

## **TI\_GERICHTE 34.2007.25 vom 3. Juni 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-06-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_34.2007.25](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2007.25)

FR: TI\_GERICHTE 34.2007.25 du 3 juin 2008

IT: TI\_GERICHTE 34.2007.25 del 3 giugno 2008

### **Regeste**

L'assicurata, beneficiaria di una mezza rendita di invalidità della previdenza professionale, chiede l'attribuzione di una rendita intera facendo valere un peggioramento delle sue condizioni fisiche. Richiesta negata

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

della Legge di procedura per le cause davanti al TCA (LPTCA) precisa che " Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente" (cpv. 1) " Il giudice delegato ha la facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato" (cpv. 2) In proposito, va rilevato che nell'ambito del diritto delle assicurazioni sociali e, quindi, anche nella LPP, vige il principio indagatorio: l'amministrazione e, in caso di ricorso, il giudice, accertano d'ufficio i fatti determinanti per il giudizio, assumono le prove necessarie e le valutano liberamente, qualunque ne sia la provenienza, nel senso che non sono limitati da regole formali di procedura ( Zünd, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Zürich 1999, §23 n. 5; cfr. art. 73 cpv. 2 LPP; cfr. anche DTF 122 V 157 e STFA non pubblicata del 29 settembre 1998 nella causa F., H 201/97; STFA del 28 aprile 2003 nelle cause P. e M., H 208/00 e H 209/00, STFA del 30 novembre 2000 nella causa T (K 22/00). Il giudice dirige l'istruttoria (cfr. anche art. 10 LPTCA) e agisce quindi di propria iniziativa, senza essere vincolato alle richieste delle parti. Inoltre, in una sentenza non pubblicata del 29 settembre 1998 nella causa F., H 201/97, l'Alta Corte, confermandosi nella propria giurisprudenza di cui alla DTF 122 V 157, ha, tra l'altro, ribadito che: "(...) d) Sia rilevato infine che il diritto federale non fissa alcuna prescrizione sul modo di apprezzare i mezzi di prova. In materia di procedura amministrativa e di procedura relativa al ricorso di diritto amministrativo vale il principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC combinato con l'art. 19 PA; art. 95 cpv. 2 OG combinato con gli art. 113 e 132 OG). Secondo questo principio, gli organi e i giudici delle assicurazioni sociali valutano liberamente e in maniera completa le prove - nel senso che non sono limitati da rigide regole formali di procedura - e operano in conformità del principio indagatorio (Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 278). Trattandosi della procedura di ricorso, ciò significa che il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. (...) Elemento determinante dal profilo probatorio, non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio richiesto sotto la qualifica di rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). (...)" (cfr. STFA del 29

settembre 1998 nella causa F., H 201/97, consid. 7d) In una sentenza del 30 novembre 2000 nella causa T (K 22/00), il TFA, chiamato a pronunciarsi su un ricorso interposto da una Cassa contro una decisione incidentale con la quale il TCA, accertata l'intempestività della risposta presentata dalla Cassa, aveva stabilito che comunque la documentazione da essa prodotta veniva acquisita agli atti, nella misura in cui sarebbe stata giudicata rilevante ai fini di un corretto e puntuale chiarimento dei fatti giuridicamente importanti, il TFA ha dichiarato irricevibile il ricorso in quanto la decisione non creava un danno irreparabile. L'Alta Corte, ha in particolare, osservato che: "(...) nel concreto caso, l'istanza cantonale, dopo aver nei considerandi di diritto ricordato come nell'ambito delle assicurazioni sociali e quindi anche dell'assicurazione malattie vigesse il principio inquisitorio, ha nel dispositivo della querelata pronunciato che i documenti prodotti dalla Cassa, pur avendo quest'ultima inviato la sua risposta tardivamente, venivano comunque acquisiti all'incanto, nella misura in cui sarebbero stati ritenuti determinanti ai fini del giudizio. Non si vede pertanto in quale modo la litigiosa decisione incidentale possa causare un pregiudizio irreparabile alla Cassa, danno che la medesima d'altronde non fa nemmeno valere nel suo ricorso di diritto amministrativo, il quale si rileva di conseguenza inammissibile, (...)." (cfr. STFA del 30 novembre 2000 nella causa T., K 22/00) Il TCA si è espresso in questo senso anche in un giudizio non pubblicato del 23 luglio 2003 nella causa C. (38.2002.278). In simili condizioni il TCA nella presente lite considererà dunque l'atto del 29 novembre 2007 nella misura in cui contenga informazioni rilevanti per la vertenza, ritenuto anche come all'attrice sia stata data facoltà di esprimersi in proposito (cfr. XXVI e XXVIII). 2.1.2. Inconferenti d'altra parte paiono anche le censure mosse dall'attrice alla forma della "decisione" 4 aprile 2007 con la quale la Cassa ha respinto la sua richiesta di adeguamento delle prestazioni di invalidità dal 50% al 100% (cfr. I pag. 3; doc. A). In effetti, questo Tribunale non può ravvisare, nella determinazione in oggetto, alcuna lacunosità (cfr. anche quanto allegato dalla Cassa in proposito, VI pag. 2). In proposito val la pena comunque di ricordare che la giurisprudenza ha più volte statuito, riferendosi all'art. 73 LPP, che la LPP non prevede la possibilità per gli organi dell'istituto di previdenza, di pronunciare decisioni vincolanti, in applicazione del diritto federale, cantonale o comunale (RDAT I-1994 p. 195). Per questi motivi la procedura di cui all'art. 73 LPP non è quella del ricorso ma dell'azione. Alla base del procedimento non vi è infatti una decisione, bensì una "controversia tra istituti di previdenza, datori di lavoro e aventi diritto" (DTF 112 Ia 184 consid. 2a; DTF 118 Ib 177, DTF 118 V 162; Viret, La jurisprudence du TFA en matière de prévoyance professionnelle: Questions de procédure, in RSA 1989 pag. 92; Schwarzenbach-Hanhart, Die Rechtspflege nach dem BVG, in SZS 1983 pag. 183; Spira, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, in RJN 1984 pag. 14; Grisel, Traité de droit administratif, pag. 940). Dal momento che gli istituti di previdenza non sono dotati del potere di emanare decisioni, le loro prese di posizione rivestono il valore di semplici dichiarazioni di parte, contro le quali può essere intentata azione al fine di ottenere il riconoscimento di diritti negati, e ciò non nel termine breve del ricorso (di regola 30 giorni), pena la perenzione della pretesa, ma nei termini più ampi di prescrizione del credito (art. 41 LPP che dichiara inoltre applicabili gli art. 129 a 142 CO; sul punto cfr. Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, pag. 242 nota 653). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è il diritto ad una rendita d'invalidità intera della previdenza professionale vantato dall'assicurata nei confronti della Cassa convenuta, la quale le versa una mezza prestazione a far tempo dal 1.ottobre 1993. AT 1 fa infatti valere un peggioramento delle condizioni di salute tale da limitare la sua capacità lavorativa in misura

totale. Si tratta dunque in questa sede di esaminare l'effettiva sussistenza dell'addotto peggioramento dello stato di salute e, nell'affermativa, di verificare se le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa della richiedente debbano essere assunte dalla convenuta. La Cassa respinge la pretesa ritenendo in sostanza che l'eventuale peggioramento del grado d'invalidità sia da ricondurre ad un aumento del grado d'incapacità lavorativa causato da un danno alla salute - segnatamente l'eczema alle mani - diverso da quello che ha giustificato l'assegnazione della mezza rendita e manifestatosi in misura invalidante al più presto a partire dal 2000 e, quindi, in un momento in cui l'attrice non era più affiliata presso di lei, il rapporto assicurativo essendo stato sciolto nel novembre 1993.

