicurato di sottoporsi ad una perizia medica necessaria per l ' apprezzamento del suo caso, dato che le parti potevano, se caso, far valere, presso l ' assicuratore, fondati motivi per ricusare il perito e presentare delle controproposte (art.

#### **E. 44**

LPGA). Pertanto, l ' assicuratore era legittimato a decidere sulla scorta degli atti (cfr. consid. 4.3). Va ancora evidenziato che la sanzione presa in applicazione dell'art. 43 cpv. 3 LPGA deve essere proporzionata (STF 9C\_244/2016 del 16 gennaio 2017). Quando la persona assicurata decide di collaborare, la sanzione può concernere unicamente il lasso di tempo durante il quale la collaborazione è stata rifiutata. Se l'assicurato collabora, non vi è più alcun nesso causale e la prestazione va di principio ripristinata (DTF 139 V 585 consid. 6.3.7.5 e STF 9C\_244/2016 del 16 gennaio 2017). Tuttavia se la persona assicurata prima dell'emissione della decisione impugnata (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 129 V 1 consid. 1.2 cui rinvia la STF 9C\_244/2018 del 30 maggio 2018, consid. 4.2.2), non ha espressamente e senza alcuna condizione accettato di collaborare, non ha più alcun diritto a che la prestazione sia ancora versata (STF 9C\_244/2016 del 16 gennaio 2017). Non fosse così sarebbe la persona assicurata a decidere la continuazione della durata del versamento della prestazione (sentenza 9C\_244/2016 del 16 gennaio 2017: " Andernfalls hätte es der Versicherte in der

Hand, die Dauer der Rentenzahlungen zu verlängern"). Quando l'assicurato impedisce colpevolmente all'amministrazione di amministrare le prove necessarie, vi è un'inversione dell'onere probatorio e spetta all'assicurato stabilire che il suo stato di salute, o altre circostanze determinanti, non hanno subito modifiche suscettibili di cambiare il grado d'invalidità da lui presentato (STF 9C\_372/2015 del 19 febbraio 2016; cfr. anche 9C\_477/2018 del 28 agosto 2018 e STCA 32.2020.54 del 22 ottobre 2020). 2.6.

Nell'evenienza concreta, mediante decisione dell'Ufficio AI del 6 gennaio 2011 l'Ufficio AI ha riconosciuto a RI 1 una rendita intera d'invalidità dal 1. febbraio 2010 (versatagli dal 1. maggio 2010) essendo egli stato ritenuto inabile in misura completa dal febbraio 2009 (doc. AI pag. 72). Il provvedimento era stata reso dopo l'effettuazione dei necessari accertamenti medici ed economici, inclusa una perizia psichiatrica eseguita il 10 giugno 2010 dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR, per il quale, posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " Tratti di personalità impulsivi, istrionici, immaturi ", l'assicurato era inabile in misura completa nella sua professione di analista informatico dal febbraio 2009 al 10 giugno 2010 (doc. AI pag. 58). Considerato poi come gli psichiatri curanti avevano escluso ogni possibilità reintegrativa, l'Ufficio AI aveva attribuito all'assicurato una rendita intera. Tale prestazione è stata confermata dopo revisione mediante comunicazione dell'11 ottobre 2012 (doc. AI pag. 114). In questa sede era emerso che l'assicurato, affetto da " Disturbo di personalità misto (prevalenti tratti narcisistici e impulsivi) ICD10: F61.0, Sindrome di dipendenza da sostanze psicoattive multiple o altre sostanze psicoattive ICD10: F19.2" , aveva subito un ricovero coatto in clinica psichiatrica dal 22 aprile al 26 giugno 2012. Secondo il dr. \_\_\_\_\_ del SMR la conclusione di inabilità lavorativa completa posta dagli psichiatri curanti era condivisibile (doc. AI pag. 116). In seguito, l'assicurato, nel frattempo anche oggetto di un procedimento penale, con misura di arresto, per titolo di trascuranza degli obblighi di mantenimento nei confronti dei figli (doc. AI pag. 123), è risultato irreperibile e la Cassa di compensazione competente si è vista costretta a sospendere il versamento della rendita con effetto a partire dal 1. gennaio 2014 e delle rendite complete per le figlie dal 1. settembre 2014 (doc. AI pag. 118). Con nota all'incarto del 20 aprile 2018 la funzionaria dell'Ufficio