

## **TI\_GERICHTE 34.2006.41 vom 30. August 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-08-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_34.2006.41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2006.41)

FR: TI\_GERICHTE 34.2006.41 du 30 août 2007

IT: TI\_GERICHTE 34.2006.41 del 30 agosto 2007

### **Regeste**

Assicurato al beneficio di una mezza rendita di invalidità LPP chiede attribuzione rendita intera per peggioramento delle condizioni di salute. Richiesta negata perchè peggioramento insorto dopo l'uscita dall'istituto

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

pag. 57 consid. 2). L'istituto di previdenza non è tuttavia vincolato in maniera assoluta alle conclusioni dell'AI. L'Alta Corte ha in effetti precisato che il vincolo alla pronuncia dell'AI può estendersi solo a quegli accertamenti e a quelle valutazioni degli organi dell'AI che nella procedura AI sono decisivi per la fissazione del diritto ad una rendita d'invalidità (STFA non pubblicate del 26 gennaio 2001 nella causa H., B 79/99 e 4/00 e del 14 agosto 2000 nella causa M., B 50/99). Inoltre, a titolo generale, l'istituto previdenziale può scostarsi dalle conclusioni dell'assicurazione invalidità se queste appaiono di primo acchito insostenibili (DTF 123 V 271 consid. 2a, 115 V 208 consid. 2c, 212, 215 consid. 4c, 115 V 218 consid. 4, 109 V 24; SZS 1996 p. 47; SVR 1995 BVG Nr. 22 p. 57 consid. 2°; STFA del 30 novembre 1993, B 38/92, in Plädoyer 1994 p. 66;; Meyer/Blaser, op. cit., p. 21; cfr. anche DTF 126 V 308 dove si sottolinea che per la valutazione del quesito a sapere se la valutazione dell'AI è manifestamente errata e per questo non vincolante per l'istituto di previdenza sono primariamente determinanti gli atti esistenti al momento in cui la decisione è stata presa). Infine, la giurisprudenza dell'Alta Corte ha stabilito che l'Ufficio dell'assicurazione invalidità è tenuto a notificare una decisione di rendita agli istituti di previdenza entranti in linea di conto, vale a dire che potrebbero essere chiamati a fornire prestazioni nel caso specifico. Se non viene coinvolto nella procedura pendente innanzi all'UAI, l'istituto LPP - che dispone di un diritto di ricorso proprio nelle procedure rette dalla LAI - non è legato alla valutazione dell'invalidità (nel suo principio, quanto al grado e all'inizio del diritto così come anche con riferimento alla decisione sullo statuto di persona invalida, vale a dire di persona ritenuta attiva, parzialmente attiva o non attiva) effettuata dagli organi dell'AI (DTF 130 V 273 consid. 3.1, 129 V 75 e 129 V 150; cfr. anche le sentenze non pubblicate del 21 gennaio 2005 nella causa B., B 32/03; del 21 settembre 2004 nella causa T., B 66/04; del 31 dicembre 2003 nella causa A., B 3/03; del 16 dicembre 2003 nella causa O., B 68/03; del 9 gennaio 2004 nella causa M., B 81/02; cfr. anche esplicitamente l'art. 49 cpv. 4 LPGa e l'art. 76 cpv. 1 lett. i OAI in vigore dal 1. gennaio 2003). Secondo il TFA infine, considerato come lo scopo del vincolo alla pronuncia dell'AI sia quello di sgravare gli istituti di previdenza da accertamenti dispendiosi, bisogna ritenere che tale vincolo sia riferito unicamente a quegli accertamenti e a quelle valutazioni degli organi dell'UAI che nell'ambito della procedura (dell'AI) erano determinanti per l'esame della pretesa alla rendita d'invalidità e sui quali andava effettivamente deciso; diversamente