2.3. Preliminarmente va determinato il momento in cui è cessata la copertura assicurativa LPP di AT 1 presso la convenuta. 2.3.1. Secondo l'art. 10 cpv. 2 LPP l'obbligo assicurativo finisce, tra l'altro, quando è sciolto il rapporto di lavoro (in proposito cfr. SZS 1995 pag. 464 e DTF 120 V 19 consid. 2). In questa evenienza il rapporto di previdenza prende fine ex lege contemporaneamente allo scioglimento del rapporto di lavoro e a questo momento la prestazione di libero passaggio diventa esigibile (DTF 120 V 20, 115 V 27 consid. 5; Brühwiler, Die betriebliche Personalvorsorge in der Schweiz, Bern 1989, §22, N. 80). La regola vale sia nella previdenza obbligatoria sia in quella più estesa (art. 331a cpv. 1 e 331 b cpv. 1 CO; DTF 120 V 20 e 115 V 33; cfr. anche SVR 1995 BVG n. 38 consid. 2aa; DTF 118 V 39 consid. 2, 115 V 33 consid. 5; SPV 6/1994 p. 265). Non è rilevante l'effettivo esercizio dell'attività lavorativa né l'abbandono della stessa, bensì la fine, da un punto di vista giuridico, del rapporto di lavoro in virtù delle disposizioni di cui all'art. 334ss CO (DTF 118 V 39 consid. 2). Di conseguenza, di principio il rapporto assicurativo si conclude con la decorrenza del termine di disdetta legale o contrattuale (SVR 1995 BVG n. 38 consid. 2aa p. 109 e dottrina citata). Irrilevante è il fatto che l'uscita dal servizio è avvenuta in precedenza (DTF 120 V 20 consid. 2°; 115 V 34 consid. 5). Tuttavia, giusta il capoverso 3 dell'art. 10 LPP nella sua versione in vigore fino al 31 dicembre 1994 - determinante in casu (SVR 1995 BVG Nr. 38 consid. 2bb p. 110) - " per i rischi morte e invalidità il salariato resta assicurato presso il suo istituto di previdenza per 30 giorni dopo lo scioglimento del rapporto di lavoro." Va ancora detto, per completezza, che nel caso in cui, come nella presente fattispecie, l'assicurato beneficia di una mezza rendita d'invalidità, giusta l'art. 15 OPP2 l'istituto di previdenza divide l'aver di vecchiaia in due parti uguali; la metà corrispondente alla parte d'incapacità lavorativa (parte passiva) sarà trattata secondo l'art. 14 OPP2 (conto di vecchiaia dell'assicurato interamente invalido tenuto fino all'età conferente il diritto alla rendita di vecchiaia); l'altra metà (vale a dire quella relativa alla parte di capacità lavorativa o parte attiva) è assimilata all'aver di vecchiaia di un assicurato che esercita un'attività lucrativa a tempo completo e in caso di scioglimento del rapporto di lavoro è trattata secondo gli art. 3-5 LFLP. Lo scioglimento del rapporto di lavoro e, quindi, l'uscita dall'istituto di previdenza dà in altri termini luogo ad un caso di libero passaggio nella misura della parte "attiva", cioè corrispondente alla parte ancora valida. Secondo l'art. 2 LFLP (Prestazioni d'uscita) " l'assicurato che lascia l'Istituto di previdenza prima che insorga un caso di previdenza (caso di libero passaggio) ha diritto ad una prestazione d'uscita (cpv.1)." " la prestazione d'uscita è esigibile con l'uscita dall'istituto di previdenza e a partire da tale momento sulla stessa dev'essere versato un interesse di mora (cpv. 3)." Gli art. 3-5 LFLP (applicabili sia alla previdenza obbligatoria che a quella sovraobbligatoria; cfr. l'art. 1 cpv. 2 LFLP; cfr. anche DTF 127 V 321) elencano le diverse opzioni di utilizzazione della prestazione d'uscita, ossia il suo trasferimento al nuovo istituto di previdenza in cui è entrato l'assicurato (art. 3 LFLP), il suo mantenimento sotto

un'altra forma (art. 4 LFLP e 10 OLP, polizza o conto di libero passaggio) o il pagamento in contanti per i motivi disposti dall'art. 5 LFLP (partenza dalla Svizzera, inizio d'attività indipendente, importo della prestazione d'uscita esiguo). In particolare l'art. 4 LFLP dispone quanto segue: " Mantenimento della previdenza sotto altra forma 1 L'assicurato che non entra in un nuovo istituto di previdenza deve notificare al suo istituto di previdenza sotto quale forma ammissibile intende mantenere la previdenza. 2 Senza questa notificazione, l'istituto di previdenza versa, al più tardi due anni dopo l'insorgere del caso di libero passaggio, la prestazione d'uscita, compresi gli interessi di mora, all'istituto collettore (art. 60 cpv. della legge federale del 25 giugno 1982 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità; LPP). 3 Quando esegue il compito di cui al capoverso 2, l'istituto collettore agisce a titolo di istituto di libero passaggio per la gestione di conti di libero passaggio." Nella variante contemplata dai cpv. 2 e 3 di tale disposto, l'istituto collettore apre un conto di libero passaggio, al quale non è comunque abbinata una ripresa della copertura assicurativa interrotta con l'uscita dall'istituto di previdenza (rispettivamente un mese dopo giusta l'art.