AI ha indicato quanto segue: " In data odierna sono stata contattata telefonicamente dalla Signora \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (procura inserita agli atti) al quale l'assicurato si è rivolto per un aiuto nell'ambito della gestione amministrativa. Per il caso in oggetto infatti, la \_\_\_\_\_ aveva sospeso il versamento della rendita dal 01.01.2014 e le complete per i figli dal 01.09.2014 in quanto l'assicurato risultava irreperibile. La Signora \_\_\_\_\_ mi comunica che il Signor RI 1 in questo lungo lasso di tempo, ha tirato avanti grazie ad una piccola eredità. Allo stato attuale l'assicurato si trova in grosse difficoltà finanziarie e non ha neppure la cassa malati (Lamal), depositerà a breve una richiesta di prestazioni assistenziali. Ritenuto il lungo tempo trascorso, ho consigliato alla Signora \_\_\_\_\_ di far depositare al più presto una nuova richiesta di prestazioni Al Signor RI 1. Dopo gli accertamenti medici ed economici del caso, se dovesse ancora essere giustificata una rendita intera, quest'ultima potrà essere ripristinata al più presto a decorrere dall'01.04.2018 (ovvero da quando l'assicurato ha ripreso a collaborare - cfr. mail del Signor RI 1 del 17.04.2018)." (doc. AI pag. 147) L'assicurato ha quindi fatto pervenire il formulario per una nuova richiesta di prestazioni nell'aprile 2021, indicante il nuovo indirizzo a \_\_\_\_\_, ma con attuale luogo di residenza la \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (nдр: trattasi di un centro di prima accoglienza destinato a persone con problemi di alloggio, o che vivono in grande precarietà, in situazioni a rischio, o che attraversano momenti difficili

della vita; cfr. [https://\\_\\_\\_\\_\\_](https://_____); doc. AI pag. 160). Con nota interna del 12 aprile 2021 il funzionario dell'Ufficio AI ha quindi ritenuto giustificata l'entrata in materia, precisando che " Si può istruire la pratica come da prassi. Indirizzo di corrispondenza come da formulario ufficiale. In assenza di certezze sull'indirizzo effettivo di domicilio, manterremo quello attuale. Eventuale ripristino della prestazione, dopo istruttoria, da valutare col servizio giuridico " (doc. AI pag. 155). Con scritto 15 aprile 2021 l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento (USSI) ha comunicato all'Ufficio AI che all'assicurato erano concesse prestazioni di sostegno sociale da ottobre 2020 (doc. AI pag. 171). Il 19 aprile 2021 l'Ufficio AI ha quindi indirizzato all'assicurato, presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, uno scritto del seguente tenore: " Egregio Signor RI 1, Ci pregiamo confermarle di aver ricevuto la richiesta di prestazioni. L'Ufficio AI emanerà una decisione in merito al caso non appena saranno terminati gli accertamenti necessari, che richiedono un certo tempo. Le saremmo grati di voler pazientare durante questo lasso di tempo. Nel caso in cui dovesse comunque scriverci, la preghiamo di indicare ogni volta il numero d'assicurato citato nell'instestazione. Se una Cassa malati, un'Assicurazione contro gli infortuni o l'Assicurazione militare versa delle prestazioni, la preghiamo di informarla di aver presentato una richiesta all'AI. La preghiamo di osservare l'obbligo di informare! Se con la sua domanda richiede l'assegnazione di una rendita, la invitiamo ad annunciare immediatamente all'Ufficio AI ogni futura modifica dell'attività lucrativa, soprattutto quando si tratta della ripresa completa o parziale del lavoro. A complemento della domanda la invitiamo a trasmetterci, con sollecitudine: Copia della sentenza di divorzio compresa di convenzione alimentare; Copia certificato di famiglia oppure copia documenti d'identità dei figli; Copia della decisione rilasciata dall'ufficio del sostegno sociale di Bellinzona (USSI). " (doc. AI pag. 172) In pari data ha inviato all'assicurato il formulario "curriculum vitae" assegnandogli un termine di 15 giorni per compilarlo e ritornarlo (doc. AI pag. 173). Nel frattempo l'Ufficio AI si è rivolto al dr. \_\_\_\_\_, internista e già curante dell'assicurato, il quale ha comunicato di non aver più in cura l'assicurato (doc. AI pag. 186). Ha quindi interpellato anche il dr. \_\_\_\_\_, psichiatra curante, il quale, con rapporto del 18 maggio 2021, poste le diagnosi invalidanti di " ICD10: F10.