gli organi della previdenza professionale devono esaminare i presupposti della pretesa liberamente (STFA del 14 agosto 2000 nella causa M., B 50/99). Ne discende che la fissazione della data d'inizio del diritto alla rendita da parte dell'UAI non esclude che l'incapacità lavorativa motivante il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale sia subentrata, foss'anche in misura ridotta, già precedentemente all'inizio dell'anno di carenza secondo l'AI (SZS 2003 p. 45 e SZS 2005 p. 241; STFA dell'11 luglio 2000 nella causa P., B 47/98 e del 9 novembre 2004 nella causa W., B 81/03). In virtù dell'art. 6 LPP, inoltre, le fondazioni di previdenza, oltre alla possibilità di introdurre la previdenza più estesa (art. 49 cpv. 2 LPP; cfr. SZS 1995 p. 465/466 consid. 4b)aa), sono libere di estendere il concetto di invalidità a favore dell'assicurato oppure di concedere prestazioni anche quando il grado d'invalidità è inferiore al 50%. Ciò non significa tuttavia che i fondi di previdenza dispongono di un margine di apprezzamento illimitato (SZS 1995 p. 466 consid. 4b/aa; DTF 118 V 35). Se essi infatti fanno espresso riferimento al concetto di invalidità previsto dall'AI, sono vincolati dalla valutazione dell'invalidità fatta dall'assicurazione invalidità, a meno che la stessa appaia di primo acchito insostenibile (SZS 2002 pag. 155; SZS 1996 p. 48 consid. 2b e 2d; SVR 1995 BVG Nr. 22 p. 57 consid. 2a; SVR 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c; DTF 115 V 208 consid. 2c; 115 V 215 consid. 4c). Se il concetto di invalidità è più esteso, il fondo di previdenza non è per contro vincolato alle conclusioni dell'AI. In tal caso la fondazione può statuire liberamente tenuto conto di regole proprie. In simili condizioni potrà senz'altro fondarsi su elementi raccolti dall'UAI, ma non sarà vincolata da una valutazione che si fonda su altri criteri (SZS 1997 p. 71; SZS 1996 p. 56; DTF 118 V 73 consid. 1; DTF 117 V 335 consid. 5c; DTF 115 V 220-221;). Secondo la giurisprudenza la facoltà riservata agli istituti di previdenza in virtù dell'art. 6 e 49 cpv. 2 LPP non implica un potere di apprezzamento illimitato. Se essi adottano nei loro statuti o nei regolamenti un certo metodo di valutazione, devono conformarsi, nell'applicazione dei criteri, ai concetti delle assicurazioni sociali (per l'incapacità di esercitare la propria professione abituale: DTF 111 V 239 consid. 1b) e ai principi generali (DTF 113 II 347 consid. 1a). In altri termini se dispongono di piena libertà nella scelta della nozione, devono comunque assegnarle il significato usuale e riconosciuto in ambito assicurativo (STFA non pubbl. in re A. del 25 marzo 1993 consid. 3). 2.7. Secondo la giurisprudenza del TFA, l'art. 23 LPP persegue anche lo scopo di delimitare la responsabilità tra più istituti di previdenza. La questione si pone ad esempio nel caso in cui il lavoratore, già colpito nella sua salute in una misura atta a influenzare la sua capacità di lavoro, entra al servizio di un nuovo datore di lavoro e viene in seguito posto al beneficio di una rendita di invalidità. In tale ipotesi, a determinate condizioni, le prestazioni vanno versate dal precedente istituto di previdenza e non dall'attuale (DTF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c e 120 secondo cui "l'art. 23 LPP vise quant à lui à prolonger la responsabilité de l'institution de prévoyance au-delà de l'affiliation, lors de la survenance de l'éventualité assurée"; cfr. anche SZS 2002 pag. 156 consid. 2b; STFA non pubblicata del 6 giugno 2001 nella causa B., B 64/99). Secondo la giurisprudenza federale come accennato, affinché il precedente istituto di previdenza sia tenuto a versare la prestazione d'invalidità, l'incapacità di lavoro deve essersi manifestata in un'epoca in cui l'assicurato era affiliato presso quell'istituto e deve inoltre sussistere fra detta incapacità e l'invalidità uno stretto nesso materiale e temporale. Vi è connessione materiale se il danno alla salute all'origine dell'invalidità è essenzialmente lo stesso che si è già manifestato durante l'affiliazione al precedente istituto di previdenza e che ha causato un'incapacità di lavoro. La connessione temporale presuppone che l'assicurato, dopo l'insorgenza dell'incapacità lavorativa, non sia