### **E. 10**

cpv. 3 LPP) (cfr. gli art. 4 cpv. 3 LFLP e art. 10 cpv. 3 OLP; cfr. Schöbi, Das Bundesgesetz über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge - ein Ueberblick, in AJP 12/94 p. 1505). D'altra parte, con riferimento alla prestazione di libero passaggio, la Legge sulla CV 1 (Lcpd), all'art. 7 prevede: " 1 L'assicurato ha diritto ad una prestazione di libero passaggio se il rapporto di lavoro è sciolto prima che si verifica un evento assicurato dalla Cassa. 2 La prestazione di libero passaggio deve essere trasferita al nuovo istituto di previdenza. Concessa la liquidazione di libero passaggio la Cassa è sciolta da ogni obbligo previdenziale. 3 L'importo che non può essere trasferito ad un nuovo Istituto di previdenza è versato su un conto vincolato risparmio-previdenza bloccato a favore dell'assicurato presso un Istituto bancario. (...) 5 Il Consiglio di Stato fissa con regolamento l'ammontare della prestazione di libero passaggio, secondo i criteri stabiliti dalla LPP." Giusta l'art. 5 (conti individuali prestazione di libero passaggio) del Regolamento della CV 1 (Rcpd) " 1 La tenuta dei conti individuali di vecchiaia avviene in conformità agli art. 15 e 16 LPP. Sono applicabili inoltre le disposizioni previste dalla Sezione 3 dell'OPP2. 2 Le norme previste dalla LFLP e dalle relative ordinanze sono applicabili per analogia. (...) 5 In caso di mancato trasferimento ad una nuova istituzione di previdenza, la prestazione di libero passaggio, compresi gli interessi, viene versata su un conto risparmio-previdenza vincolato, su indicazione dell'assicurato. È riservato il pagamento in contanti secondo le condizioni previste dall'art. 7 cpv. 6 Lcpd. 6 Se l'avente diritto non fornisce istruzioni entro 6 mesi, la prestazione di libero passaggio viene versata all'istituto collettore (art. 4 LFLP)." Infine, per il rimando generale contenuto all'art. 60a Lcpd, per quanto non previsto dalla legge fa stato la LPP. 2.3.2. In concreto, con sentenza 29 gennaio 1996 il Tribunale Federale ha respinto il ricorso interposto da AT 1 contro la sentenza 14 ottobre 1994 con cui il Tribunale cantonale amministrativo aveva confermato la decisione (del \_\_\_\_\_) di rimozione dell'interessata dalla carica con effetto immediato al 16 novembre 1993 (in applicazione dell'art. 40 cpv. 1 LORD). A seguito dello scioglimento del rapporto di lavoro, la Cassa ha correttamente considerato quale data di uscita dal servizio il 16 novembre 1993 e, di conseguenza, calcolato la prestazione di libero passaggio a favore dell'assicurata relativa all'aver di vecchiaia corrispondente alla parte (50%) di capacità lavorativa residua (o parte attiva) maturata a questa data, alla quale ha poi aggiunto gli interessi fino all'effettivo versamento su un conto di libero passaggio intestato

all'interessata presso l'istituto collettore a Zurigo nel maggio 2005 (doc. VI, 1-5). Con pronuncia 22 febbraio 2001 questo Tribunale ha del resto confermato l'importo della prestazione di libero passaggio determinata dalla convenuta (34.2000.4). In virtù delle citate disposizioni legali, alla medesima data della conclusione del rapporto di lavoro (16 novembre 1993) deve essere situata anche l'uscita dall'istituto di previdenza, la quale, a sua volta, ha dato luogo a un caso di libero passaggio nella misura della metà dell'aver di vecchiaia corrispondente alla parte di capacità lavorativa residua. E questo indipendentemente dalla data del successivo effettivo versamento a favore dell'assicurata della prestazione di libero passaggio, relativamente alla parte attiva (o valida). Con riferimento alla tardività, rispetto all'uscita dalla Cassa dell'assicurata, del versamento di tale prestazione va detto che la stessa è da ricondurre alle svariate decisioni e sentenze (del TCA e del TF) oltre che alle prese di posizione della Cassa che sono nel frattempo intercorse in punto all'attribuzione della rendita di invalidità, la quale ha potuto definitivamente essere stabilita solo mediante giudizio 8 novembre 2004 del TCA (cfr. 34.2003.60). In applicazione dell'art. 10 cpv. 3 LPP l'attrice andrebbe pertanto considerata assicurata fino alla fine di dicembre 1993 sia per quel che riguarda la previdenza obbligatoria che per quanto attiene alla previdenza più estesa, considerato come l'art. 6 cpv. 3 della Lcpd preveda un'analogia disposizione, vale a dire il prolungamento della copertura assicurativa per 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro per le prestazioni in caso di decesso e di invalidità (cfr. anche l'art. 3 cpv. 2 Rcpd e l'art. 331a cpv. 2 CO nel suo tenore in vigore dal 1. gennaio 1995). L'attrice dal canto suo adduce che il rapporto di lavoro si sarebbe protratto sino al 1994. Tale conclusione è manifestamente sprovvista di fondamento. Va detto comunque che alla luce delle conclusioni che seguono, anche nell'ipotesi avanzata da AT 1, la pretesa attorea non potrebbe comunque venir accolta, l'inizio dell'incapacità lavorativa la cui causa ha portato all'invalidità completa essendo comunque da situare in un momento ampiamente posteriore all'anno 1994. 2.4. L'art. 23 lett. a LPP (nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2005), che è una disposizione minima (art. 6 LPP), prevede che hanno diritto alle prestazioni d'invalidità le persone che, nel senso dell'AI, sono invalide per almeno il 40% ed erano assicurate al momento in cui è sorta l'incapacità di lavoro la cui causa ha portato all'invalidità. Non è per contro necessario che l'interessato sia assicurato al momento della nascita dell'invalidità (SVR 1998 LPP no. 19; SZS 1995 p. 464 consid. 3b; SVR 1995 BVG Nr. 43 p. 128 consid. 2a; DTF 120 V 116 consid. 2b; 118 V 35; Moser, Bedeutung und Tragweite von art. 23 BVG, in SZS 1995, p. 403; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Basilea 1994, p. 209). Per poter aver diritto ad una rendita di invalidità ai sensi dell'art. 23 LPP occorre dunque essere assicurati al momento in cui si registra un'incapacità lavorativa o una diminuzione di rendimento di una certa importanza (ossia, secondo la giurisprudenza, di almeno il 20%; cfr. Pratique VSI 1998 pag. 126; STFA non pubblicate del 16 febbraio 2001 nella causa V., B 100/00 e del 2 agosto 2000 nella causa B., B 78/99). Non è invece decisivo essere assicurati quando sorge l'invalidità vera e propria (DTF 123 V 264 consid. 1b; SZS 1994 p. 469 consid. 5a; STFA non pubbl. del 20 luglio 1994 nella causa R. consid. 2). Il richiedente dev'essere quindi assicurato al momento dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa che ha condotto all'invalidità, non necessariamente quando insorge l'invalidità oppure il peggioramento della stessa (SZS 2002 pag. 155; DTF 123 V 264 consid. 1b; STFA non pubbl. del 6 marzo 1996 nella causa S.P; SZS 1995 p. 465 consid. 4a; SZS 1994 p. 469; STFA non pubbl. del 20 luglio 1994 nella causa R consid. 2). Questa soluzione è stata introdotta per sopperire ad eventuali lacune assicurative, nel caso in cui il datore di lavoro disdica il contratto