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool: sindrome da dipendenza ", ha concluso per un'inabilità lavorativa completa in ogni attività a causa di " evidente fragilità e un'instabilità marcata, incompatibili al momento con una ripresa lavorativa ", con prognosi negativa (doc. AI pag. 190). Non avendo l'assicurato dato seguito a quanto richiesto (ossia inviato la documentazione richiesta con gli scritti del 19 aprile 2021, doc. AI pag. 172 e 173), malgrado l'invio di due richiami il 10 e 25 maggio 2021, con due raccomandate del 30 giugno 2021 (indirizzate all'assicurato sempre presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_; doc. AI pag. 196) l'Ufficio AI ha scritto quanto segue all'assicurato: " Al fine di istruire la pratica assicurativa con lettera del 19 aprile 2021 le abbiamo richiesto copia: - della sentenza di divorzio compresa di convenzione alimentare - del certificato di famiglia oppure dei documenti d'identità dei figli - della decisione rilasciata dall'Ufficio del sostegno sociale di Bellinzona (USSI). Malgrado i nostri ripetuti richiami constatiamo che la nostra lettera è tuttora inevasa. Conformemente all'art. 28 della Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) l'assicurato e i suoi congiunti devono collaborare gratuitamente all'esecuzione delle varie leggi d'assicurazione sociale. Colui che rivendica prestazioni assicurative deve fornire gratuitamente tutte le informazioni necessarie per accertare i suoi diritti e per stabilire le prestazioni assicurative. Se l'assicurato senza validi motivi si rifiuta di fornire le informazioni necessarie per l'accertamento al diritto alle

prestazioni l'Ufficio AI può pronunciarsi sugli atti acquisiti all'incarto o emanare una decisione di non entrata in materia (art. 43, cpv. 3, LPGa). Eventuali prestazioni correnti possono inoltre essere ridotte oppure rifiutate (art. 7b, cpv. 2, lett. d, LAI). Con questa diffida le assegniamo un ultimo termine di 15 giorni per produrre la documentazione o fornire le informazioni richieste; in caso contrario decideremo sulla scorta delle norme sovraesposte.” (doc. AI pag. 197) In data 31 agosto 2021 l'Ufficio AI ha inviato, per posta semplice, i recenti scritti anche al nuovo indirizzo dell'assicurato in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (doc. AI pag. 200). Con progetto di decisione del 4 ottobre 2021 (doc. AI pag. 203) l'Ufficio AI ha quindi respinto la richiesta di prestazioni per mancata collaborazione (doc. AI pag. 204). Nel termine di 30 giorni concesso, l'assicurato non ha formulato delle osservazioni e quindi il 10 novembre 2021 l'Ufficio AI ha emesso la decisione contestata che confermava la reiezione della richiesta di prestazioni per mancata collaborazione, considerato come “in fase d'istruttoria documentale le abbiamo trasmesso due corrispondenze in data 19.04.2021 che, nonostante i reiterati richiami e le raccomandate del 30.06.2021, non hanno ricevuto alcun riscontro da parte sua” . Con il suo ricorso l'assicurato ha fatto valere quanto segue: “ (...) Ia presente per interporre ricorso alla decisione del 10 novembre 2021 dell'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità, nella quale viene respinta la mia richiesta e rifiutato il diritto a prestazioni AI per mancata collaborazione. Ho presentato richiesta di prestazioni AI in data 12.04.2021. Effettivamente ho tardato ad inviare la documentazione richiesta in aprile e in giugno 2021, in quanto in quel periodo mi trovavo in una situazione disagiata. A seguito di un incendio avvenuto nel mio palazzo l'anno scorso, ho vissuto per molti mesi presso \_\_\_\_\_ per poi riuscire a trasferirmi, solo ad inizio giugno 2021, nel mio attuale appartamento di \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Per