

TI_GERICHTE 32.2023.128 vom 16. Oktober 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-10-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.128

FR: TI_GERICHTE 32.2023.128 du 16 octobre 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.128 del 16 ottobre 2023

Erwägungen

E. 1

LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche all'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.4. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF

113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 , 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser , *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.5. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente

da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche *Pratique VSI 2001* pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione , a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludentza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/ 2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni

all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid.).

E. 4.4

pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher , Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve

avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un'esa me complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle

prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.7. Nel caso di specie, con decisione del 24 dicembre 2021, l'Ufficio assicurazione invalidità ha posto RI 1, nata nel 1991, al beneficio di una rendita intera (grado d'invalidità dell'82%), dal 1° aprile 2017. Contestualmente l'ha affidata a volersi sottoporre ad una terapia farmacologica neurolettica, di concerto con un riallenamento ergoterapico. La decisione è stata presa in base alle risultanze mediche emerse dalla perizia pluridisciplinare del _____ (internistica: dr.ssa med. _____, specialista medicina interna generale; reumatologica: dr. med. _____, FMH reumatologia; psichiatrica: dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia), redatta il 5 maggio 2021 (pag. 216 e seguenti incarto AI). I periti hanno posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome schizotipica (ICD-10 F21) in funzionamento intellettivo ai limiti inferiori della norma (QI tot. 77), oltre a numerose altre diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa (pag. 258 incarto AI). Dal consulto psichiatrico della dr.ssa med. _____ è emerso: " (...) In data 30.11.2020 si è svolto un colloquio telefonico con lo psichiatra curante Dr. med. _____. Parla di un'alleanza terapeutica costruita nel corso degli anni e focalizzata soprattutto sul favorire un distanziamento critico rispetto alle molteplici relazioni disfunzionali. Ha provato sul piano farmacologico ad introdurre della Quetiapina, ma senza successo, vista la totale assenza di critica e la marcata diffidenza. Riporta di avere in passato indicato un'inabilità lavorativa parziale in quanto l'assicurata ha sempre insistito su un inserimento lavorativo, pur essendo di fatto priva delle necessarie risorse. Concorda sull'opportunità di altri tentativi farmacologici da effettuarsi con l'ulteriore consolidamento della relazione terapeutica. Si comunica anche l'indicazione ad una curatela amministrativa. Nella discussione la Dr.ssa med. _____ ritiene che ci si confronta con una biografia caratterizzata da precoci disturbi dell'attaccamento (verosimile contesto familiare problematico, allontanamento delle figure genitoriali), difficoltà nell'acquisizione del linguaggio ed in seguito disfunzionamento sul piano socio-relazionale e professionale. Presenta deficit metacognitivi, sia nell'interpretare correttamente gli stimoli provenienti dal mondo esterno che l'impatto dei propri comportamenti sugli altri, fatica a riconoscere, gestire e contenere l'emotività negativa, ipersensibile alle invalidazioni-frustrazioni, reagisce con massicce difese proiettive che conducono a vere proprie distorsioni nell'interpretazione dinamica degli eventi. È presente

ansia relazionale (accentuata da alcune difficoltà di espressione linguistica, di cui è consapevole), diffidenza per la difficoltà ad interpretare le intenzioni altrui e, al contempo, forti bisogni di accettazione da parte dell'altro di cui, senza comprendere a pieno le intenzioni e le motivazioni, ricerca spasmodicamente la vicinanza instaurando relazioni disfunzionali di dipendenza. Per un adeguamento al contesto relazionale, per un periodo, ha abusato di sostanze senza però sviluppare una duratura dipendenza. Il funzionamento interpersonale deficitario, l'ansia sociale, l'ideazione paranoide, le distorsioni cognitive con assente insight, l'emotività inappropriata sono aspetti stabili e di pervasività tale da soddisfare i criteri per la diagnosi di sindrome schizotipica (ICD-10 F 21). Alcuni elementi agli atti, suggeriscono l'esistenza di aspetti deficitari per cui è stato richiesto sia un Rorschach che una WAIS. Il proiettivo ha confermato una integrazione identitaria precaria compatibile con l'ipotesi diagnosticata di una struttura psicotica di personalità. Per ciò che concerne la WAIS, il funzionamento intellettuale è disomogeneo con limiti significativi in ambito verbale (QI verbale=66) che confermano scarse competenze nel comprendere, elaborare e organizzare informazioni presentate in forma verbale. Invece le competenze legate a prestazioni pratiche che comportano comprensione e organizzazione di materiale da elaborare in forma percettiva e motoria sono migliori (QI performance=93). Il QI totale di 77 si colloca nella media inferiore ma ancora entro il range di normalità. Tuttavia, basandosi sulle descrizioni del DSM 5 relative al funzionamento adattivo (che determina il livello di assistenza richiesto ed è utilizzato per gli specificatori di gravità) l'assicurata presenterebbe molti aspetti che coincidono con un livello di disabilità lieve in quanto in ambito concettuale: “ compromesso il pensiero astratto, la funzione esecutiva (pianificazione, elaborazione di strategie, definizione delle priorità e flessibilità cognitiva)... è presente un approccio ai problemi e soluzioni in qualche modo concreto .” In ambito sociale: “ l'individuo è immaturo nelle interazioni sociali, vi possono essere difficoltà nel percepire accuratamente gli stimoli sociali. La comunicazione la conversazione ed il linguaggio sono più concreti o immaturi. Vi possono essere difficoltà a controllare le emozioni, limitata comprensione del rischio nelle situazioni sociali, la capacità di giudizio sociale è immatura, la persona è a rischio di essere manipolata (incredulità) ”. In ambito pratico: “ può funzionare in maniera adeguata per ciò che concerne la cura personale, può avere maggiore bisogno di supporto per le attività complesse della vita quotidiana... la capacità di giudizio relativa al proprio benessere e all'organizzazione del tempo libero richiede sostegno... un impegno competitivo è spesso osservato in lavori che non enfatizzano abilità concettuali, hanno generalmente bisogno di un supporto nel prendere decisioni che riguardano la salute, l'ambito legale, nell'apprendere adeguatamente lo svolgimento di una professione adeguata... ”. La consulente pone la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome schizotipica (ICD-10 F21) in funzionamento intellettuale ai limiti inferiori della norma (QI tot. 77). La valutazione attuale conferma la presenza di una sindrome schizotipica associata ad un funzionamento intellettuale ai limiti inferiori, con deficit più significativi sul versante verbale. Circa la capacità lavorativa nell'attività abituale ed in attività adeguate, la consulente ritiene nell'ultima attività svolta di OSS la capacità lavorativa sia nulla. In ogni altra attività nel libero mercato del lavoro, la nostra consulente stima una capacità lavorativa del 30% (diminuzione del rendimento). con certezza a decorrere dal 2014, quando è giunta all'osservazione psichiatrica ed è stata posta la diagnosi. In un ambito lavorativo protetto si ritiene che la capacità lavorativa attuale sia del 60% (riduzione del rendimento). L'introduzione di una terapia neurolettica (con farmaco atipico) di concerto con un