precedentemente alla decorrenza dell'anno di attesa necessario ai fini dell'erogazione della rendita AI e quindi della rendita LPP (art. 29 cpv. 1 lett. b LAI; DTF 123 V 263 consid. 1°, 120 V 116 consid. 2b; STFA del 6 marzo 1996 nella causa S.P, citata anche in bollettino UFAS no. 36). Di conseguenza il fondo di previdenza presso cui era assicurato il dipendente al momento dell'intervenuta incapacità lavorativa è obbligato a versare le prestazioni di invalidità, anche se al momento del riconoscimento della stessa il rapporto assicurativo era già stato sciolto (SVR 1998 LPP no. 14, 1994 p. 38; DTF 118 V 98). I medesimi principi valgono in materia di previdenza più estesa, in assenza di disposizioni statutarie divergenti (SVR 1994 p. 38 consid. 2b; DTF 117 V 332 consid. 3). Qualora, inoltre, esista il diritto ad una prestazione di invalidità per un'incapacità lavorativa intervenuta in costanza di assicurazione, l'istituto di previdenza è tenuto a versare prestazioni di invalidità anche se l'invalidità si modifica, per i medesimi motivi (vale a dire per la medesima causa medica), dopo la fine del rapporto previdenziale (SZS 2000 p. 301; STFA del 6 marzo 1996 in re S.P; SZS 1995 p. 465 consid. 4a; DTF 118 V 45 consid. 5; cfr. Moser, Bedeutung und Tragweite von art. 23 BVG, SZS 1995 p. 426 N 49; STFA non pubbl. del 20 luglio 1994 in re R, p. 4 consid. 3a; STCA non pubbl. del 15 marzo 2000 in re N., 34.1999.17; cfr. sull'argomento Hürzeler, Invaliditätsproblematiken in der beruflichen Vorsorge, Basilea 2006, pp. 329segg). Secondo la giurisprudenza, a questa prassi ci si deve attenere in ogni caso nell'ipotesi in cui non c'è stata attività lucrativa dopo l'uscita dal fondo di previdenza (SZS 1995 p. 465 consid. 4a). Il TFA ha pure stabilito che è pure irrilevante il lasso di tempo trascorso tra la nascita del diritto alla prima rendita e il diritto ad una rendita di grado superiore (cfr. DTF 118 V 45 in cui tra l'assegnazione della rendita intera e della mezza rendita erano trascorsi solo tre mesi; più di quattro anni nel caso di cui STFA del 6 marzo 1996 in re P. pubbl. in R DAT II 1996 p. 248; STFA non pubbl. del 20 luglio 1994 in re R 3 consid. 3b). Nell'ipotesi in cui l'aumento del grado di invalidità è riconducibile alla medesima causa, la giurisprudenza dichiara pure implicitamente irrilevante il fatto che l'interessato si sia affiliato ad un nuovo istituto di previdenza dopo la nascita del diritto alla mezza rendita (STFA del 6 marzo 1996 in re S.P; DTF 118 V 45 consid. 5; SZS 1995 pag. 469 consid. 5b). Infine va rilevato che, secondo il TFA, la citata giurisprudenza si applica solo alla previdenza obbligatoria. Nella previdenza sovraobbligatoria, infatti, i fondi di previdenza sono liberi di definire il rischio assicurato (SZS 1995 p. 465 consid. 4b/aa e pag. 468; STFA non pubbl. del 20 luglio 1994 in re R. consid. 2; cfr. STCA non pubblicata del 15 marzo 2000 in re N., 34.99.17).

2.5. L'art. 26 LPP stabilisce che, per la nascita del diritto alle prestazioni d'invalidità, sono applicabili per analogia le pertinenti disposizioni della legge federale sull'assicurazione invalidità (art. 29 LAI). L'istituto di previdenza può inoltre stabilire nelle sue disposizioni regolamentari, che il diritto alle prestazioni sia differito, fintanto che l'assicurato riscuote il salario pieno (SZS 1995 p. 464 consid. 3b). Per l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI il diritto alla rendita nasce tra l'altro il più presto nel momento in cui l'assicurato è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro almeno il 40% in media.

2.6. L'art. 4 LAI in relazione con l'art. 16 LPGA prevede che l'invalidità è 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. Con incapacità di guadagno si intende quell'incapacità di eseguire un'attività che si può esigere dall'interessato in un mercato del lavoro equilibrato e quindi non solo quella di effettuare il proprio lavoro (DTF 117 V 335 consid. 5c, 109 V 28; SZS 1995 pag. 476, Maurer, op. cit., p. 140/141). In ambito AI va pertanto valutato se l'assicurato dispone ancora di capacità di guadagno nella sua professione e parimenti se vi è possibilità di guadagno in altre

professioni ammissibili in un mercato del lavoro equilibrato (DTF 109 V 28, 111 V 21; Brühwiler, Die betriebliche Personalvorsorge in der Schweiz, 1989 p. 488). Le attività considerate non si limitano quindi a quelle che coincidono con l'ultima attività svolta o ad attività affini, ma anche ad attività diverse. Per la stretta relazione esistente tra la rendita d'invalidità dell'AI e quella del secondo pilastro emerge che, il concetto d'invalidità nell'ambito della previdenza obbligatoria e quello dell'assicurazione invalidità, è di principio il medesimo (DTF 115 V 210; RDAT I 1995 consid. 2.2 p. 229. 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 AI 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'Ufficio AI, l'istituto previdenziale - 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'AI che nell'ambito della procedura 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'Ufficio AI 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, gli istituti 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 così come potevano, già

prima dell'entrata in vigore (al 1. gennaio 2005) della 1. revisione della LPP (che ha, tra l'altro, modificato l'art. 23 LPP nel senso di concedere prestazioni di invalidità con un grado di invalidità del 40%) concedere prestazioni anche quando il grado d'invalidità era inferiore al 50%. Ciò non significa tuttavia che gli istituti 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, l'istituto 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'inabilità 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 (DTF 130 V 275 consid. 4.1; DTF 123 V 264 consid. 1c e DTF 120 V 117 consid. 2c; STFA non pubblicata del 6 giugno 2001; SZS 2002 pag. 156). In tal caso il vecchio istituto di previdenza è liberato da qualsiasi obbligo (DTF 120 V 117; 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, cioè 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; cfr. Hürzeler, op. cit, pag. 329segg). 2.8. Va altresì ricordato che in ambito AI se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 41 LAI risp. art. 17 cpv. 1 LPGA). La revisione avviene d'ufficio oppure su domanda dell'assicurato. In quest'ultima variante, nella domanda l'interessato deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a sè stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). La ratio della disciplina legale è quella di impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate (DTF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). Per quanto riguarda i requisiti formali, in caso di revisione su domanda dell'assicurato, quest'ultimo deve rendere verosimile che il grado d'invalidità ha subito una modifica rilevante (art. 87 cpv. 3 OAI). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (EVGE 1963 157 consid. 1; DTF 109 V 114 consid. 2b; ZAK 1983 398 consid. 1; SVR 2002 IV Nr. 26; Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Losanna 1985, pag. 270). In una recente sentenza, pubblicata in DTF 130 V 64, il TFA ha precisato che nel caso in cui l'assicurato non ha reso verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non risulta essere applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita (rispettivamente domanda di revisione) l'assicurato non rende verosimile la rilevante mutazione, facendo tuttavia riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione, quest'ultima deve impartire all'interessato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l'avvertenza che in caso contrario non entrerà nel merito della domanda (DTF 130 V 69 consid. 5.2.5). Per esaminare materialmente una domanda di revisione di rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una notevole modificazione, tale da influire in modo diverso sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto vista in astratto, ma piuttosto in rapporto all'art. 28 cpv. 1 LAI. Comunque una revisione della rendita è possibile unicamente se, da quando è stata resa la decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987, pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 inedita nella causa G.C., consid. 4). L'illustrato disciplinamento legale e giurisprudenziale riguardo la revisione di una rendita di invalidità ex art. 41 LAI (ora art. 17 LPGA), vale anche, in via analogica, per quel che concerne la modifica di prestazioni di invalidità erogate dall'istituto previdenziale in forza del richiamo generale di cui all'art. 26 LPP, riservate eventuali diverse disposizioni regolamentari per quanto riferito