ridivenuto abile al lavoro per lungo tempo. Tale connessione è interrotta se, durante un certo periodo, l'assicurato è nuovamente abile al lavoro, ritenuto comunque che un breve periodo di remissione non basta per interrompere il rapporto di connessione temporale (cfr. DTF 130 V 275 consid. 4.1; SZS 2002 pag. 156; DTF 123 V 264 consid. 1c e DTF 120 V 117 consid. 2c; già citata STFA non pubblicata del 6 giugno 2001). In tal caso il vecchio istituto di previdenza è liberato da qualsiasi obbligo (DTF 120 V 117; M. Moser, *Die zweite Säule und ihre Tragfähigkeit*, Basilea 1993, p. 210). Si osservi infine che il requisito del nesso di causalità materiale e temporale quale criterio per l'obbligo prestativo di un istituto di previdenza non è applicabile solo quando si tratti di delimitare la responsabilità tra due istituti di previdenza. Tale criterio vale in ogni caso, vale a dire anche quando si tratta di decidere se un istituto di previdenza a cui un lavoratore era affiliato al momento dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa debba rispondere per il rischio d'invalidità sorto dopo la fine del rapporto di previdenza in un momento in cui l'interessato ancora non aveva reperito un nuovo lavoro e, quindi, ancora non era assicurato presso alcun istituto di previdenza (SVR 2001 no. 18 pag. 69segg.; STFA non pubblicate del 15 novembre 2001 in re N., B 34/01, del 10 ottobre 2001 in re C., B 72/99 e del 6 giugno 2001 in re B., B 64/99).

2.8. Nel caso in esame, secondo l'art. 3.5.7 del regolamento della Fondazione CV 1, nella versione applicabile dal 1. gennaio 1995, la persona assicurata è considerata invalida quando è stata dichiarata invalida ai sensi dell'AI o se " in seguito a malattia, infortunio l'assicurato non è in grado di esercitare temporaneamente o permanentemente la sua professione o un'altra attività remunerativa a lui confacente. Un'altra attività è confacente solo se corrisponde alle cognizioni, alle attitudini e alla posizione sociale avute sinora" (doc. B126). Il regolamento non prevede il diritto a delle prestazioni in caso d'invalidità inferiore al 25 % (art. 3.5.9). Per quel che concerne il periodo di attesa, tale periodo è stato fissato in 24 mesi (art. 3.5.1). Analoghe disposizioni sono contenute nella versione del Regolamento in vigore dal marzo 2001 (doc. B101).

2.9. Nel caso concreto, in accoglimento della domanda di prestazioni inoltrata all'Ufficio AI dall'assicurato nell'agosto 1993 (doc. A38), con effetto dal 1. ottobre 1993 AT 1 è stato posto al beneficio di una mezza rendita di invalidità per problemi di natura ortopedica/internistica (segnatamente " stato dopo politrauma dell'arto superiore ds e del bacino; periartrite omero.scapolare calcarea bilaterale trattata curentemente; coxartrosi postraumatica a destra; grave sindrome panvertebrale cronico recidivante, irradiante; Artrosi postraumatica del gomito ds con cronica epicondilita radiale a destra" giusta il certificato del 27 novembre 1993 del curante dr. \_\_\_\_\_, doc. AI; cfr. sopra consid. 1.1-1.3). All'epoca dell'attribuzione della prestazione, nessuno dei medici curanti ha evidenziato la presenza di problemi di natura psichiatrica, le funzioni psichiche dell'assicurato essendo anzi definite normali (cfr. rapporto medico all'Ufficio AI del 14 settembre 1993 del dr. \_\_\_\_\_, doc. B3, e del 18 giugno 1996 del dr. \_\_\_\_\_, doc. B2). D'altra parte dagli atti risulta chiaramente (e questa circostanza è ammessa pacificatamente dalle parti) che la rendita intera di invalidità è invece stata assegnata, con effetto a decorrere dal mese di luglio 2001, non per il peggioramento delle citate diagnosi - le quali a detta dei medici interpellati non avevano subito alcuna modifica significativa (cfr. la perizia reumatologica dal dr. \_\_\_\_\_ del 12 febbraio 2003, doc. A 10) -, ma a causa dell'insorgenza, dal mese di febbraio 2001, di problemi psichiatrici (" Depressione ansiosa persistente e sindrome ansiosa generalizzata ", cfr. perizia del dr. \_\_\_\_\_, psichiatra, redatta il 28 luglio 2003 all'attenzione dell'Ufficio AI, doc. A 11) in aggiunta alle altre turbe. Appurato quindi che l'aumento del grado di invalidità, dal 50% al 100%, è riconducibile ad un'altra causa