riallenamento ergoterapico in ambito protetto è possibile fin d'ora e può stabilizzare il quadro, consentendo in un secondo passaggio, delle MRE attraverso cui raggiungere a livello medico teorico e previsionale, un 50% di capacità lavorativa in un ambito lavorativo adatto. La nostra consulente descrive adatto un ambito a bassa responsabilità e stimolazione, con mansioni semplici di tipo esecutivo che non richiedano istruzioni verbali complesse, scarsa necessità di interazioni, gruppo che consenta un rispecchiamento positivo. In ogni caso ritiene utile una rivalutazione del quadro, a distanza di 18-24 mesi, per valutare gli esiti e le ripercussioni sulla capacità lavorativa degli interventi farmacologici e ergoterapici." (pag. 256-257) La dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, nel suo consulto, ha inoltre precisato: " (...) L'assicurata segue una presa a carico psicoterapica dal 2014 ed in più passaggi ha manifestato un sentimento di fiducia nel proprio terapeuta da cui, a differenza di altri, non è sentita pressata o aggredita. È sicuramente necessario proseguire la psicoterapia, focalizzata sul potenziamento degli aspetti funzionanti e sulla messa in sicurezza rispetto a relazioni che la pongono in situazioni di rischio. Allo stato attuale prevalgono aspetti deficitari, di scarso funzionamento adattivo che sono anche all'origine di reazioni paranoide e notevoli quote ansiose, allorché si confronta con stimoli ambientali che non riesce ad elaborare. Si ritiene l'introduzione di un neurolettico atipico, inizialmente a bassi dosaggi, possa risultare utile a contenere gli stati emotivi disregolati e la disorganizzazione del pensiero. Quando l'assicurata ha parlato di ansia e disturbi del sonno a domanda esplicita perché non abbia richiesto dei medicinali ha affermato, in modo proiettivo, che il suo problema è di essere spesso "aggredita e schiacciata" nelle relazioni. Una maggiore compliance farmacologica può essere comunque ottenuta attraverso la già consolidata relazione terapeutica. Sul piano prognostico, la sindrome schizotipica, pur potendo mantenere caratteristiche cliniche stabili nel tempo è indicativa di una vulnerabilità psicotica. In tal senso l'associazione con il QI ai limiti inferiori e lo scarso funzionamento adattivo descritto sono altri fattori prognostici negativi che non consentono di escludere un'evoluzione verso quadri psicotici d'innesto. La prognosi, a medio lungo termine è perciò aperta. Fattori in grado di influenzare favorevolmente il decorso e gli esiti sono la prosecuzione del trattamento psichiatrico integrato (anche farmacologico) e la possibilità di raggiungere una collocazione socio-occupazionale compatibile con i suoi limiti. Il desiderio di reperire un lavoro è sicuramente una risorsa anche se, purtroppo, controbilanciato da incapacità progettuale e previsionale autonoma, scarsa adesione al piano di realtà. È indicato da subito un inserimento in ambito occupazionale protetto che sia selezionato in base alle sue limitazioni: il contesto di gruppo, in quanto riveste un'importante funzione di rispecchiamento, dovrebbe essere il più possibile accogliente e normalizzante. Si ritiene che la combinazione di una farmacoterapia ed un allenamento-osservazione in ambito protetto per 12-18 mesi possa stabilizzare maggiormente il quadro, rendendo possibili, solo in un secondo momento, misure di reintegrazione in ambito adatto. Si ritiene utile una rivalutazione del quadro a distanza di 18-24 mesi, onde verificare l'esito delle misure proposte a valutare il procedere. Visto il quadro clinico (con rischio di essere manipolata da terzi), si ritiene indicata, soprattutto qualora fosse assegnata una rendita, l'istituzione di una curatela amministrativa. (...)" (pag. 331-332 incarto AI) La consulente ha inoltre affermato: " (...) L'introduzione di una terapia neurolettica (con farmaco atipico) di concerto con un riallenamento ergoterapico in ambito protetto, possibile fin d'ora, può stabilizzare il quadro, consentendo in un secondo passaggio, delle MRE attraverso cui raggiungere, a livello medico teorico e previsionale, un 50% di CL in un ambito lavorativo adatto, ovvero: ambito