alle prestazioni sovraobbligatorie (sulla tematica cfr. Hürzeler, op. cit., p. 314segg). 2.9. L'art. 15 Lcpd prevede, fra l'altro, l'erogazione della pensione di invalidità. Secondo l'art. 16 cpv. 1 Lcpd tutte le pensioni decorrono dal mese per il quale lo stipendio o una precedente pensione non sono più corrisposte. Ricalcando essenzialmente l'art. 26 cpv. 1 LPP che prescrive il rinvio alle disposizioni della LAI per l'esame della nascita del diritto a prestazioni d'invalidità, l'art. 16a cpv. 1 Lcpd dispone che la pensione d'invalidità ed i relativi supplementi decorrono dalla nascita del diritto alla rendita federale d'invalidità (AI). Per il cpv. 2 dell'art. 16a Lcpd, il versamento delle prestazioni della Cassa inizia il mese successivo alla delibera dell'Ufficio AI, ma al più presto dalla scadenza del diritto allo stipendio pieno. Rimane riservato l'art. 29a della legge (cpv. 3). Inoltre, secondo l'art. 28 Lcpd: "Invalidità parziale Art. 28 1 La prestazione parziale della Cassa è proporzionale al grado d'invalidità riconosciuto dall' AI, ritenuto un grado d' invalidità minimo del 50%. Con un grado d' invalidità riconosciuto dall' AI pari almeno al 40% viene riconosciuta una pensione d' invalidità pari al 40%. 2 Il beneficiario di una prestazione parziale è trattato come: a) membro pensionato per il corrispondente grado d' invalidità; e b) membro attivo per la parte di salario assicurato corrispondente al suo grado di capacità residua di guadagno. 3 In caso di scioglimento del rapporto di lavoro corrispondente alla residua capacità di guadagno, valgono le disposizioni dell' art. 7." Per l'art. 29 Lcpd infine: "Decisioni autonome della Cassa Art. 29 1 Il Comitato può decidere in modo autonomo, sulla base di uno o più rapporti medici di fiducia e su richiesta dell' assicurato sulla domanda di pensionamento per motivi di salute se: a) l' AI ha rifiutato una rendita; b) l' AI ha riconosciuto un' invalidità parziale. 2 Il Comitato stabilisce l' inizio e la fine del diritto alle prestazioni secondo l' art. 16a della presente legge. 3 Il grado d' invalidità e l' eventuale riduzione o revisione del caso sono fissati applicando in analogia i criteri AI." A proposito del concetto di invalidità l'art. 24 Lcpd prevede che " L'invalidità è l'incapacità durevole dell'assicurato a esercitare, per danno della salute fisica o psichica, la propria funzione o funzioni affini, con conseguente perdita di guadagno. Essa è totale o parziale e viene espressa in percentuale." Dal tenore della norma emerge che il concetto di invalidità della Lcpd è più esteso rispetto a quello della LPP e, quindi, della LAI in quanto comprende anche l'invalidità professionale. L'assicurato è infatti considerato invalido già per il solo fatto di non essere più in grado di svolgere la sua funzione ("Berufsunfähigkeit"; SZS 1997 pag. 73 e 1995 pag. 102; cfr. anche STFA non pubbl. 17 dicembre 1991 in re F p. 7 consid. 3a; DTF 117 V 335 consid. 5b; RDAT I 1995 p. 221) oppure funzioni affini. In virtù della giurisprudenza suesposta, questo concetto di invalidità non coincide con quello generale di incapacità al guadagno dell'AI e della LPP con riferimento ad un mercato del lavoro equilibrato (SZS 1995 p. 102/103; DTF 117 V 335; STFA non pubbl. in re A. del 25 marzo 1993, B 19/92; Beros, Die Stellung des Arbeitnehmers in BVG, Zurigo 1993, p. 149; STFA non pubbl. 17 dicembre 1991 in re F p. 7 consid. 3a). La capacità di guadagno si riferisce infatti a quanto risulta esigibile per la persona in questione: non è dunque "l'incapacità assoluta di lavorare". In proposito va rilevato che questo tipo di soluzione è di regola introdotta ai fini di non declassare professionalmente gli assicurati divenuti invalidi, in particolare i lavoratori specializzati (SZS 1997 p. 74 consid. 2a; DTF 115 V 211). Si rilevi ancora che secondo la giurisprudenza in tale ipotesi la nozione di invalidità prevista nel regolamento si applica sia alla previdenza obbligatoria che a quella sovraobbligatoria (SZS 1995 pag. 476 consid. 4b; STFA non pubbl. del 25 marzo 1993 in re A consid. 4b e c, B 19/92; DTF 115 V 221 consid. 5). 2.10. Nel caso concreto, di transenna va osservato che come già in occasione dell'attribuzione della mezza rendita, la Cassa convenuta statuisce

autonomamente sulla domanda di aumento di rendita (cfr. in proposito l'art. 29 Lcpd; cfr. consid. 2.8), vale a dire senza vincolo all'AI, visto che AT 1 non percepisce alcuna rendita da parte dell'AI avendo l'Ufficio AI, con provvedimento cresciuto incontestato in giudicato del 10 novembre 1997, respinto la richiesta di rendita dell'assicurata in quanto essa non si era sottoposta alla perizia specialistica ordinata dall'amministrazione (cfr. in proposito STCA del 19 ottobre 1999, 32.1994.44). Risulta peraltro dall'incanto dell'AI richiamato agli atti che successivamente AT 1 non ha presentato altre domande di rendite all'AI limitandosi a inoltrare in data 27 luglio 2001 una richiesta volta ad ottenere la copertura dei costi per un intervento di cataratta bilaterale (doc. AI 144). La richiesta è stata respinta dall'amministrazione con decisione formale 26 giugno 2002, la quale, contestata, è stata successivamente confermata dapprima da questo TCA con pronuncia del 22 luglio 2003 (32.2002.104) e in seguito dal Tribunale federale con sentenza del 27 ottobre 2004 (I 582/03).

2.11. Nella specie, in accoglimento della domanda di prestazioni inoltrata dall'assicurata, con effetto dal mese di ottobre 1993 AT 1 è stata posta al beneficio di una mezza rendita di invalidità della previdenza professionale per problemi di natura allergica, di faringite cronica, disfonia funzionale e di rinite allergica (cfr. la perizia del 2 luglio 1999 del dr. \_\_\_\_\_, primario di otorinolaringoiatria dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ richiamata dall'inc. 34.1999.44; cfr. sopra consid. 1.2). All'epoca dell'attribuzione della prestazione, in un certificato del 13 dicembre 1993 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in dermatologia, allergologia e immunologia clinica, era invero stata diagnosticata anche la presenza di un problema di natura dermatologica, segnatamente di un eczema atopico alle mani (doc. D). In questa sede AT 1 fa valere un peggioramento delle sue condizioni di salute tale da renderla completamente inabile al lavoro non a dipendenza del peggioramento delle citate diagnosi di natura otorinolaringoiatrica e allergica, ma essenzialmente a causa dell'aggravarsi dell'eczema ragadiforme al palmo delle mani. Rilevato dunque che l'attrice riconduce l'eventuale aumento del grado di invalidità, dal 50% al 100%, al peggioramento dell'eczema alle mani e non ad un aggravamento delle patologie che, giusta l'espresso tenore della pronuncia del TCA del 19 ottobre 1999 (cfr. in proposito anche in seguito al consid. 2.13.), avevano originato l'attribuzione della mezza rendita di cui beneficia, tenuto conto delle disposizioni legali e della giurisprudenza succitata, nel caso in esame dev'essere stabilito se il presunto danno alla salute che avrebbe causato il peggioramento dello stato di salute e, quindi, del grado di invalidità dell'assicurata, sia, se del caso, insorto in misura tale da causare un'incapacità lavorativa di una certa importanza in un momento in cui l'interessata ancora era assicurata presso la Cassa. Solo in questa ipotesi la convenuta dovrà rispondere dell'eventuale avvenuto peggioramento delle condizioni di salute dell'attrice (cfr. sopra consid. 2.3 e 2.6).