rispetto a quella che ha portato all'assegnazione della mezza rendita e meglio all'insorgenza di patologie psichiatriche, tenuto conto delle disposizioni legali e della giurisprudenza succitata, nel caso in esame dev'essere quindi stabilito se il danno alla salute che ha causato il peggioramento dello stato di salute e, quindi, del grado di invalidità dell'assicurato, sia insorto in un momento in cui l'interessato ancora era assicurato presso la Fondazione CV 1. Solo in questa ipotesi la Fondazione dovrà rispondere dell'avvenuto peggioramento delle condizioni di salute dell'attore. 2.10. Emerge dal fascicolo processuale che la presenza di una patologia psichiatrica è stata segnalata per la prima volta nell'ambito della procedura di revisione della rendita AI attivata dal ricorrente nel luglio 2001 e meglio nel già citato referto peritale 28 luglio 2003 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, il quale ha diagnosticato una depressione ansiosa persistente (ICD - 10 F34.1) e una sindrome ansiosa generalizzata (ICD - 10 F41.1), oltre a diverse patologie somatiche (doc. A 11). In merito alle affezioni psichiche egli ha specificato che " la sindrome depressiva è presente dal 1983 circa. La sindrome ansiosa generalizzata è insorta negli ultimi anni. " (doc. A 11 pag. 8). Riguardo alle conseguenze dei disturbi psichici sulla capacità lavorativa il perito ha così risposto alle domande poste dall'amministrazione: " 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1. Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? I disturbi psichiatrici constatati hanno influito negativamente, sulla possibilità del Sig. RI 1, di riprendere la sua attività lavorativa nella misura del 75%. 2.2. L'attività attuale è ancora praticabile? No. 2.4. E' constatabile una diminuzione della capacità di lavoro? Sì. 2.5. Se sì, in che misura? Nella misura del 75%. 2.6. Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro provata a livello medico di almeno il 20%? Secondo il rapporto medico del Dr. \_\_\_\_\_ dal febbraio del 2001. 2.7. Qual è stato da allora lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? Si prega di riferirsi alle "evoluzioni delle risorse e deficit, sviluppo della malattia e risultati della terapia e alle valutazioni e prognosi". (Doc. A11 p.10) Di conseguenza, accertato l'intervento di un aggravamento delle condizioni di salute dell'assicurato a dipendenza delle patologie psichiatriche, con decisione 11 settembre 2003 l'Ufficio AI ha ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro, motivo per cui gli ha riconosciuto, con effetto dal 1° luglio 2001, una rendita intera d'invalidità (doc. A12). Va qui ricordato che con questa decisione l'amministrazione ha modificato e sostituito un precedente provvedimento del 26 aprile 1999, mediante il quale, sulla base della perizia del SAM del 15 dicembre 1998 (doc. A6), il grado d'invalidità dell'assicurato era stato definito nella misura del 50% dal maggio 1999 (cfr. consid. 1.2 e doc. A7). Su richiesta del legale dell'attore, con scritto 27 aprile 2004 il dr. \_\_\_\_\_ ha fatto presente quanto segue: " In seguito alla cortese Sua del 6 aprile 2004, volentieri rispondo alle sue richieste. La domanda che lei mi poneva era la seguente: Le sarei grato se potesse precisare se nel periodo 1 maggio 1999, 30 giugno 2001 la depressione ansiosa persistente (ICD-10 F 34.1), presente dal 1983, e/o la sindrome ansiosa generalizzata (ICD-10 F 41.1), insorta negli ultimi anni, aggravavano l'incapacità lavorativa dell'assicurato in misura superiore al 50%, già presente per motivi fisici. Da quanto si legge nella mia perizia del 28 luglio 2003 (pagg. 8 e 9) laddove si scrive "... il fatto di essere stato riconosciuto ... nel 1995 come inabili all'80%, gli permise di mantenere un minimo equilibrio della persona ... quando vi fu la revisione della AI nel 1998 con ... attribuzione di una mezza rendita, egli scivolò progressivamente in un nuovo stato di insicurezza e di fragilizzazione...", è presumibile ipotizzare che egli fosse già psichicamente molto fragile in quell'epoca di vita. In effetti egli mantenne un adeguato, ma fragile equilibrio psichico grazie all'attribuzione di una rendita intera nel 1995, così come scritto a pagina 8 della mia