molti mesi non ho avuto accesso ai documenti che, insieme a tutti i miei effetti personali, erano stati depositati in un magazzino. Non riuscendo a reperire nell'immediato quanto richiestomi (certificato di famiglia e sentenza di divorzio), ho provveduto a richiedere una copia. Ho per correttezza preso contatto telefonicamente con il signor \_\_\_\_\_ in data 28 maggio 2021 e ancora l'11 agosto 2021, informandolo del ritardo e assicurando che avrei provveduto a fornire i documenti mancanti, i quali sono stati successivamente inviati il 31 agosto 2021 (con comunicazione telefonica dell'avvenuto invio). Provvederò a trasmettere nuovamente i documenti all'Ufficio invalidità oggi stesso; sono consapevole della mia negligenza relativa alla raccomandata del 4 ottobre 2021 che ho purtroppo ritirato in ritardo. Sarà mia premura in futuro essere maggiormente attento e puntuale nel trasmettere tutto ciò che mi viene richiesto. Sicuramente la situazione di disagio che si è venuta a creare a seguito dell'incendio nella mia palazzina e che mi ha costretto a vivere per mesi in un centro di accoglienza, ha influenzato negativamente anche sulla precisione nell'espletare le pratiche amministrative. Confidando nella vostra comprensione, resto a completa disposizione per eventuali ulteriori informazioni e porgo cordiali saluti.” (doc. I) 2.7. Tutto ben ponderato, alla luce dello svolgimento dei fatti dianzi riassunto, la decisione contestata non appare corretta e rispettosa dei dettami della procedura così come interpretati dalla giurisprudenza federale. In effetti l'Ufficio AI, constatato il mancato invio da parte dell'assicurato della documentazione richiesta (ovvero copia della sentenza di divorzio comprensiva di convenzione alimentare, del certificato di famiglia oppure dei documenti d'identità dei figli e della decisione rilasciata dall'Ufficio del sostegno sociale di Bellinzona così come il formulario sul curriculum vitae compilato), non ha reso una decisione di non entrata in materia, ma ha respinto nel merito la richiesta di prestazioni, sancendo il mancato diritto a prestazioni AI “per mancata collaborazione”. Ora, come ricordato sopra (consid.

2.4 e 2.5), giusta il citato art. 43 cpv. 3 LPGA, se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informazione o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia. La norma citata prevede quindi solo due possibili sanzioni: l'assicuratore può decidere in base agli atti di cui dispone oppure può chiudere l'istruttoria e decidere di non entrare in materia sulla richiesta di prestazioni. La scelta dell'una o dell'altra opzione dipende dalle circostanze specifiche del caso, ritenuto che nel dubbio va scelta la variante più favorevole all'assicurato (RCC 1983 pagg. 525 e 528, 1978 pag. 476). Del resto, la sospensione delle prestazioni in caso di violazione dell'obbligo di collaborare presuppone che le informazioni chieste invano siano necessarie per l'accertamento della situazione o per la fissazione delle prestazioni, che non si possano ottenere in altro modo senza costi sproporzionati e che le informazioni che l'assicurato ha rifiutato di fornire violando intenzionalmente l'obbligo di collaborare siano rilevanti per la determinazione del grado d'invalidità (cifra marginale 7014 CIGI con riferimento a DTF 9C\_345/2007). Come dianzi ricordato, secondo la giurisprudenza a proposito dell'art. 43 cpv. 3 LPGA, l'assicuratore può pronunciarsi in base agli atti o rifiutarsi di entrare nel merito (la scelta dell'una o dell'altra variante dipende dallo stato di avanzamento della causa), soltanto se non gli è possibile di chiarire le questioni di fatto ancora aperte senza particolari difficoltà o complicazione o costi particolari anche senza la collaborazione dell'assicurato (cfr. DTF 108 V 231 ss, 97 V 177; cfr. anche D TF 9C\_763/2016 del 9 ottobre 2017; cfr. anche la cifra 7013 della CIGI ). In particolare, una decisione materiale in base agli atti può essere pronunciata solo quando la fattispecie rilevante giuridicamente non si può acclarare ulteriormente e in misura sufficiente, senza eccessive difficoltà, segnatamente mediante complementi di informazione ordinati dall'amministrazione medesima, malgrado la mancata e ingiustificata collaborazione dell'assicurato (e dopo averlo diffidato per iscritto, avvertendolo delle conseguenze giuridiche e impartendogli un adeguato termine di riflessione) (cfr. anche le STF 9C\_553/2016 del 17 novembre 2016 e 8 C\_417/2008 del 28 ottobre 2008 consid. 