2.12. L'attrice ha sostenuto di fronte alla Cassa convenuta un peggioramento delle sue condizioni di salute producendo la seguente documentazione medica: - certificato del 13 dicembre 1993 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in dermatologia, allergologia e immunologia clinica, del seguente tenore: " Con la presente si certifica, che la Signora AT 1, in nostra cura dal febbraio 1992, soffre di una allergia estrema agli acari delle polvere di casa e agli acari delle così dette derrate alimentari e a spore di fitomiceti ambientali (Indoor-Allergene) come pure di una sensibilizzazione polivalente a pollini vari e a crini e epiteli di animali. I disturbi si manifestano sotto forma di faringo-laringite con episodi acuti recidivanti di asma bronchiale. Inoltre la paziente soffre anche di un eczema atopico delle mani. Come già da noi stabilito con una lettera al suo medico curante, Dr. \_\_\_\_\_ consideriamo la situazione in qualità di insegnante come invalidizzante. Dal punto di vista medico-allergologico come pure dal punto di vista

medico-otorino consigliamo di ridurre le ore di insegnamento perchè effettivamente parlare causa il mal di gola risulta per la paziente non soltanto faticoso ma addirittura penoso. È chiaro che un'attività in una biblioteca con esposizione a polveri, acari e spore fungine non è la soluzione adatta. La paziente dovrebbe potere soggiornare in alta montagna dove non c'è l'esposizione agli acari. C'è anche da discutere l'annuncio presso l'assicurazione d'invalidità." (Doc. D) - certificato del 26 gennaio 2007 del dr. \_\_\_\_\_ attestante: " Con la presente si certifica che la Signora AT 1 già in cura dal 2003, presso il \_\_\_\_\_, e da me visitata in data odierna, soffre da almeno 6 anni di un eczema cronico ragadiforme di natura atopica al palmo delle mani , come era già stato riscontrato, ma in maniera più leggera, nel mio rapporto il 13.12.1993. Questo eczema può essere molto doloroso quando si presentano le fessure e provoca una invalidità per lavori sia casalinghi che professionali a contatto con sostanze irritanti e taglienti, come carta, cartone, ecc.. La paziente dovrebbe potere portare sul lavoro guanti di cotone rispettivamente a base di Dermasik." (Doc. C) In questa sede l'attrice non ha prodotto altra nuova documentazione medica. Ora, dall'esame degli atti questo TCA deve concludere che non è resa verosimile una modifica delle condizioni di salute, rispettivamente della capacità al guadagno dell'assicurata. Per quanto infatti riguarda le patologie che hanno originato l'attribuzione della mezza rendita, vale a dire le allergie e la faringite cronica, l'attrice non afferma né, quindi, dimostra una modifica della situazione. Sostiene invece che sarebbe notevolmente peggiorato l'eczema alle mani di cui è sofferente. In proposito, tuttavia il certificato del 26 gennaio 2007 del dr. \_\_\_\_\_ è assai stringato, non documenta alcunché e si limita a porre la citata diagnosi, non esprimendosi però sull'influsso concreto e effettivo di tale disturbo sulla capacità lavorativa dell'assicurata nè dando del resto nessuna indicazione con riferimento ed eventuali terapie seguite dalla medesima. D'altra parte, le affermazioni riguardanti l'aspetto doloroso e potenzialmente invalidante della malattia sono del tutto generiche ed espresse a titolo chiaramente generale. Ricordato d'altra parte 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'attrice vorrebbe trarre dalle affermazioni espresse dal dr. Wüthrich il 26 gennaio 2007. Si deve invece rilevare che i referti prodotti non possono essere ritenuti concludenti e idonei a far ritenere accertato, con il grado di verosimiglianza richiesto, l'intervento di una rilevante modifica della patologia dermatologica alle mani e, quindi, della situazione invalidante dell'assicurata rispetto a quanto accertato nella precedente procedura. Proprio per quanto riguarda l'aspetto dermatologico dell'eczema alle mani - cui l'assicurata ascrive l'insorgenza dell'asserito peggioramento - in relazione allo stesso, non è stato fornito alcun elemento che consenta, né sul piano diagnostico né per quanto riguarda eventuali elementi terapeutici a sostegno dell'asserita diagnosi e della relativa evoluzione, di oggettivare l'esistenza di una patologia dermatologica avente carattere invalidante e che consenta in particolare di ipotizzare un'eventuale sua incidenza sulla capacità lavorativa e, di riflesso, al guadagno dell'interessata. In proposito va peraltro ricordato all'assicurata che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio

inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Ora, questo Tribunale deve rilevare che la ricorrente non ha in sostanza prodotto documentazione medica o fornito elementi idonei a dimostrare o almeno rendere verosimile l'intervento di un peggioramento rilevante delle sue condizioni di salute rispetto alla situazione accertata all'epoca dell'attribuzione della mezza rendita e in particolare la presenza di una patologia dermatologica grave al punto da determinare un ulteriore aumento dell'incapacità lavorativa oltre il 50%, già presente per motivi di natura essenzialmente otorinolaringoiatrici. Del resto, in proposito non è superfluo ricordare all'assicurata che il TFA ha già avuto modo di stabilire che per determinare il grado d'invalidità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie non si devono semplicemente sommare i singoli gradi di invalidità, bensì si deve far capo ad un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (sentenza del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I 2002 pag. 485 seg. e confermata nella STFA del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03), Si deve pertanto concludere che l'addotto peggioramento delle condizioni di salute della ricorrente non risulta sufficientemente suffragato, ragione per cui questo TCA può prescindere dall'esperire una perizia complementare atta ad approfondire la questione. In simili circostanze, non avendo l'assicurata reso verosimile l'esistenza di una rilevante modifica del grado d'invalidità precedentemente accertato, richiamato altresì l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), la domanda tendente al riconoscimento di un grado d'invalidità conferente il diritto ad una rendita intera meriterebbe di essere respinta già per questo motivo. 2.13. Ma a prescindere da quanto precede va detto che la domanda di adeguamento della pensione di invalidità andrebbe comunque respinta anche per un'altra ragione. In effetti, anche volendo per ipotesi ammettere che le condizioni di salute dell'attrice abbiano subito un peggioramento rilevante e tale da originare un aumento del grado di invalidità oltre il 50%, appare manifesto che tale peggioramento sarebbe comunque riconducibile ad un'altra causa rispetto a quella che ha portato all'assegnazione della mezza rendita, e meglio alla patologia dermatologica alle mani, vale a dire ad un danno alla salute insorto in misura rilevante (vale a dire limitativa della capacità lavorativa) in un momento in cui l'interessata non era più assicurata presso la Cassa convenuta. Ne discenderebbe che comunque, per tale presunto peggioramento la Cassa non dovrebbe rispondere, facendo difetto la connessione materiale e temporale necessaria, giusta l'art. 23 LPP, per ammetterne l'obbligo prestativo (cfr. sopra consid. 2.6 e 2.7 e i riferimenti). Emerge in effetti dal fascicolo processuale che la presenza di un eczema è invero stata segnalata per la prima volta nell'ambito della procedura di attribuzione della