a bassa responsabilità e stimolazione, con mansioni semplici di tipo esecutivo che non richiedano istruzioni verbali complesse, scarsa necessità di interazioni, gruppo che consenta un rispecchiamento positivo. In ogni caso si ritiene utile una rivalutazione del quadro, a distanza di 18-24 mesi, per valutare gli esiti e le ripercussioni sulla CL, degli interventi farmacologici ed ergoterapici” (pag. 334 incarto AI) In conclusione i periti hanno stabilito che nella precedente attività la capacità lavorativa è nulla. Per contro in attività adatte la capacità lavorativa residua è del 30% intesa come riduzione del rendimento, dal mese di agosto 2014, ritenuta un’incapacità lavorativa totale dal 4 gennaio 2017 al 31 marzo 2017. In ambito protetto l’assicurata può raggiungere una capacità lavorativa del 60%. Essi hanno poi aggiunto che l’introduzione “ di una terapia neurolettica (con farmaco atipico) di concerto con un riallenamento ergoterapico in ambito protetto è possibile fin d’ora e può stabilizzare il quadro, consentendo in un secondo passaggio, delle MRE attraverso cui raggiungere, a livello medico teorico e previsionale, una capacità lavorativa del 50% in un ambito lavorativo adatto, ovvero un’attività a bassa responsabilità e stimolazione, con mansioni semplici di tipo esecutivo che non richiedano istruzioni verbali complesse, scarsa necessità di interazioni, gruppo che consenta un rispecchiamento positivo. In ogni caso è utile una rivalutazione del quadro, a distanza di 18-24 mesi, per valutare gli esiti e le ripercussioni sulla capacità lavorativa degli interventi farmacologici e ergoterapici ” (pag. 261 incarto AI). Il medico SMR, dr. med. _____, il 7 maggio 2021 ha confermato l’esito della perizia AI (pag. 342 incarto AI). Con la decisione del 24 dicembre 2021, l’Ufficio AI, dopo aver calcolato il grado d’invalidità (82%), ha affermato: " (...) Dalla valutazione medica risulta che una terapia farmacologica neurolettica (con farmaco atipico) di concerto con un riallenamento ergoterapeutico, in ambito protetto è possibile fin da subito e può stabilizzare il quadro clinico. Lei è pertanto invitata a volersi sottoporre regolarmente alle sopraccitate cure, in modo 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 LAMal. Nel corso della prossima revisione d’ufficio, l’amministrazione verificherà se sarà stato dato un seguito a quanto imposto, pena le specifiche sanzioni. Qui di seguito vengono esposte le disposizioni federali che regolano tale procedura. La cifra marginale 1048 della Circolare sull’invalidità e la grande invalidità (CIGI), disciplina che, in virtù dell’obbligo di ridurre il danno (obbligo di auto integrazione), la persona assicurata deve adoperarsi spontaneamente, per quanto possibile, a migliorare la capacità di guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete: In particolare, è tenuta a: . trovare, accettare o conservare ogni attività lucrativa esigibile adeguata alla sua invalidità; . procedere a tutti i cambiamenti possibili ed esigibili nella sua attività lucrativa o nel suo ambito di competenze per sfruttare al meglio la capacità lavorativa residua (per esempio chi prima svolgeva lavori prevalentemente manuali può assumere sempre più compiti amministrativi); . sottoporsi ad un trattamento terapeutico esigibile se indicato a migliorare la capacità al guadagno in modo da ridurre o sopprimere la rendita (per esempio eliminare i danni alla salute dovuti all’abuso di alcool o nicotina oppure all’obesità; RCC 1984 pag. 359); che i costi del trattamento medico siano assunti o meno dall’AI è irrilevante ; . cambiare, se necessario, domicilio se vi sono adeguate possibilità di guadagno (RCC 1983 pag. 246, 1970 pag. 331). A questo punto, lei è resa attenta sulle conseguenze sancite dall’art. 21 cpv. 4 LPGA in caso di una sua mancata collaborazione nell’attuazione della cura medica: “ 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.” (pag. 354 incarto AI) Il 20 dicembre 2022 l'Ufficio AI ha avviato una procedura di revisione della rendita (cfr. pag. 363 incarto AI). Nel referto del 17 febbraio 2023 il curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha rilevato che rispetto “ alla mia precedente relazione la situazione psicopatologica è rimasta complessivamente stazionaria, tuttavia la profondità e irrisolvibilità delle tematiche risarcitorie a base paranoide hanno creato un certo stallo anche nella relazione terapeutica. L'assicurata si è nuovamente molto legata al padre per la gestione di Sé e amministrativa, sviluppando crescente diffidenza verso le figure potenzialmente terapeutiche e le istituzioni in genere ”, aggiungendo, circa la situazione e sintomatologia attuale: “ prevalentemente deficitaria in termini di processualità del pensiero, pianificazione e tenuta del focus, con interpretatività persecutoria nelle relazioni, vulnerabilità ad essere manipolata e strumentalizzata da terzi, dai quali fatica a difendersi. Presenta labilità nei confini con marcata fragilità agli eventi esterni, che vive come intrusivi e destrutturanti, fino alla riattivazione traumatica. Di fronte alle facili incomprensioni mostra irritabilità e reattività” (pag. 387 incarto AI). Il medico ha concluso affermando che “ un intervento ulteriore da parte del servizio sociale o dell'autorità contro una sua volontà o richiesta potrebbe rinforzare i vissuti per sicuri e la sottostante irrisarcibilità, rinforzando pertanto ulteriormente le difese paranoide ” (pag. 390 incarto AI). Per quanto concerne il piano terapeutico, il curante ha affermato che al “ momento non è previsto con lo scrivente un piano di trattamento specifico oltre la disponibilità al sostegno. Un tentativo di intervento più incisivo stimola e rinforza le difese persecutorie ” (pag. 388 incarto AI). Interpellato in merito dal medico SMR, dr. med. _____, circa l'assenza di cure, il dr. med. _____ ha affermato: “ (...) Non concordo con la valutazione del _____, poiché ritengo in primis che una terapia neurolettica atipica non possa colmare né compensare gli aspetti deficitari, che dominano il quadro clinico. Inoltre l'adesione alla stessa è al momento, a mio parere, impossibile per la paziente, nella quale la diffidenza verso le cure è un sintomo del disturbo stesso e non una sua deliberata e consapevole opposizione. Tale aspetto, nel corso della presa a carico si è rinforzato ed aggravato a tal punto da non volersi più recare ai colloqui specialistici con lo scrivente e la psicologa, poiché ha vissuto con crescenti valenze persecutorie e come un'ingiustizia per lei incomprensibile il costo degli stessi, per quanto ella dovesse corrispondere solo al 10% poiché coperti dalla cassa malati. Per questa reazione paranoide verso le cure, che si sta estendendo alle istituzioni, ritengo che la prognosi sia sfavorevole e l'applicabilità di quanto descritto dal _____ non sia esigibile neanche a livello medico teorico, sia verso possibili cure che in qualsiasi contesto lavorativo, anche a bassa responsabilità e stimolazione con mansioni semplici. Ricordo a questo proposito le esperienze sfavorevoli già tentate nel contesto della prova di reintegrazione, fallita dopo solo poche ore di interazione con gli altri utenti, già descritta nei rapporti A.I. precedenti. In questo tentativo ella si è sentita immediatamente e completamente invasa e sovrastata dagli altri, sviluppando una ingestibile angoscia traumatica con vissuti persecutori e di ingiustizia verso l'autorità istituzionale e collocante ed in genere. Per quanto sopra ritengo inoltre che qualsiasi trattamento imposto, oltre ad avere poche possibilità di una efficace risposta clinica (proprio per la preponderanza degli aspetti deficitari più che produttivi), possa