6.2; cfr. anche Schiavi, op. cit. all'art. 43 n. 35). La sanzione presa in applicazione dell'art. 43 cpv. 3 LPGA deve inoltre essere proporzionata (STF 9C\_244/2016 del 16 gennaio 2017). Nell'applicare una delle sanzioni previste dall'art. 43 LPGA, il comportamento dell'assicurato può quindi venir sanzionato soltanto quando l'assicuratore ha fatto, parallelamente, tutto il possibile per formare un dossier il più completo possibile. Non è infatti ammissibile scaricare sull'assicurato le misure istruttorie che il suo dovere di istruire d'ufficio i fatti determinanti gli impone di prendere. Ne discende che anche l'attitudine passiva rispettivamente anche il rifiuto di collaborare della persona assicurata non comportano necessariamente un pregiudizio, e meglio nella misura in cui l'assicuratore sarebbe in grado di fondarsi su elementi dell'incarto diversi da quelli che aveva richiesto all'assicurato rispettivamente qualora, senza passi eccessivamente complicati, avrebbe potuto o potrebbe ottenere altrimenti le informazioni che gli mancano (Piguet, op. cit., all'art. 43 n. 52 e 53). In effetti, conformemente al dianzi richiamato principio inquisitorio, incombe primariamente all'amministrazione di determinare, in base allo stato dei fatti da chiarire, quali sono le più opportune misure istruttorie da mettere in pratica, ritenuto che “ se elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction“ (cfr. STFA U

316/06 del 6 luglio 2007 consid. 3.1.1). Per venire alla fattispecie qui in oggetto, vista la giurisprudenza menzionata sopra, l'Ufficio AI, confrontato con il mancato invio, da parte dell'assicurato, dei documenti richiesti (ovvero copia della sentenza di divorzio, del certificato di famiglia o dei documenti d'identità dei figli e della decisione rilasciata dall'USSI), avrebbe potuto e dovuto, a mente di questo TCA, tentare di acquisire i dati richiesti direttamente, segnatamente richiedendoli presso l'USSI - il quale eroga all'assicurato prestazioni di sostegno sociale almeno a far tempo dal mese di ottobre 2020, come si evince dallo scritto inviato dal medesimo USSI all'Ufficio AI il 15 aprile 2021; doc. AI pag. 171 - o presso la Cassa di compensazione (cfr. l'art. 43 cpv. 1 LPGA in relazione all'art. 28 cpv. 3 LPGA, all'art. 32 LPGA (Assistenza giudiziaria e amministrativa) e agli art. 6 a LAI e art. 69 OAI), o ancora, presso i responsabili del \_\_\_\_\_ che già avevano preso contatto con l'Ufficio AI (doc. AI pag. 147) o eventualmente anche tramite lo psichiatra curante. Avrebbe pure potuto tentare di convocare l'assicurato per un colloquio (art. 69 OAI). Dall'incarto si evince tra l'altro come l'USSI avesse nel luglio 2015 provveduto ad acquisire dall'assicurato parte dei documenti richiesti dall'Ufficio AI (doc. AI pag. 129). Tali passi istruttori non avrebbero in effetti presentato particolari difficoltà o complicazioni. Sia peraltro sottolineato che la sanzione dell'amministrazione, consistente nel rigetto della richiesta di prestazioni, appare in ogni modo a maggior ragione affrettata e non condivisibile ove si osservi che la documentazione richiesta e non prodotta dall'assicurato non riguarda l'accertamento del suo stato di salute e della sua abilità lavorativa e, quindi, i presupposti materiali del diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.3), ma questioni meramente formali tutt'al più rilevanti solo in fase di calcolo della prestazione dovuta. In merito sia ricordato che una decisione in base agli atti giusta l'art. 43 LPGA si giustifica unicamente in presenza