mezza rendita dal dr. \_\_\_\_\_ la prima volta con certificato del 27 febbraio 1992, nel quale lo specialista aveva citato quali diagnosi invalidanti la rinite pollinosa e la faringo-laringite cronica. L'esistenza di un "eczema atopico alle mani" veniva invece unicamente menzionato fra le problematiche rilevate (cfr. LXXVI dell'inc. 34.1994.44). Nel successivo referto del 13 dicembre 1993, citato per esteso al consid. 2.12 che precede, sempre il dr. \_\_\_\_\_, dopo essersi soffermato sulla problematica principale legata alla faringo-laringite cronica con episodi acuti recidivanti di asma bronchiale, menziona anche l'esistenza di un eczema atopico alle mani. Nelle sue conclusioni riguardanti le ripercussioni delle patologie sulla capacità lavorativa della paziente quale insegnante, risulta tuttavia evidente che l'eczema alle mani non ha valenza invalidante, considerato come lo specialista sottolinea che le limitazioni nell'attività di insegnante sono dovute al "mal di gola" (cfr. sopra al consid. 2.12 e doc. D). Del resto, proprio nel successivo certificato del 26 gennaio 2007 (doc. C; cfr. consid. 2.12) il dr. \_\_\_\_\_ sottolinea come nel 1993 l'eczema fosse "leggero". A seguito del ricovero predisposto dal medesimo sanitario, i medici della clinica dermatologica dell'ospedale universitario di \_\_\_\_\_, nel referto dell'8 maggio 1992, sottolineate le diagnosi di cronica faringo-laringite e rinite pollinosa, avevano di fatto rilevato come l'eczema atopico alle mani fosse ad uno stadio "minimo" (cfr. certificato richiamato agli atti dall'inc. 34.1999.44). D'altra parte, nella sua perizia de 2 luglio 1999 il dr. \_\_\_\_\_, specialista in otorinolaringoiatria, aveva sottolineato che l'esame peritale si era limitato agli aspetti legati alla malattia otorinolaringoiatrica e allergologica, mentre che non teneva in considerazione le altre affezioni segnalate dalla paziente quali la dermatite da contatto, la patologia a carico degli occhi, dei piedi, della cervicale e la colite cronica. Nel complemento del 9 agosto 1999 il dr. \_\_\_\_\_ aveva precisato che nella documentazione messaggi a disposizione non aveva tuttavia riscontrato alcun certificato medico che facesse riferimento a tali patologie (doc. LXXXII richiamato dall'inc. 34.1994.44). Con riferimento a tale problematica dermatologica questo TCA si è pronunciato in questo senso nella sentenza del 19 ottobre 1999, al consid. 2.19: " Per quanto riguarda la dermatite da contatto, indicata dall'assicurata al perito (allegato 1 LXXVI) e non considerata nella valutazione, risulta che in data 13 dicembre 1993 il dottor \_\_\_\_\_ ha diagnosticato - oltre ad un' "allergia estrema agli acari della polvere di casa e delle cosiddette derrate alimentari e a spore di fitomiceti ambientali come pure di una sensibilizzazione polivalente a pollini vari e a crini e epiteli animali che si manifestano sotto forma di faringo laringite cronica con episodi acuti recidivanti di asma bronchiale" - anche un eczema atopico alle mani (allegato 4, LXXVI) Lo specialista tuttavia, nella valutazione dell'inabilità lavorativa dell'assicurata ha fatto unicamente riferimento alle due prime affezioni senza minimamente menzionare l'eczema da contatto. Si può, quindi, ritenere che questa affezione sia ininfluenza sulla capacità lavorativa dell'assicurata. In caso contrario, il dott. \_\_\_\_\_ ne avrebbe certamente menzionato l'effetto invalidante. Al proposito va, ancora, rilevato che, a fondamento della propria richiesta di rendita, l'assicurata ha richiamato gli accertamenti esperiti dal TRAM e la relativa sentenza, così come il susseguente giudizio di conferma del TF. Come ampiamente descritto ai considerandi precedenti, le affezioni ritenute invalidanti in quell'ambito erano unicamente quelle investigate dal dottor \_\_\_\_\_ tramite la perizia esperita per questa Corte. È pure interessante rilevare, come accennato in precedenza, che gli atti medici prodotti in quella sede, non sono mai stati trasmessi al TCA dall'assicurata che non ha provveduto del resto ad inviare alcun atto medico, eccezion fatta per quello rilasciato dall'oculista e, solo in data 23 agosto 1999, quindi dopo l'esperimento della

perizia, per il certificato medico della clinica dermatologica dell'ospedale universitario di \_\_\_\_\_ del 13 dicembre 1993, già agli atti dell'AI. Il TCA ha quindi potuto venire a conoscenza unicamente perché essi sono stati trasmessi dal perito (LXXVI e allegati). Le affezioni indicate dall'assicurata al perito e nelle osservazioni 6 agosto 1999 ed elencate nel doc. AA1 prodotto con l'atto 23 agosto 1999 (LXXXV) non appaiono, quindi, tali da inficiare le conclusioni del perito né sono sufficientemente suffragate da imporre al TCA di esperire una perizia complementare atta ad approfondire la questione. In proposito va del resto osservato che, nell'ambito della procedura AI, era previsto l'allestimento di una perizia pluridisciplinare a cura del SAM, con cui sarebbe stato esaminato lo stato di salute dell'assicurata in ogni suo aspetto. Purtroppo l'assicurata, ripetutamente invitata a presentarsi presso il SAM, non si è mai sottoposta alla perizia. In simili condizioni non si può pertanto sostenere che non sia stato fatto tutto il possibile per verificare lo stato di salute dell'interessata." (STCA del 19 ottobre 1999, 34.1994.44) In sostanza questa Corte, nella citata pronuncia, rimasta incontestata e di conseguenza cresciuta in giudicato e per questo vincolante, sulla base della documentazione agli atti ha negato che all'eczema alle mani potesse essere ascritta una valenza invalidante. A ragione. In effetti, i dianzi citati certificati all'inserto non potevano permettere conclusione diversa, nessun medico interpellato essendosi pronunciato diversamente in merito, nel senso cioè di attribuire alla patologia delle mani una qualsivoglia valenza invalidante. Del resto va detto che l'attrice non solo non ha contestato la pronuncia del TCA ma nemmeno, in corso di causa, aveva sostenuto il contrario o, almeno, preteso l'esperimento di accertamenti ulteriori. Del resto l'unico certificato che si esprimeva, seppur di transenna, sull'eczema alle mani era quello del dr. \_\_\_\_\_ del 13 dicembre 1993 (doc. D), redatto quindi ben sei anni prima della perizia del dr. \_\_\_\_\_ e della sentenza del TCA in oggetto (34.1994.44). Questo ad ulteriore dimostrazione del carattere assai blando della patologia dermatologica lamentata dall'attrice alle mani. Ma v'è di più: persino nella domanda di aumento di rendita presentata alla Cassa il 14 febbraio 2007 AT 1 ammette esplicitamente che l'eczema atopico alle mani si è manifestato in misura invalidante successivamente alla STCA del 19 ottobre 1999 (cfr. doc. B). In proposito va ancora osservato che non meritano ulteriore disamina le allegazioni – invero piuttosto confuse nell'esposizione – dell'assicurata, la quale ritiene in sostanza che nella STCA in oggetto vi sia un errore di trascrizione. Di errori in effetti non vi è traccia alcuna, il termine "specialista" essendo chiaramente riferito al dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in dermatologia, allergologia e immunologia clinica, il quale, nel certificato del 13 dicembre 1993, circoscrive le limitazioni nella capacità lavorativa al problema del mal di gola e più precisamente alla faringo-laringite cronica e all'asma bronchiale che insorgono con l'esposizione alle polveri e agli acari (cfr. doc. D e sopra consid. 2.12; cfr. in proposito anche la pronuncia del TCA del 10 dicembre 2007, 34.2007.41). Da quanto precede questo TCA, in sostanziale conferma delle conclusioni di cui alla pronuncia del 19 ottobre 1999 (STCA 34.1994.44), 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 di un'eventuale (peraltro non provata) incapacità lavorativa per motivi legati all'eczema alle mani sia da ricondurre ad un momento quantomeno posteriore alla pronuncia del giudizio del TCA del 19 ottobre 1999 e, quindi, comunque in un'epoca in cui, e da tempo, l'assicurata più non era affiliata presso la convenuta (cfr. sopra consid. 2.3.2). Di conseguenza si deve concludere che pur non negando l'esistenza di problematiche dermatologiche alle mani già manifestatisi nel 1993, è innegabile, sulla base

