

TI_GERICHTE 34.2014.2 vom 9. Oktober 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-10-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2014.2

FR: TI_GERICHTE 34.2014.2 du 9 octobre 2014

IT: TI_GERICHTE 34.2014.2 del 9 ottobre 2014

Regeste

Peggioramento del danno alla salute preesistente e non nuova affezione. Respinta la domanda di versamento di una rendita d'invalidità LPP nei confronti della cassa pensioni del nuovo datore di lavoro

Erwägungen

E. 23

BVG, SZS 1995, pag. 403; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Basilea 1994, pag. 209). L'evento assicurato ai sensi dell'art. 23 LPP è infatti la sopravvenienza di un'incapacità lavorativa di una certa importanza (ossia, secondo la giurisprudenza, di almeno il 20%; cfr. STF 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008 consid. 3.2; VSI 1998 pag. 126; STF B 95/04 del 10 gennaio 2005; B 100/00 del 16 febbraio 2001 e B 78/99 del 2 agosto 2000), non la nascita dell'invalidità vera e propria (DTF 123 V 264 consid. 1b; SZS 1994 pag. 469 consid. 5a). Se una persona, malgrado l'esercizio di un'attività lavorativa e relativo pagamento del salario, di fatto è incapace al lavoro in misura rilevante, se quindi è in grado o meno di apportare il suo consueto rendimento oppure solo un rendimento ridotto a causa dei problemi alla salute, deve essere esaminato dal giudice d'ufficio con ogni cura (STF B 95/03 del 29 giugno 2004 e B 81/03 del 9 novembre 2004). L'incapacità lavorativa rilevante consiste in una perdita della capacità produttiva funzionale nella precedente professione oppure nelle proprie funzioni rispettivamente in una produttività ridotta rispetto al normale a causa dello stato di salute; in altre parole per incapacità lavorativa rilevante s'intendono gli effetti del danno alla salute che si ripercuotono sul rapporto di lavoro come ridotto rendimento, facile stancabilità, irritabilità verso colleghi o altro (SZS 2003 pag. 356 e 434; DTF 114 V 286 consid. 3c). Di conseguenza ci si deve di principio fondare sulle circostanze che si sono manifestate da un punto di vista del diritto del lavoro: una deroga è ammissibile solo con cautela, per non stemperare la protezione assicurativa (SZS 2003 pag. 356 con riferimento al caso di un assicurato che aveva ripreso al 100% l'attività lavorativa ma aveva continuato a soffrire di forti dolori; il TFA ha negato di conseguenza che ci fosse stato un recupero della capacità lavorativa negando quindi l'obbligo di prestare del nuovo istituto previdenziale). Nel caso di un disturbo depressivo recidivo la perdita di prestazioni o di rendimento dell'assicurato deve manifestarsi ai sensi del diritto al lavoro, segnatamente nella forma di una riduzione delle prestazioni con conseguente constatazione o ammonimento da parte del datore di lavoro o in quella di assenze per malattia rilevanti. Determinati sono le concrete circostanze del caso concreto, segnatamente quelle che si sono manifestate a livello lavorativo e in particolare gli eventuali accordi venuti in essere con il datore di lavoro, il quale deve comunque aver notato la perdita di prestazioni o di rendimento. Un'incapacità lavorativa medico-teorica che viene constatata solamente anni dopo con effetto retroattivo non è invece sufficiente (STF B 95/03 del 29 giugno 2004; STF

B 13/01 del 5 febbraio 2003 citata in SZS 2003 pag. 434; STF B 49/03 del 23 settembre 2004). Il richiedente dev'essere quindi assicurato secondo la LPP al momento dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa che ha condotto all'invalidità, non necessariamente quando insorge l'invalidità oppure il peggioramento della stessa (DTF 123 V 264 consid. 1b; SZS 2002 pag. 155 seg., 1995 pag. 465 consid. 4a, 1994 pag. 469). Questa soluzione è stata introdotta per evitare lacune assicurative nel caso in cui il datore di lavoro disdice il contratto prima che sia trascorso l'anno di attesa ai fini dell'erogazione della rendita AI e, quindi, della LPP (art. 29 cpv. 1 lett. b LAI; DTF 123 V 264 consid. 1b e 120 V 116 consid. 2b). 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 BVG Nr. 14; 1994 BVG Nr. 14; DTF 118 V 98). D'altra parte, l'obbligo di un nuovo assicuratore di pagare prestazioni sorge solo se l'incapacità lavorativa esistente già prima dell'inizio del nuovo rapporto assicurativo risulta interrotta, cioè quando non vi è più alcun nesso materiale e temporale (SZS 2003 pag. 356). I medesimi principi valgono in materia di previdenza più estesa, in assenza di disposizioni statutarie divergenti (SVR 1994 BVG Nr. 14 consid. 2b pag. 38; DTF 117 V 332 consid. 3). Essi non sono per contro direttamente applicabili nel caso in cui l'assicurato continua a lavorare per lo stesso datore di lavoro e questi cambia istituto di previdenza: in questo caso bisogna infatti esaminare se, e nell'affermativa in quale estensione e a quali condizioni, il nuovo istituto di previdenza ha ammesso l'assicurato secondo il proprio regolamento (SVR 2004 BVG 18 pag. 57; SZS 2005 pag. 243). Qualora, inoltre, esista il diritto ad una prestazione di invalidità, l'istituto di previdenza è tenuto a versare prestazioni di invalidità anche se l'invalidità si modifica, per i medesimi motivi, dopo la fine del rapporto previdenziale (DTF 118 V 45 consid. 5; STF del 6 marzo 1996 in re S.P, del 20 luglio 1994 in re R. pag. 4 consid. 3a; SZS 1995 pag. 465 consid. 4a; cfr. Moser, Bedeutung und Tragweite von art. 23 BVG, SZS 1995 pag. 426 N 49; STCA 34.1999.17 del 15 marzo 2000). Va altresì ulteriormente ricordato che in una sentenza emessa nel Canton Ginevra è stato precisato che l'art. 23 v. LPP non presuppone che l'interessato fosse assicurato all'inizio del decorrere del termine di carenza di cui all'art. 29 cpv. 1 LAI; è sufficiente invece che egli fosse affiliato all'istituto di previdenza al momento in cui è insorta l'incapacità lavorativa che ha condotto all'invalidità (SVR 1997 BVG Nr. 80). 2.4. L'art. 26 LPP (nell'art.