ulteriormente rinforzare i vissuti persecutori, già difficili da arginare. Non posso neanche riprendere il tema con l'interessata, che al momento, per quanto sopra, ha interrotto la presa a carico, allentandosi dalla minima alleanza terapeutica che poteva essersi costruita negli anni. Prima di una rivalutazione della rendita di tale portata, con i rischi di reazione che si possono solo immaginare, suggerisco eventualmente una rivalutazione clinica diretta della stessa da parte vostra" (pag. 407-408 incarto AI) In una nota del 9 maggio 2023 del medico SMR, dr. med. _____, figura che: " (...) In data odierna mi ricontatta l'assicurata telefonicamente. Le spiego le motivazioni della mia telefonata di ieri e della prossima convocazione ad accertamento medico. L'assicurata mi conferma che non vede il dr. med. _____ da mesi e che si cura con pilates, yoga e sfogandosi con sua madre. Alla base del distanziamento dal dr. med. _____ ci sarebbe il fatto che non si sarebbe trovata bene con una psicologa che con lui collabora. Mi conferma di non assumere psicofarmaci. Concordiamo che riprenderà contatti con il dr. med. _____ o un altro psichiatra, rimane la necessità della visita SMR." (pag. 410 incarto AI) Il 30 maggio 2023 l'insorgente non si è recata all'appuntamento fissato con il medico SMR ed ha trasmesso uno scritto della dr.ssa med. _____, FMH medicina generale, dove figura che si è presentata il 26 maggio 2023 accompagnata dal padre in uno stato di angoscia per la visita del 30 maggio 2023. " Le ho raccomandato di presenziare alla visita ed eventualmente di farsi accompagnare da una persona di sua fiducia, ma potrebbe succedere che non riesca a farlo proprio per la patologia di cui soffre. Auspico che si tenga conto della patologia citata e che eventualmente si possa prevedere un'altra valutazione in un orario più tardo del giorno in un'altra data, considerata anche l'insonnia secondaria " (pag. 416 incarto AI). Il 13 giugno 2023 l'assicurata è stata visitata dal medico SMR, dr. med. _____. L'insorgente è giunta all'appuntamento accompagnata dal padre ed il colloquio è stato svolto dalle 10.15 alle 12.40 (pag. 424 incarto AI). Descritta la vita quotidiana, i disturbi soggettivi e lo status, confermata la diagnosi psichiatrica di sindrome schizotipica (ICD 10 F21) in funzionamento intellettivo ai limiti inferiori della norma (QI tot. 77), il dr. med. _____ ha affermato che l'insorgente " conferma di non aver assunto farmaci afferenti alla sfera psichica in questi anni. Conferma anche di aver interrotto i colloqui con il medico psichiatra e con la psicologa. Dalla psicologa si sarebbe sentita aggredita verbalmente, lo psichiatra le avrebbe detto che non era più utile essere seguita " (pag. 425 incarto AI). Il medico SMR ha concluso, affermando: " (...) L'assicurato (recte: assicurata) non presenta disturbi dello stato di coscienza, dell'orientamento. Presenta disturbi della concentrazione (lieve), disturbi della memoria di fissazione (lieve). Si evidenziano disturbi formali del pensiero: povertà di pensiero (lieve). Riferisce una fobia sociale, non si evidenziano sintomi compulsivi e ossessivi. Non appaiono deliri, disturbi della percezione, disturbi della coscienza dell'io. Emergono disturbi dell'affettività: umore depresso (lieve), anestesia affettiva (lieve), sentimento di perdita della vitalità (lieve), sentimento di insufficienza personale (lieve), ansia psichica soggettiva (lieve), irritabilità (lieve), labilità affettiva (medio), perdita di speranza (medio), rigidità affettiva (medio). Si evidenzia diminuzione della carica vitale (lieve), ritiro sociale (grave), insonnia da risvegli multipli (medio) senza sonnolenza diurna, compromissione del funzionamento sociale e lavorativo (grave). (...). Valutazione / conclusione Durante la visita odierna non ho evidenziato elementi psicopatologici che giustifichino la mancata adesione, da parte dell'assicurata, ad una terapia adeguata alle sue condizioni cliniche e all'assunzione di una farmacoterapia. Dal punto di vista medico psichiatrico, sulla base di quanto emerso durante l'accertamento odierno, devo confermare le conclusioni della perizia _____ del 05.05.2021. In

particolare l'assicurata non ha messo in atto le misure terapeutiche esigibili che avrebbero condotto ad un recupero della sua CL del 20% nell'arco di 18 mesi." (pag. 426 incarto AI)

Il 18 luglio 2023 il SIP ha redatto il rapporto finale da cui emerge che l'assicurata ha interrotto nel 2012-2013 l'apprendistato di operatrice socio-sanitaria. Ella non ha concluso una formazione per problemi di salute. " Emergessero attacchi di panico quando doveva occuparsi dei compiti che le venivano assegnati, agli esami, alle verifiche, ecc. Ha frequentato la scuola per Operatrice socio sanitaria (OSS) che ha svolto per circa un anno prima di interromperla. L'a.ta ha beneficiato di un percorso presso _____ a _____ nell'estate 2016 dove ha potuto effettuare diversi stage (v. SIP Corrispondenza integrazione del 13.12.2017). Successivamente allo stage presso il _____ di _____, viene proposto all'a.ta un'opportunità di impiego al fine di svolgere un apprendistato. L'a.ta rifiuta la proposta in quanto sostiene di non essere pronta per affrontare un nuovo percorso formativo " (pag. 429 incarto AI). Circa la reintegrabilità e la valutazione delle attività esigibili adeguate, il SIP ha rilevato che tale " pratica si basa su una rendita concessa parallelamente all'obbligo di adeguarsi agli aspetti diffidati. In fase di revisione si constata che l'A.ta non ha fatto quanto richiesto, considerato esigibile. Dunque la CL è basata su una proiezione di abilità, che avrebbe raggiunto se avesse fatto quanto richiesto, ovvero l'introduzione di una terapia farmacologica neurolettica di concerto con un riallenamento ergoterapico in ambito protetto fin da subito. Questo avrebbe permesso un quadro clinico stabilizzato, consentendo in un secondo passaggio, delle MRE attraverso cui raggiungere, a livello medico teorico e previsionale, una capacità lavorativa del 50% in un ambito lavorativo adatto. Per questo motivo ogni attività esigibile è puramente teorica e non attuabile al momento, visto la mancata collaborazione da parte dell'assicurata sui punti sopra indicati. Le attività teoricamente esigibili sono professioni senza la richiesta di una formazione specifica, semplici e ripetitive. (...) La CL del 50% è unicamente teorica e potrà essere sfruttata solo una volta che l'assicurata avrà dimostrato in maniera adeguata di aver adempiuto a quanto richiesto in termini di terapie e assunzione di una farmacologia idonea. In caso di adempimento a quanto proposto sarà possibile valutare eventuali PPR. Per questo motivo si può procedere con l'elaborazione della pratica e il nuovo calcolo del grado di invalidità " (pag. 430 incarto AI). Con progetto di decisione del 19 luglio 2023 l'Ufficio AI ha ricalcolato il grado d'invalidità del 62% sulla base di una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate, come se l'assicurata avesse dato seguito alla richiesta di terapia. Con decisione del 16 ottobre 2023 l'UAI ha confermato la riduzione della rendita. Nelle more processuali il ricorrente ha prodotto un referto del curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del 23 novembre 2023, che ha affermato: " (...) Ho visitato la signora RI 1 in data odierna, dopo che ella aveva mantenuto regolari contatti con lo scrivente Che ha trovato il proprio equilibrio, in un quadro complessivo rimasto invariato sul piano funzionale. Ribadisco che non concordo con la valutazione del _____, poiché ritengo l'adesione ad eventuale trattamento farmacologico, rimane ad oggi, a mio parere, impossibile per la paziente, poiché la sua diffidenza verso un eventuale trattamento farmacologico è un sintomo del disturbo stesso e non una sua deliberata e consapevole opposizione. Tale aspetto, come anche descritto in precedenza, nel corso della presa a carico si è rinforzato ed aggravato a tal punto da non volersi più recare ai colloqui specialistici con lo scrivente e con la psicologa per un periodo, poiché ha vissuto con crescenti valenze persecutorie e come un'ingiustizia per lei incomprensibile il costo degli stessi. Per questa reazione paranoide verso le cure, che si è ora esteso alle istituzioni, rinforzando la prospettiva di una prognosi sfavorevole in termini di recupero funzionale e