degli atti, che esse non avevano comunque mai in precedenza, segnatamente nel periodo in cui l'attrice ancora era assicurata presso la Cassa convenuta, dato luogo ad un'incapacità lavorativa significativa. Ne discende che in quanto riconducibile ad una nuova causa (rispetto a quella che ha portato all'assegnazione della mezza rendita), insorta in epoca successiva all'uscita dall'istituto di previdenza convenuto, l'addotto aumento del grado di incapacità lavorativa e, di conseguenza, di invalidità non potrebbe comunque essere posto a carico della Cassa. 2.14. Né infine può essere seguita l'attrice laddove essenzialmente sostiene la sussistenza di un nesso materiale tra le patologie alla base dell'erogazione delle mezza rendita e l'eczema alle mani, trattandosi a suo dire essenzialmente di due manifestazioni della medesima malattia, vale a dire il grave stato allergico di cui essa soffre. Ora, pur non potendo negare che sia alle patologie alle vie respiratorie sia all'eczema alle mani sia attribuibile (anche) una componente eziologica di carattere allergico, appare d'altra parte incontrovertibile che si tratti di due patologie del tutto distinte l'una dall'altra. Prova ne sia anche che mentre la faringite cronica, la disfonia funzionale e la laringite allergica sono di competenza dello specialista in otorinolaringoiatria, l'affezione cutanea in questione sia di stretta competenza della dermatologia. La dermatite atopica (o neurodermite, neurodermatite atopica, eczema endogeno, eczema atopico) è infatti un'affezione delle cute, con una componente di predisposizione genetica, legata quindi alla dermatologia, pur potendo anche essere determinata anche da fattori immunologici (cfr. Roche Lexikon Medizin, 5a edizione). Del resto anche il dr. \_\_\_\_\_, nella già citata perizia del 2 luglio 1999, ha sottolineato come il suo esame si era limitato agli aspetti legati alla malattia "otorinolaringoiatrica e allergologica", e non teneva quindi in considerazione la dermatite da contatto, la patologia a carico degli occhi, dei piedi, della cervicale e la colite cronica. E questo a comprova del chiaro rapporto di indipendenza fra le diverse patologie di cui era sofferente la paziente (doc. LXXXII richiamato dall'inc. 34.1994.44). Si ribadisce dunque che il preteso (e comunque, come detto, non dimostrato) aumento del grado di incapacità lavorativa fatto valere dall'attrice con la petizione in oggetto sarebbe comunque riconducibile ad una nuova causa rispetto a quella che ha portato all'assegnazione della mezza rendita. 2.15. Alle suddette conclusioni non possono mutare le ulteriori censure sollevate, tra le righe, dall'attrice in sede di petizione. Innanzitutto, alla luce di quanto precede e in particolare facendo riferimento alla giurisprudenza citata al consid. 2.12. in punto alla determinazione del grado d'inabilità lavorativa di assicurati che soffrono di diverse patologie (sentenza del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I 2002 pag. 485 seg. e confermata nella STFA del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03), può essere respinta senza ulteriore approfondimento l'allegazione attorea per cui l'aumento del grado di invalidità sarebbe riconducibile anche all'impossibilità di trovare un lavoro a causa della patologia alle mani in aggiunta a quelle che già hanno determinato il grado di invalidità del 50%. Nella misura invece in cui l'attrice sembrerebbe sostenere l'impossibilità di trovare un posto di lavoro adeguato a causa delle medesime limitazioni che hanno giustificato l'attribuzione della mezza rendita di invalidità o in cui pare rimettere in discussione le modalità di calcolo del grado di invalidità riconosciute, simili censure risultano inammissibili considerato come nella pronuncia del 19 ottobre 1999 di questo TCA (che ha stabilito il diritto alla mezza rendita di invalidità) siano già state esaminate - in misura vincolante - le necessarie implicazioni professionali e, quindi, il conseguente discapito economico derivante dall'incapacità lavorativa attestata dai medici. Manifestamente irrilevante ai fini della definizione della presente vertenza è infine, anche il certificato datato 29 luglio 1996 del dr. \_\_\_\_\_, prodotto dall'attrice unitamente

all'istanza di revisione del 21 gennaio 2008 (respinta dal TCA con sentenza di data odierna, inc. 34.2008.4; cfr. consid. 1.12.), nel quale l'allora medico curante dell'assicurata (poi deceduto) aveva attestato che l'interessata soffriva di “allergie gravi in grado di dare sincopi studiate da me” con un grado di invalidità del 100% (doc. A1 inc. 32.2008.4). In effetti tale attestazione risale ad un'epoca addirittura ampiamente precedente al giudizio del 19 ottobre 1999 (34.1994.44) e non può quindi manifestamente attestare un peggioramento avvenuto dopo la resa di tale pronuncia. 2.16. In simili condizioni anche volendo ammetterne l'esistenza, il peggioramento dello stato di salute dell'assicurata e il relativo eventuale aumento del grado d'invalidità non possono comunque essere posti a carico della Cassa convenuta, nella sua qualità di istituto di previdenza presso cui l'interessata era assicurata quando è sorta l'inabilità lavorativa che ha condotto al riconoscimento di una mezza rendita, in quanto riconducibili ad una nuova causa insorta in un'epoca successiva all'uscita dall'istituto previdenziale. La Cassa non può dunque essere condannata a versare all'assicurata una rendita intera di invalidità, ma dovrà continuare a versare la prestazione dovuta limitatamente al grado del 50%. Per tutti i motivi che precedono, la petizione presentata da \_\_\_\_\_ deve essere respinta.

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