perizia del luglio 2003 "... In effetti l'essere riconosciuto come incapace di lavorare per cause prettamente somatiche, in una persona ove alto è il senso di responsabilità ed ove vi è una dinamica psicologica caratterizzata da un accumulo delle tensioni piuttosto che da una comunicazione delle ansie e delle angosce, fu vissuto in modo positivo...". Alla luce di quanto descritto è adeguato, dal lato psichiatrico medico-teorico, ipotizzare che la depressione ansiosa persistente e la sindrome ansiosa generalizzata abbiano aggravato l'incapacità lavorativa del sig. RI 1 in misura superiore al 50%, già a partire dalla fine del 1998, inizio 1999." (Doc. AI) In data 22 maggio 2004 lo specialista ha ancora precisato: " In seguito alla cortese Sua del 17 maggio 2004, volentieri rispondo alla Sua richiesta. Alla luce di quanto descritto è adeguato, dal lato psichiatrico medico-teorico, ipotizzare che la depressione ansiosa persistente e la sindrome ansiosa generalizzata abbiano aggravato l'incapacità lavorativa del sig. RI 1 in misura superiore dal 50%, già a partire dalla fine del 1998, inizio 1999. È ipotizzabile quantificare attorno al 65-75% l'incapacità lavorativa a decorrere dalla fine del 1998, inizio 1999." (Doc. A 33) Infine, nuovamente interpellato dall'avv. RA 1, mediante lettera datata 18 giugno 2004 lo specialista ha risposto: " In seguito alla cortese Sua del 11 giugno 2004, volentieri rispondo alla Sua richiesta. Alla luce di quanto descritto è adeguato, dal lato psichiatrico medico-teorico, ipotizzare che l'incapacità lavorativa manifestata dal Sig. RI 1 alla fine del 1998, inizio 1999 è probabile. È ipotizzabile quantificare attorno al 65-75% l'incapacità lavorativa a decorrere dalla fine del 1998, inizio 1999. Dai dati in mio possesso non mi è possibile essere più preciso rispetto all'incapacità lavorativa." (Doc. AI) Sulla base di questi scritti, l'assicurato ha sostenuto, nell'ambito della procedura ricorsuale avverso la decisione 1. dicembre 2004 dell'Ufficio AI (cfr. sopra consid. 1.3), che "secondo il grado di verosimiglianza preponderante, è quindi provato che l'assicurato era inabile al lavoro in una percentuale oscillante dal 65% al 75%, già a fine 1998, inizio 1999", motivo per cui egli ha postulato il riconoscimento di una rendita intera anche per il periodo (1° maggio 1999 - 30 giugno 2001) in cui l'amministrazione gli aveva riconosciuto una mezza rendita (doc. AI). Ora, questo TCA, nella succitata pronuncia del 14 giugno 2005 (cresciuta incontestata in giudicato; 32.2005.1), approfondendo il tema di sapere se esistessero motivi per procedere ad un riesame o ad una revisione processuale della decisione amministrativa cresciuta in giudicato del 9 maggio 1999, sulla base della documentazione medica agli atti, ha negato gli estremi per riconsiderare o rinvenire sul provvedimento interessato, osservando in sostanza come non fosse provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195) che precedentemente alla primavera del 2001 l'assicurato fosse portatore di un'affezione psichica invalidante. Risulta infatti dagli atti che l'assicurato è stato sottoposto ad un esame multidisciplinare eseguito nei giorni 30 novembre e 1° dicembre 1998 da parte del SAM, nel corso del quale i periti non hanno riscontrato alcun danno alla salute di natura extra-somatica (doc. A6). D'altra parte con riferimento al fatto che il dr. \_\_\_\_\_, nella sua perizia 28 luglio 2003, ha affermato che il paziente soffriva "dal 1983" di una sindrome depressiva, va ribadito in questa sede che, secondo la giurisprudenza federale, affinché il danno alla salute psichico possa essere considerato invalidante occorre che lo stesso 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 del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3a edizione, Berna 2003, pag. 128), AI

riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Ora, nella specie siffatti estremi per considerare invalidante un eventuale – peraltro non provato – disturbo psichico non erano manifestamente (ancora) adempiuti, quantomeno sino al momento della resa della decisione dell'Ufficio AI 9 maggio 1999 (doc. A8) rispettivamente sino all'epoca della revisione della prestazione nel 2001. In effetti, a prescindere dal fatto che dagli atti non risulta che l'assicurato fosse mai stato, prima del febbraio 2001 (cfr. doc. A11 p.5), in cura psichiatrica o che assumesse psicofarmaci, a tal riguardo va fatto nuovamente presente che nella dettagliata e approfondita descrizione fatta dai periti del SAM nella perizia del 15 dicembre 1998 (doc. A 6) in merito allo status psichico non si riscontrano elementi di una psicopatologia (" L'esame dell'affettività evidenzia una timia adeguata, nessun segno per disforia o depressione " ..." Globalmente non si notano disturbi psicopatologici maggiori" , cfr. punto C della perizia, doc. A 6). Del resto, la prima volta in cui viene menzionata una patologia psichica invalidante è nel rapporto datato 20 agosto 2001 del dr. \_\_\_\_\_, il quale ha evidenziato "una grave sindrome depressiva" con ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. AI e A11 p. 5). Non si può d'altra parte prescindere dall'osservare che mediante i citati scritti

## **E. 27**

aprile, 22 maggio e 18 giugno 2004 (doc. AI e doc. A33) il dr. \_\_\_\_\_, senza basarsi su alcun nuovo substrato medico oggettivo, ha proceduto essenzialmente ad una nuova e diversa valutazione del grado di capacità lavorativa, basandosi su fatti già noti durante l'esame peritale 28 luglio 2003, esame che deve senza dubbio essere considerato probante giacchè completo in ogni suo punto e coerente nelle conclusioni (in merito cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 60 consid. 1c). Del resto, sempre nel referto 28 luglio 2003 il dr. \_\_\_\_\_ aveva aderito alla valutazione del medico curante (dr. \_\_\_\_\_) in merito all'inizio dell'incapacità lavorativa fissandola al mese di febbraio 2001 (doc. A11 e A10, e cfr. sopra), mentre che nei citati scritti 27 aprile, 22 maggio e 18 giugno 2004 egli ha unicamente ipotizzato un'incapacità lavorativa tra il 65 e 75% dalla fine del 1998 ("... è adeguato, dal lato psichiatrico medico-teorico, ipotizzare che l'incapacità lavorativa manifestata dal Sig. AT 1 alla fine del 1998, inizio 1999 è probabile"; risposta 22 maggio 2004, doc. A33, riportata qui sopra). Da quanto precede questo TCA, in sostanziale