alleanza terapeutica. L'applicabilità di quanto descritto dal _____ non è esigibile neanche a livello medico teorico, sia verso possibili cure che in qualsiasi contesto lavorativo, anche a bassa responsabilità e stimolazione con mansioni semplici. Ricordo a questo proposito le esperienze sfavorevoli già tentate nel contesto della prova di reintegrazione, fallita dopo sole poche ore di interazione con gli altri utenti, già descritta nei rapporti A.I. precedenti. In questo tentativo ella si è sentita immediatamente completamente invasa e sovrastata dagli altri, sviluppando una ingestibile angoscia traumatica con vissuti persecutori e di ingiustizia verso l'autorità istituzionale collocante ed in genere. Per quanto sopra ritengo che qualsiasi trattamento imposto, oltre ad avere poche possibilità di una efficace risposta clinica (proprio per la preponderanza degli aspetti deficitari più che produttivi), possa ulteriormente rinforzare i vissuti persecutori, già difficili da arginare. Tali aspetti vengono comunque ripresi nelle visite e nei colloqui che l'assicurata, nel corso dell'ultimo anno ha accettato di riprendere e mantenere. Al momento le possibilità terapeutiche non vanno oltre quello che è il riconoscimento del danno." (doc. B1) Il 13 dicembre 2023 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato che nel referto " non sono evidenziati elementi oggettivi che consentano di discostarsi dalla precedente presa di posizione dell'Ufficio. Dal punto di vista medico psichiatrico rimane quindi confermato quanto descritto nel rapporto di visita SMR del 13.06.2023 " (doc. IX). 2.8. 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. 2.9. L'art. 21 cpv. 4 LPGA prevede che: "

Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute." L'art. 21 cpv. 4 LPGa si riferisce al trattamento e all'integrazione nella vita lavorativa (cfr. DTF 133 V 512). In questo contesto, nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità si applica il principio generale secondo cui la persona interessata deve compiere tutti gli sforzi ragionevoli per attenuare al meglio le conseguenze di un danno alla salute (STF 8C_5/2017 dell'11 aprile 2017 consid. 5.3.) (Kieser, ATSG –Kommentar, 2020, art. 21 n. 115, pag. 437). D alla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure Pratique VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Quindi, secondo la giurisprudenza riassunta in STF 8C_345/2022 del 12 ottobre 2022 consid. 5.1, l'assicurato deve fare tutto quanto si può ragionevolmente esigere da lui per ridurre la durata e l'entità dell'incapacità al lavoro e per evitare l'insorgere di un'invalidità (art. 7 cpv. 1 LPGa). 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 (art. 7 cpv. 2 LAI). In particolare si tratta di provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale e di provvedimenti professionali (art.

E. 7

cpv. 2 lett. b e c LAI). 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 (art. 7a LAI). Le prestazioni possono essere ridotte o rifiutate ai sensi dell'art. 24 cpv. 4 LPGa segnatamente se l'assicurato non ha adempiuto a quanto stabilito dall'art. 7 LAI (art. 7b cpv. 1 LAI). Da ultimo, 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 (art. 7b cpv. 3 LAI). Secondo il marginale 5033 della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI) nell'ambito dell'accompagnamento di un assicurato durante l'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione (secondo il N. 5022) e/o delle cure mediche bisogna verificare costantemente il raggiungimento degli obiettivi, anche per capire se l'esigibilità è mantenuta. Se necessario, bisogna adeguare il provvedimento o la cura (v. N. 1033 e 1034 CGC). Per il marginale 5034 CPAI un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI o una cura medica è tanto più inesigibile quanto più grave è la lesione dell'integrità personale dell'assicurato (sentenza del TF I 824/06 del 13 marzo 2007). Ai sensi del marginale 5035 CPAI in caso di misure terapeutiche occorre coinvolgere il SMR per valutare la loro esigibilità. Il medico curante deve essere coinvolto in modo adeguato al fine di garantire il necessario scambio di informazioni, la migliore esecuzione possibile del trattamento e una cura medica adeguata (marg. 5036 CPAI). Secondo il marginale 5037 CPAI l'assicurato deve sfruttare in modo collaborativo, ottimale e duraturo le possibilità di trattamento

(ambulatoriale e stazionario) indicate e ragionevolmente esigibili dal punto di vista del medico specialista (DTF 140 V 193). Il marginale 5038 CPAI prevede che il medico specialista determina quali concrete possibilità di trattamento sono indicate e ragionevolmente esigibili. Finché secondo il medico specialista rimangono indicate possibilità di trattamento ragionevolmente esigibili che non sono state utilizzate o non sono state utilizzate a sufficienza, dal punto di vista oggettivo non basta che l'assicurato abbia collaborato all'attuazione di tutte le proposte terapeutiche del medico di famiglia o degli altri medici curanti (v. DTF 137 V 64 consid. 5.2 pag. 70). Infine secondo il marginale 5056 CPAI nessuna sanzione deve essere imposta all'assicurato se la violazione dell'obbligo di ridurre il danno è giustificabile, per esempio perché non può essere attribuita all'assicurato, in quanto quest'ultimo non era in grado di adempiere i suoi obblighi in seguito a malattia.

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

3.2.2 Die Vorinstanz nimmt gestützt auf die Berichte des Dr. I. an, die Beschwerdegegnerin habe davon ausgehen dürfen, dass mit einer Psychopharmakotherapie (und weiteren Behandlungsschritten) wieder eine Teilarbeitsfähigkeit hätte erlangt werden können. Der Beschwerdeführer wendet ein, Dr. I. habe einen solchen Erfolg nur als möglich bezeichnet. Im Gutachten vom 19. November 2002 führt Dr. I. _____ aus, er könne sich vorstellen, dass eine sorgfältig austarierte Medikation eine wesentliche Verbesserung bewirken werde; mit einer solchen Behandlung bestehe eine gewisse Chance, dass mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit von 50-60 % wiederhergestellt werden könne. Der im Sommer 2005 konsultierte Psychiater Dr. K. _____ antwortete auf die Frage, ob eine Psychotherapie die Arbeitsfähigkeit zu Beginn des Jahres 2003 wahrscheinlich oder bloss möglicherweise verbessert hätte, die entsprechenden Möglichkeiten seien rückwirkend nicht mehr (sicher) evaluierbar, jedoch: "Il est vraisemblable que déjà à ce moment-là, la démarche n'était pas certaine. (...) Il est donc certain que la mesure proposée était d'une efficacité possible et de nature à enrayer [recte: enrayer] l'invalidation très menaçante chez ce patient" (Stellungnahme vom 18. Oktober 2005). Es ist somit davon auszugehen, dass der Erfolg der vorgeschlagenen Massnahme - prospektiv betrachtet - in der Tat nicht als gewiss, aber immerhin als möglich erscheinen musste. Nach dem Gesagten genügt dies, da die Behandlung - wie dargelegt (E. 3.1) - ohne weiteres zumutbar war. (...)" (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) In una STF 8C_562/2022 del 25 aprile 2023, il Tribunale federale ha affermato: " (...) 4.2.2. Während Art. 7b Abs. 1 IVG für den Regelfall auf Art. 21 Abs. 4 ATSG verweist, enthält Art. 7b Abs. 2 IVG vier abschliessend aufgezählte Tatbestände, die, wenn erfüllt, die IV-Stelle berechtigen, die Leistungen in Abweichung