di una mancata collaborazione dell'assicurato riferita all'accertamento di fatti rilevanti per la definizione della situazione, segnatamente del grado di invalidità o per la fissazione delle prestazioni (cfr. STF 8C\_417/2008 del 28 ottobre 2008; cfr. anche la cifra marginale 7014 CIGI con riferimento a STF 9C\_345/2007), circostanza questa che difficilmente appare verificarsi nella fattispecie con il mancato invio della sentenza di divorzio, del certificato di famiglia rispettivamente della decisione dell'USSI. Va peraltro osservato che numerose indicazioni utili, in particolare riguardo alla sua attività lavorativa (cessata in modo definitivo nel febbraio 2009), sono comunque evincibili dalla documentazione all'inserto, essendo invariate successivamente alla revisione della prestazione dell'ottobre 2012. Quanto in particolare ai dati rilevanti evincibili dal richiesto curriculum vitae, gli stessi potevano essere desunti dal curriculum vitae compilato dall'assicurato nel dicembre 2009 (doc. AI pag. 16segg), considerato come dalla documentazione all'inserto risulta appunto in maniera chiara che successivamente al febbraio 2009 egli non ha più esercitato alcuna attività lavorativa, fatta eccezione per una breve esperienza (comunque non retribuita) quale allenatore di pallacanestro nel 2012 (doc. AI pag. 35, 37, 62, 163). In ogni modo, soltanto qualora siffatte ricerche di chiarimento non avessero portato a delucidare i dati mancanti, di fronte ad una ulteriore reiterata mancata collaborazione da parte dell'assicurato l'amministrazione sarebbe tutt'al più stata autorizzata a rendere una decisione materiale fondandosi sugli atti incompleti. Tuttavia, a maggior ragione non condivisibile appare l'agire dell'amministrazione ove si considera che essa, malgrado la formulazione della decisione impugnata - che nega espressamente il diritto a prestazioni AI -, non si è pronunciata nel merito della richiesta, apprezzando gli atti, ma ha essenzialmente pronunciato una sanzione contro l'assicurato per la sua mancata collaborazione. Tale modo

di procedere appare ingiustificabile, ove si rammenti che per la giurisprudenza, nel momento in cui l'assicuratore si pronuncia in base agli atti, non può accontentarsi di esaminare la situazione sotto l'angolo del solo rifiuto di collaborazione della persona assicurata, ma deve procedere ad un apprezzamento materiale del caso alla luce degli atti all'inserto (STF 9C\_961/2008 del 30 novembre 2009 e STFA I 988/06 del 28 marzo 2007 consid. 7 pubbl. in SVR 2007 IV n. 48 pag. 156; cfr. Piguet, op. cit., all'art. 43 n. 54). Di un apprezzamento materiale del caso non vi è traccia nella fattispecie, e questo malgrado l'Ufficio AI avesse interpellato lo psichiatra curante, il quale, nel rapporto medico del 18 maggio 2021, ha senza esitazione confermato una completa inabilità lavorativa e le già note diagnosi psichiatriche di “ ICD10: F10.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool: sindrome da dipendenza ” (doc. AI pag. 190). Considerato come l'attore era già stato messo al beneficio di una rendita intera a motivo delle sue problematiche psichiche a far tempo dal 1. febbraio 2010 (prestazione confermata nell'ottobre 2012; doc. AI pag. 71 e 114), e che l'erogazione della stessa prestazione era quindi stata sospesa a far tempo dal gennaio 2014 non perché le condizioni dell'assicurato fossero migliorate, ma esclusivamente perché egli era risultato irreperibile, e rilevato come il recente rapporto dello psichiatra curante ha confermato le conclusioni di inabilità completa, e visto pure che la mancata collaborazione dell'assicurato fosse riferita a degli aspetti formali e non al tema dell'accertamento della sua abilità medico-teorica, la reiezione della domanda di prestazioni appare una sanzione non proporzionata ai sensi dell'art. 43 LPGa (cfr. STF 9C\_244/2016 del 16 gennaio 2017). Una decisione nel merito nella fattispecie, sulla base degli atti all'inserto, e, quindi, dell'unica certificazione medica acquisita, avrebbe semmai suggerito