conferma delle conclusioni di cui alla pronuncia del 14 giugno 2005 (STCA 32.2005.1), ritiene provato, con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nelle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2; SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 47 consid. 2a e 208 consid. 6b; RAMI 1994 p. 210/211), che l'inizio dell'incapacità lavorativa per motivi psichici sia da far risalire alla primavera del 2001. Ma anche volendo per ipotesi di lavoro seguire quanto indicato dal dr. \_\_\_\_\_ all'avv. RA 1 negli scritti 22 maggio e 18 giugno 2004, l'inizio dell'incapacità lavorativa per motivi psichici che ha originato l'assegnazione della rendita intera da parte dell'AI sarebbe da collocare al più presto tra la fine del 1998 e l'inizio del 1999, e, quindi, in un momento in cui, e da tempo, l'assicurato più non era affiliato presso la convenuta ritenuto come egli stesso fa risalire la sua uscita dalla Fondazione al mese di gennaio 1995 (cfr. sopra consid. 2.4). Non è superfluo aggiungere che nella sua nota all'Ufficio AI del 10 febbraio 2004, la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR ha rettamente concluso come non vi sia "dato medico che possa permettere di accertare con certezza nel periodo tra maggio 1999 e gennaio 2001, la presenza di una psicopatologia grave al punto tale da determinare un ulteriore aumento dell'incapacità lavorativa oltre il 50% già presente per motivi essenzialmente fisici" ( doc. AI). 2.11. Non permettono di concludere altrimenti le affermazioni espresse il 18 maggio 2006 sempre dal dr. \_\_\_\_\_, in risposta ai quesiti postigli - in maniera quantomeno suggestiva - dal legale dell'attore. Lo specialista ha, fra l'altro, dichiarato: " (...) Faccio seguito alla sua cortese del 03.05.2006. Ella mi chiedeva "sulla scorta di questi documenti, le sarei grato se potesse certamente indicarmi per iscritto se è possibile ipotizzare che la depressione ansiosa persistente, presente dal 1983, e quella ansiosa generalizzata, insorta negli ultimi anni, abbiano potuto aggravare l'incapacità lavorativa del signor AT 1 in un periodo antecedente la fine del 1998 / inizio 1999" . Nella perizia del dr. \_\_\_\_\_, esperto in medicina infortunistica e assicurativa, dal 1° luglio 1983 viene posta diagnosi di: "psico-neurastenia con astenia depressiva e concomitante astenia inibitoria sessuale" . A questa diagnosi fanno seguito altre diagnosi di ordine prettamente somatico. Nella perizia del dr. \_\_\_\_\_ l'unico commento che si legge per la problematica neuroastenica è la connessione di questa problematica e della ipotenia sessuale con la commozione cerebrale, ma anche l'assenza di una terapia specifica che il dr. \_\_\_\_\_, neurologo, non ritenne opportuno utilizzare. Nella mia perizia del 28 luglio 2003 scrivevo "da lì (1992 ndr) iniziò a sentirsi sempre più fragilizzato, poiché non riuscì più a ritrovare un'attività lavorativa che gli permettesse di poter rinforzare la sua autostima personale. In effetti al livello privato anche il fatto di non poter avere più delle relazioni intime a causa di una impotenza coeundi, ha agito negativamente sulla propria stima ...". Pertanto dal lato prettamente psichiatrico egli ha sofferto già prima del 1998 inizio 1999 di una depressione ansiosa persistente che gli ha limitato la sua capacità lavorativa. È probabile che la depressione ansiosa persistente già dopo il 1992 abbia ridotto la sua capacità lavorativa almeno del 50%." (Doc. 37) Ricordato come conformemente alla giurisprudenza, affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica e contenga conclusioni motivate (Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b), questo TCA non può condividere le conclusioni che l'attore vorrebbe trarre dalle