von Art. 21 Abs. 4 ATSG unverzüglich und ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu kürzen oder zu verweigern. Es sind dies die Verletzungen der Auskunfts-, Melde- und Anmeldepflicht sowie die unrechtmässige Leistungserwirkung mitsamt dem Versuch dazu. Hervorzuheben ist hier Art. 7b Abs. 2 lit. b IVG, der die Leistungskürzung oder -verweigerung bei einer Meldepflichtverletzung nach Art. 31 Abs. 1 ATSG betrifft. Die Rechtsprechung hat den Anwendungsbereich von Art. 7b Abs. 2 IVG auf Fälle qualifizierter Pflichtverletzung beschränkt, z.B. strafrechtlich relevante Betrugshandlung oder wenigstens bewusste Verfälschung medizinischer Untersuchungsergebnisse, etwa durch Vortäuschen eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes mit dem Ziel, Versicherungsleistungen zu erschleichen; in allen anderen Fällen ist selbst bei unentschuldbarer Verletzung der Mitwirkungspflicht zunächst das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen (MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, S. 86 Rz. 30 zu Art. 7-7b IVG mit Hinweis auf das Urteil 9C_744/2011 vom 30. November 2011; Urteil 8C_400/2017 vom 29. August 2017 E. 4.2). (...)

6.2.1. Die Beschwerdeführerin weist zu Recht darauf hin, dass die IV-Stelle den Beschwerdegegner mit Schreiben vom 6. Juni 2019 nicht bloss in allgemeiner Form auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen, sondern unter explizitem Hinweis auf Art. 21 Abs. 4 ATSG ein eigentliches Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hatte. Der Beschwerdegegner war unter Ansetzung einer Frist von zweieinhalb Monaten aufgefordert worden, eine "kontinuierliche, mindestens wöchentliche Psychotherapie (...)" aufzunehmen und die Behandlungsaufnahme zu melden. Über die Rechtsfolge der Rentenaufhebung bei Nichtaufnahme oder vorzeitigem Abbruch der Psychotherapie war er ebenfalls informiert worden. Damit verfügte er über alle Informationen zur Erfüllung seiner Schadenminderungspflicht und konnte sich die nachteiligen Folgen seines Verhaltens vergegenwärtigen, weshalb er sich dieses auch anrechnen lassen muss. Soweit das kantonale Gericht - grundsätzlich zutreffend - angibt, eine versicherte Person solle nicht die Folgen eines Verhaltens tragen, über dessen Auswirkungen sie sich möglicherweise keine Rechenschaft abgelegt habe, lässt sich daraus mithin nichts zu Gunsten des Beschwerdegegners ableiten. (...)

6.2.3. In welchen Konstellationen und unter welchen Umständen gemäss den Überlegungen der Beschwerdeführerin und den letztinstanzlich dagegen vorgebrachten Einwänden der Vorinstanz ein "einstufiges" oder ein "zweistufiges" Mahn- und Bedenkzeitverfahren zur Anwendung kommen muss, kann an dieser Stelle offen gelassen werden. Denn durch die Koppelung der Therapieaufgabe mit der Rentenzusprache im Rahmen des mit Schreiben vom 6. Juni 2019 initiierten Mahn- und Bedenkzeitverfahrens vor der Rentenverfügung durfte und musste vom Beschwerdegegner erwartet werden, dass er der IV-Stelle einen allfälligen Therapieabbruch melden würde. Es bestand keine Notwendigkeit, ihn ein weiteres Mal auf die Konsequenzen einer Verletzung seiner Schadenminderungspflicht aufmerksam zu machen, da er bereits wissen musste, dass der Therapieabbruch auch die Renteneinstellung nach sich ziehen würde. Im Übrigen hätte der Beschwerdegegner sogar noch während des Vorbescheidverfahrens Gelegenheit gehabt, die Psychotherapie wieder aufzunehmen, da die Rente erst mit Erlass der Verfügung vom 29. Oktober 2021 eingestellt wurde. Die IV-Stelle durfte deshalb die Rente am 29. Oktober 2021 per sofort, insbesondere ohne Durchführung eines erneuten Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, einstellen. Es fällt in diesem Zusammenhang zwar auf, dass sie sich in der Verfügung vom 29. Oktober 2021 zur Verhältnismässigkeit der Sanktion der Leistungsverweigerung nicht weiter äusserte, obwohl Art. 21 Abs. 4 ATSG sowie Art. 7b Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 IVG beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung

von Leistungen eine Einzelfallabwägung vorsieht. Weiterungen dazu erübrigen sich aber bereits deshalb, weil dem Beschwerdegegner aufgrund des engen zeitlichen Konnexes zwischen Therapieauflage und Rentenzusprache bewusst sein musste, dass der Therapieabbruch auch die Renteneinstellung zur Folge haben würde. Seine unterlassene Meldung des Therapieabbruchs wiegt vor diesem Hintergrund umso schwerer. Zudem war Dr. med. D. _____ davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand unter konsequenter Therapie beim hervorragend ausgebildeten Verhaltenstherapeuten Dr. med. B. _____ und der von der Klinik C. _____ vorgeschlagenen stationären Behandlung massgeblich gebessert hätte (Bericht vom 16. Juli 2021). Nicht zuletzt stellte er auch fest, das psychische Leiden sei kein Grund gewesen, keinen Therapeuten aufsuchen zu können, respektive die IV-Stelle nicht über den Therapieabbruch zu informieren (Bericht vom 21. Oktober 2021). Deshalb war die Rentensistierung hier verhältnismässig. Die Beschwerde ist begründet und gutzuheissen.”

2.11. In concreto, dalle tavole processuali emerge che l'assicurata non si è sottoposta alle cure mediche (terapia farmacologica neurolettica, di concerto con un riallenamento ergoterapico) cui era stata diffidata ad adeguarsi con la decisione di attribuzione della rendita intera del 24 dicembre 2021 allo scopo di migliorare il suo stato di salute e, conseguentemente, la capacità lavorativa in attività adatte e confacenti al suo stato valetudinario. Questo nonostante il fatto che nella decisione del 24 dicembre 2021 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 (...)” 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'assicurata fosse stata resa espressamente attenta circa le sanzioni previste nel caso in cui non si fosse sottoposta alle cure indicate al fine di migliorare la sua capacità lavorativa. Con il ricorso l'insorgente giustifica tale mancanza rilevando che il proprio curante, da un lato, contesta le conclusioni della perizia del _____ ritenendo che la cura indicata non avrebbe compensato gli aspetti deficitari del quadro clinico e, d'altro lato, che l'adesione alla cura non sarebbe stata possibile poiché la diffidenza nei confronti delle cure è un sintomo del disturbo stesso e non una sua deliberata e consapevole opposizione. Occorrerebbe inoltre tenere in considerazione che il suo funzionamento intellettuale è ai limiti inferiori della norma (QI totale di 77) e che non avrebbe ben compreso il contenuto della decisione. Nella misura in cui viene contestato il contenuto della perizia del _____ relativamente alla necessità di introdurre una terapia neurolettica (con farmaco atipico) di concerto con un riallenamento ergoterapico in ambito protetto, la censura si rivela tuttavia irricevibile in quanto tardiva, poiché le conclusioni sono state tratte nell'ambito della precedente procedura sfociata nella decisione del 24 dicembre 2021 cresciuta incontestata in giudicato. Oggetto del contendere è pertanto unicamente la questione di sapere se l'assenza di adesione alle cure figuranti nella decisione del 24 dicembre 2021 è giustificata dalla patologia stessa della ricorrente. Nella perizia pluridisciplinare del _____ la perita, dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver preso contatto telefonico anche con il dr. med. _____, aveva accertato che il curante aveva provato sul piano farmacologico ad introdurre la Quetiapina, ossia un neurolettico atipico indicato per la schizofrenia e gli episodi maniaco-depressivi dei disturbi bipolari, compresa la prevenzione delle recidive (cfr. www.compendium.ch), “ ma senza successo, vista la totale assenza di critica e la marcata diffidenza ” e che il medesimo “ concorda sull'opportunità di altri tentativi farmacologici da effettuarsi grazie all'ulteriore consolidamento della relazione terapeutica ”. Dal referto emerge poi che la