il ripristino della rendita erogata. Sia ancora osservato che dall'esame dell'incarto emerge una situazione di chiara difficoltà per l'assicurato nella gestione delle proprie pratiche amministrative, verosimilmente da ricondurre al suo disagio psichico. Non può in proposito essere ignorato che all'assicurato è stata sospesa la rendita intera d'invalidità dal gennaio 2014 in considerazione della sua irreperibilità. La difficoltà nella gestione delle proprie pratiche amministrative è stata del resto segnalata all'Ufficio AI anche dai responsabili del \_\_\_\_\_, al quale l'interessato si era rivolto “ per un aiuto nell'ambito della gestione amministrativa”, come ben si evince dalla nota per l'incarto allestita il 20 aprile 2018 (doc. AI pag. 147, cfr. in esteso al consid. 2.6). Aperto il tema di sapere se tali indiscusse difficoltà dell'assicurato, riconducibili alle affezioni psichiche, possano far persino apparire dubbio il carattere ingiustificato della mancata collaborazione da lui dimostrata ai sensi dell'art. 43 cpv. 3 LPGa, rendendola quindi scusabile (sul tema della mancata collaborazione dell'assicurato per motivi psichici o somatici cfr. Schiavi, op. cit., all'art. 43 n. 32segg. e Piotet, op. cit. all'art. 43 n. 51), esse avrebbero quantomeno dovuto suggerire un diverso approccio nell'evasione della richiesta di prestazioni, non da ultimo anche in forza del già menzionato principio della proporzionalità. A maggior ragione ove nella fattispecie l'assicurato non ha peraltro esplicitato alcun rifiuto a produrre i documenti richiesti, ma si è “limitato” a restare silente di fronte alle richieste inoltrategli. I motivi della mancata collaborazione sono stati descritti dal ricorrente nel suo gravame e gli stessi, benché non comprovati, sembrano quantomeno comprovare una chiara difficoltà nel gestire le pratiche amministrative. Di conseguenza, stanti le considerazioni che precedono, d'avviso della scrivente Corte, l'Ufficio assicurazione invalidità ha violato l'art. 43 cpv. 3 LPGa, poiché prima di procedere con la decisione di rifiuto della domanda di prestazioni del ricorrente, avrebbe potuto e dovuto, invece, completare l'istruttoria ed esaminare nel merito il diritto a prestazioni (cfr. STFA I 700/02 del 24 giugno 2003). Occorre quindi annullare la

decisione contestata e rinviare la causa all'amministrazione affinché proceda a completare gli atti mettendo in atto gli accertamenti più opportuni al fine di chiarire non solo gli aspetti formali, ma soprattutto quale sia l'effettivo stato di salute dell'assicurato e le conseguenti ripercussioni dello stesso sulla sua capacità lavorativa. Questa conclusione tiene in opportuna considerazione anche le giustificazioni al mancato invio di quanto richiesto apportate dal ricorrente, oltre che la palesata sua buona volontà di giungere alla definizione delle proprie condizioni di salute e delle conseguenze che esse comportano sulla sua capacità lavorativa e di guadagno. In proposito si ricorda nuovamente al ricorrente il già richiamato (cfr. consid. 2.2) dovere di collaborare all'istruzione della causa, il quale comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare, nella misura in cui ciò possa essere ragionevolmente essere richiesto, le prove determinate dalla natura del litigio e dei fatti invocati (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti). Visto anche che nel suo ricorso l'assicurato ha manifestato la propria volontà di ottemperare al suo obbligo di informazione, presentando i documenti a suo tempo richiesti dall'Ufficio AI, lo si invita a procedervi senza ulteriori dilazioni. Come a ragione ha affermato l'amministrazione nella sua risposta di causa, appare inoltre consigliabile che il ricorrente nomini una persona o un ente di riferimento che lo tuteli e lo coadiuvi nell'amministrazione delle sue pratiche amministrative. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 82a 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'Ufficio AI.

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