affermazioni del dr. Mattia in tale recente referto. In effetti, come è già stato detto, si tratta di valutazioni probabilistiche non oggettivabili, espresse in relazione alla situazione valetudinaria dell'assicurato di numerosi anni prima, quando lo specialista ancora non aveva mai visitato il paziente, e che configurano essenzialmente degli apprezzamenti a posteriori, di natura esclusivamente ipotetica (“ È probabile... ”, cfr. sopra per esteso), espressi sulla base dei medesimi fatti e elementi già noti durante l'esame peritale 28 luglio 2003. Va qui peraltro evidenziato che nel caso di una valutazione retrospettiva della capacità lavorativa di un assicurato, in assenza di più attendibili elementi, va data particolare importanza alle certificazioni rese dai medici curanti (STCA del 14 settembre 2006 nella causa G., 32.2005.147; cfr. anche su questo punto Boltshauser, “Invaliditätsbemessung bis zur feststehenden Dauerinvalidität” in: Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, Band 45, St. Gallen 1999). Ora, come detto, le varie certificazioni agli atti rese nel corso degli anni non permettono in alcun modo di concludere per l'esistenza di un'incapacità lavorativa significativa causata da motivi psichici in epoca precedente al 2001. Non da ultimo si rimanda nuovamente alla valutazione multidisciplinare approfondita eseguita dai sanitari del SAM per l'Ufficio AI il 15 dicembre 1998 (doc. A 6) – alla quale può senza dubbio essere attribuito valore probatorio pieno secondo la giurisprudenza – nella quale non si fa alcun accenno all'esistenza di fattori psichici concomitanti. La convenuta sottolinea inoltre rettamente che nemmeno dai rapporti del curante dr. \_\_\_\_\_ del 27 novembre 1993 (doc. A2) e 18 giugno 1996 (doc. B2) e del dr. \_\_\_\_\_ del 14 settembre 1993 (doc. B3) è possibile dedurre alcunché circa i denunciati problemi psichici. Problemi che del resto non vengono nemmeno denunciati dall'assicurato medesimo in occasione della presentazione della domanda di prestazioni del 2 agosto 1993 (doc. A 1). Né del resto è possibile, per le argomentazioni espresse sopra, concludere altrimenti sulla base delle affermazioni rese dall'ex superiore dell'assicurato di fronte agli organi della SUVA il 26 settembre 1983 ( per le quali AT 1 appariva “ moralmente depresso” , doc. A 34) o della diagnosi di psico-neurastenia posta nel luglio 1983 dal dr. \_\_\_\_\_ all'attenzione della SUVA (doc. A 35). In proposito è sufficiente ribadire che anche volendo ammettere l'esistenza di problematiche psichiatriche già in epoca precedente al febbraio 2001, è innegabile, sulla base degli atti, che essi non avevano comunque mai in precedenza, segnatamente nel periodo in cui l'attore ancora era assicurato presso la fondazione convenuta, dato luogo ad un'incapacità lavorativa significativa o resa necessaria una terapia medica o medicamentosa. Del resto nemmeno dal richiamato referto del dr. \_\_\_\_\_ è possibile evincere una conclusione circa una eventuale incapacità lavorativa, foss'anche parziale, a dipendenza di problemi psichici. 2.12. In simili condizioni il peggioramento dello stato di salute dell'assicurato e il relativo aumento del grado d'invalidità non possono essere posti a carico della Fondazione convenuta, nella sua qualità di istituto di previdenza presso cui l'interessato era assicurato quando è sorta l'invalidità lavorativa che ha condotto a riconoscergli la mezza rendita, in quanto riconducibili ad una nuova causa insorta in un'epoca successiva all'uscita dalla fondazione previdenziale. La Fondazione CV 1 non può pertanto essere condannata a versare all'assicurato una rendita intera di invalidità, ma dovrà continuare, anche successivamente al 1. maggio 1999 rispettivamente 1. luglio 2001, a versare la prestazione dovuta limitatamente al grado del 50%. Per tutti i motivi che precedono, la petizione presentata da AT 1 deve essere integralmente respinta. 2.13. Il tema della rifusione delle ripetibili non è regolato dalla LPP. L'art. 22 cpv. 1 LPTCA dispone che il ricorrente che vince la causa ha diritto nella misura stabilita dal giudice al rimborso delle spese processuali, dei disborse e

delle spese di patrocinio. Il diritto è riservato, analogamente all'art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA, al solo ricorrente. Il motivo di questo privilegio è esposto dal TFA nella sentenza 7 dicembre 1989 nella causa D.W. (pubblicata in RAMI 1990 U 98 p. 195) a proposito dell'art. 108 LAINF, precisando che scopo della norma è di consentire all'assicurato, spesso socialmente debole, di far valere in giustizia le sue pretese a prestazioni assicurative senza esserne trattenuto dal timore di dover sborsare, in caso di soccombenza, un'indennità alla controparte. Motivi analoghi presiedono all'esclusione del diritto a ripetibili a favore di organismi adempienti funzioni di diritto pubblico, sancito dall'art. 159 cpv. 2 OG in fine (DTF 112 V 49). In materia di LPP il diritto a ripetibili dev'essere esclusivamente riservato all'assicurato vittorioso in causa: le ripetibili sono in tale ipotesi accolte all'assicuratore che ha introdotto la causa e l'ha persa (DTF 126 V 150). Per contro, l'assicuratore che vince la causa, ancorché rappresentato da un legale, non ha, di regola, diritto a ripetibili, tranne, eccezionalmente, nell'ipotesi - non realizzata nella fattispecie - in cui il comportamento processuale di controparte si dimostri temerario o improntato a leggerezza (DTF 128 V 133, 127 V 207, 126 V 150, 112 V 361; SZS 2001 p. 174; STCA 9 marzo 1992 nella causa F.P. c. S. SA; AHI Praxis 2000 p. 337; RCC 1984 p. 278).

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