dr.ssa _____ ha comunque ritenuto utile introdurre un neurolettico atipico, inizialmente a bassi dosaggi, per contenere gli stati emotivi disregolati e la disorganizzazione del pensiero e che “ una maggiore compliance farmacologica può essere comunque ottenuta attraverso la già consolidata relazione terapeutica ”. La specialista ha ritenuto che la combinazione di una farmacoterapia ed un allenamento-osservazione in ambito protetto per 12-18 mesi può stabilizzare il quadro e rendere possibili in un secondo momento misure di reintegrazione in un ambito adatto. Per questo motivo ha ritenuto utile a distanza di 18-24 mesi una rivalutazione della fattispecie per verificare l’esito delle misure proposte e valutare il procedere. Nell’ambito della revisione intrapresa nel corso del mese di dicembre 2022, il medico curante, dr. med. _____, nel rapporto del 17 febbraio 2023, ha dichiarato che lo stato di salute dell’assicurata è rimasto stazionario, ma che la profondità e l’irrisolvibilità delle tematiche risarcitorie a base paranoide hanno creato un certo stallo anche nella relazione terapeutica, che l’interessata si è nuovamente molto legata al padre per la gestione di sé ed amministrativa, sviluppando una crescente diffidenza verso le figure potenzialmente terapeutiche e le istituzioni in genere e che “ un intervento ulteriore da parte del servizio sociale o dell’autorità contro una sua volontà o richiesta potrebbe rinforzare i vissuti per sicuri [recte: persecutori] e la sottostante irrisarcibilità, rinforzando pertanto ulteriormente le difese paranoide ” (pag. 390 incarto AI). Circa il piano terapeutico lo specialista ha affermato che al “ momento non è previsto con lo scrivente un piano di trattamento specifico oltre la disponibilità al sostegno. Un tentativo di intervento più incisivo stimola e rinforza le difese persecutorie ” (pag. 386-388 incarto AI). Il 28 aprile 2023 il curante ha in sostanza confermato che la ricorrente non si è sottoposta alle cure indicate nella decisione del 24 dicembre 2021, ha affermato che a suo parere una terapia neurolettica atipica non potrebbe colmare né compensare gli aspetti deficitari che dominano il quadro clinico ed ha aggiunto che l’adesione a tale cura sarebbe impossibile giacché la diffidenza dell’assicurata verso le cure è un sintomo del disturbo stesso e non una sua deliberata e consapevole opposizione (pag. 407 incarto AI). Il curante ha rilevato che l’interessata non vuole più recarsi ai colloqui specialistici con lui e la psicologa, vivendo con crescenti valenze persecutorie e come un’ingiustizia il costo degli stessi. Ella ha avuto una reazione paranoide verso le cure che hanno in sostanza impedito la messa in pratica di quanto richiesto con la decisione del 24 dicembre 2021. Chiamato a pronunciarsi questo Tribunale ritiene che quanto constatato dal dr. med. _____ è stato confermato dalla mancata presenza della ricorrente alla visita che avrebbe dovuto effettuare il 30 maggio 2023 presso il medico SMR, dr. med. _____, ed alla quale non si è presentata proprio a causa della patologia di cui soffre (cfr. presa di posizione del 26 maggio 2023 della dr.ssa med. _____, FMH medicina generale) e dalla circostanza che l’insorgente ha affermato di aver interrotto i colloqui con la psicologa non sentendosi bene (pag. 410 e 425 incarto AI). È vero che nell’ambito della visita poi riprogrammata per il 13 giugno 2023 il medico SMR, dr. med. _____, afferma di non aver evidenziato elementi psicopatologici tali da giustificare la mancata adesione da parte dell’assicurata ad una terapia adeguata alle sue condizioni cliniche e all’assunzione di una farmacoterapia. Lo stesso specialista ha tuttavia rilevato la presenza di un grave ritiro sociale e di una grave compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Inoltre il curante, che segue l’assicurata dal 2014 e che pertanto conosce da anni il funzionamento della propria paziente, ha potuto accertare personalmente le difficoltà della ricorrente a sottoporsi alle cure, non per sua volontà ma, a suo parere, a causa della patologia di cui è affetta. Questa Corte ritiene di conseguenza che vi è perlomeno un minimo dubbio circa il contenuto del

rapporto interno del medico SMR, dr. med. _____, del 13 giugno 2023, non potendo escludere con la necessaria tranquillità che la mancata adesione alle cure imposte con la diffida contenuta nella precedente decisione, sia da mettere in relazione alla patologia di cui è affetta l'insorgente, ossia la sindrome schizotipica (ICD-10 F 21) in funzionamento intellettuale ai limiti inferiori della norma (QI tot. 77) e che pertanto la riduzione della rendita in seguito alla presa in considerazione della teorica capacità lavorativa conseguente al miglioramento di salute se l'assicurata avesse dato seguito all'ingiunzione, non possa essere confermata. Il TCA ritiene di conseguenza necessario sottoporre l'insorgente ad una perizia medica psichiatrica esterna volta a stabilire in quale misura la patologia dell'assicurata è la causa per la quale ella non si è sottoposta alla terapia indicata nella decisione del 24 dicembre 2021. Se alla base della mancata aderenza alle cure vi è la malattia di cui è affetta, la rendita andrà ripristinata, in caso contrario andrà confermata la riduzione della prestazione al 62%. A questo proposito va rammentato che di norma, l'incanto può essere rinviato all'Ufficio AI (DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (" Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen "; cfr. STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (" Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist "; cfr. STCA 32.2021.13 del 26 aprile 2021; STCA 32.2017.203 del 22 ottobre 2018; STCA 32.2017.129 del 3 aprile 2018) . Ne consegue che, annullata la decisione impugnata, fermo restando il diritto ad una rendita AI con grado del 62%, gli atti vanno rinviati all'Ufficio AI perché effettuati i necessari accertamenti, consistenti nell'allestimento di una perizia psichiatrica atta a stabilire se la mancata adesione alle misure indicate nella decisione del 24 dicembre 2021 sono da attribuire alla patologia di cui è affetta la ricorrente ed affinché, sulla base delle risultanze peritali, emetta una nuova decisione. A questo proposito va rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma del diritto alla rendita nella misura del 62%, non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del

E. 10

novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; cfr. STCA 32.2021.104 del

E. 14

febbraio 2022; STCA 32.2020.12 del 7 settembre 2020, consid. 2.6; STCA 32.2018.53 del 18 febbraio 2019, STCA 32.2016.120 del 10 maggio 2017; STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015; STCA 32.2014.126 del 27 luglio 2015). 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI 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). Visto l'esito del ricorso (il rinvio della causa con

esito aperto equivale a piena vittoria [DTF 141 V 281 consid 11.1; STF 8C_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7]), le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell'UAI, che verserà alla ricorrente, patrocinata in causa da un avvocato, le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa), ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio formulata nel ricorso (DTF 124 V 301 consid. 6; STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5).

E. 18

marzo 2024

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Christian Steffen, cancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 15 novembre 2023 di

RI 1

contro

la decisione del 16 ottobre 2023 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

considerato in diritto

2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 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 a infermità congenita, malattia o infortunio.

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGa).

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGa e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

La nozione d'invalidità di cui agli artt. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b).

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) ed 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213).

Secondo l'agurisprudenza, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che i rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurato deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.).

Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95).

In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusionza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3).

2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98).

Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità.

Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster).

Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In

tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017).

Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della ■resistenza alle terapie■ come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'■affezione psichica la diagnosi non è più centrale.

Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata.

Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta.

Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di

un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017).

Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2).

Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281.

Dal consulto psichiatrico della dr.ssa med. _____ è emerso:

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

3.2.2 Die Vorinstanz nimmt gestützt auf die Berichte des Dr. I. an, die Beschwerdegegnerin habe davon ausgehen dürfen, dass mit einer Psychopharmakotherapie (und weiteren Behandlungsschritten) wieder eine Teilarbeitsfähigkeit hätte erlangt werden können. Der Beschwerdeführer wendet ein, Dr. I. habe einen solchen Erfolg nur als möglich bezeichnet.

Im Gutachten vom 19. November 2002 führt Dr. I. _____ aus, er könne sich vorstellen, dass eine sorgfältig austarierte Medikation eine wesentliche Verbesserung bewirken werde; mit einer solchen Behandlung bestehe eine gewisse Chance, dass mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit von 50-60 % wiederhergestellt werden könne. Der im Sommer 2005 konsultierte Psychiater Dr. K. _____ antwortete auf die Frage, ob eine Psychotherapie die Arbeitsfähigkeit zu Beginn des Jahres 2003 wahrscheinlich oder bloss möglicherweise verbessert hätte, die entsprechenden Möglichkeiten seien rückwirkend nicht mehr (sicher) evaluierbar, jedoch: "Il est vraisemblable que déjà à ce moment-là, la démarche n'était pas

certaine.(...) Il est donc certain que la mesure proposée était d'une efficacité possible et de nature à enrayer [recte: enrayer] l'invalidation très menaçante chez ce patient" (Stellungnahme vom 18.Oktober 2005). Es ist somit davon auszugehen, dass der Erfolg der vorgeschlagenen Massnahme - prospektiv betrachtet - in der Tat nicht als gewiss, aber immerhin als möglich erscheinen musste. Nach dem Gesagten genügt dies, da die Behandlung - wie dargelegt (E. 3.1) - ohne weiteres zumutbar war.()" (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 e 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)

4.2.2. Während Art. 7b Abs. 1 IVG für den Regelfall auf Art. 21 Abs. 4 ATSG verweist, enthält Art. 7b Abs. 2 IVG vier abschliessend aufgezählte Tatbestände, die, wenn erfüllt, die IV-Stelle berechtigen, die Leistungen in Abweichung von Art. 21 Abs. 4 ATSG unverzüglich und ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu kürzen oder zu verweigern. Es sind dies die Verletzungen der Auskunfts-, Melde- und Anmeldepflicht sowie die unrechtmässige Leistungserwirkung mitsamt dem Versuch dazu. Hervorzuheben ist hier Art. 7b Abs. 2 lit. b IVG, der die Leistungskürzung oder -verweigerung bei einer Meldepflichtverletzung nach Art. 31 Abs. 1 ATSG betrifft. Die Rechtsprechung hat den Anwendungsbereich von Art. 7b Abs. 2 IVG auf Fälle qualifizierter Pflichtverletzung beschränkt, z.B. strafrechtlich relevante Betrugshandlung oder wenigstens bewusste Verfälschung medizinischer Untersuchungsergebnisse, etwa durch Vortäuschen eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes mit dem Ziel, Versicherungsleistungen zu erschleichen; in allen anderen Fällen ist selbst bei unentschuldbarer Verletzung der Mitwirkungspflicht zunächst das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen (MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, S. 86 Rz. 30 zu Art. 7-7b IVG mit Hinweis auf das Urteil 9C_744/2011 vom 30. November 2011; Urteil 8C_400/2017 vom 29. August 2017 E. 4.2).

()

6.2.1. Die Beschwerdeführerin weist zu Recht darauf hin, dass die IV-Stelle den Beschwerdegegner mit Schreiben vom 6. Juni 2019 nicht bloss in allgemeiner Form auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen, sondern unter explizitem Hinweis auf Art.

E. 21

Abs. 4 ATSG sowie Art. 7b Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 IVG beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen eine Einzelfallabwägung vorsieht.

Weiterungen dazu erübrigen sich aber bereits deshalb, weil dem Beschwerdegegner aufgrund des engen zeitlichen Konnexes zwischen Therapieaufgabe und Rentenzusprache

bewusst sein musste, dass der Therapieabbruch auch die Renteneinstellung zur Folge haben würde. Seine unterlassene Meldung des Therapieabbruchs wiegt vor diesem Hintergrund umso schwerer. Zudem war Dr. med. D. _____ davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand unter konsequenter Therapie beim hervorragend ausgebildeten Verhaltenstherapeuten Dr. med. B. _____ und der von der Klinik C. _____ vorgeschlagenen stationären Behandlung massgeblich gebessert hätte (Bericht vom 16. Juli 2021). Nicht zuletzt stellte er auch fest, das psychische Leiden sei kein Grund gewesen, keinen Therapeuten aufsuchen zu können, respektive die IV-Stelle nicht über den Therapieabbruch zu informieren (Bericht vom 21. Oktober 2021). Deshalb war die Rentensistierung hier verhältnismässig. Die Beschwerde ist begründet und gutzuheissen. ■

2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI 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).

Visto l'esito del ricorso (il rinvio della causa con esito aperto equivale a piena vittoria [DTF 141 V 281 consid 11.1; STF 8C_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7]), le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell'UAI, che verserà alla ricorrente, patrocinata in causa da un avvocato, le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA), ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio formulata nel ricorso (DTF 124 V 301 consid. 6; STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5).

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