E. 26

LPP in vigore dal 1.1.2005 è stato introdotto il cpv. 4) 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 completo (SZS 1995 pag. 464 consid. 3b). Per l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione, applicabile in concreto, in vigore sino al 31 dicembre 2007) 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. Per l'art. 24 cpv. 1 LPP infine l'assicurato ha diritto alla rendita intera di invalidità se, nel senso dell'AI, è invalido per almeno i due terzi e alla mezza rendita se è invalido per almeno la metà (secondo l'art. 24 cpv. 1 LPP in vigore dal 1.1.2005 l'assicurato ha diritto alla rendita intera di invalidità se, nel senso dell'AI, è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, a una mezza rendita se è invalido per almeno il 50% e a un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%) .

Nell'ambito della previdenza più estesa (sovraobbligatoria) gli istituti di previdenza possono prevedere nel loro regolamento, in deroga all'art. 24 cpv. 1 LPP, che l'ammontare della rendita corrisponda al grado d'invalidità. Tuttavia l'importo della stessa deve corrispondere almeno alla rispettiva prestazione obbligatoria (STF B 115/06 del 5 ottobre 2007 consid. 2.2, B 72/06 dell'11 settembre 2007 consid. 2.1; Stauffer, *Berufliche Vorsorge*, 2005, n. 735 pag. 273 ; Vetter-Schreiber, *Berufliche Vorsorge*, 2013, ad art. 24 n. 23 pag. 108). 2.5. L'art. 4 LAI (in relazione con l'art. 16 LPG) 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., pag. 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 pag. 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 pag. 229). Secondo la giurisprudenza, nell'ambito della previdenza obbligatoria, gli istituti di previdenza sono vincolati da quanto pronunciato dall'assicurazione invalidità non solo per quel che riguarda il grado di invalidità (DTF 115 V 208 consid. 2c e 215 consid. 4c; SZS 1996 pag. 48 consid. 2b e 2d; SVR 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c; non c'è vincolo invece con riferimento alle basi di calcolo del grado di invalidità, cfr. Stauffer, *Die berufliche Vorsorge*, in: *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, 2013, ad art. 24), ma ugualmente per quanto concerne la nascita del diritto alla rendita e, di conseguenza, parimenti per la determinazione del momento a partire dal quale la capacità al lavoro dell'assicurato si è deteriorata in maniera sensibile e duratura (DTF 134 V 64, 133 V 67, 129 V 73, 126 V 310 consid. 1, 123 V 271 consid. 2a e riferimenti, 120 V 108 consid. 3c, 118 V 39 consid. 2b/aa; SZS 2002 pag. 155, SZS 1997 pag. 68; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2, SVR 1994 BVG Nr. 15 pag. 42 consid. 3c). In tal caso il concetto di invalidità è infatti il medesimo. Accertamenti separati del grado di invalidità potrebbero condurre a risultati differenti in contraddizione con lo scopo della legge (DTF 115 V 210 consid. 2b e 218 consid. 4, 118 V 39 consid. 2b). A tale vincolo di principio degli istituti di previdenza alle costatazioni degli organi dell'AI nulla è mutato, secondo la giurisprudenza, dopo l'introduzione della LPG (DTF 130 V 78, 132 V 1). Questo vincolo vale nell'ambito della previdenza sovraobbligatoria solo se il regolamento previdenziale si basa sul medesimo concetto di invalidità dell'assicurazione invalidità (DTF 126 V 308). L'istituto di previdenza non è tuttavia vincolato in maniera assoluta alle conclusioni dell'AI. Innanzitutto, a titolo generale, l'istituto previdenziale può scostarsi dalle conclusioni dell'assicurazione invalidità se queste appaiono di primo acchito insostenibili (DTF 134 V 64, 133 V 67, 129 V 73, 126 V 310 consid. 1, 123 V 271 consid. 2a, 115 V 208 consid. 2c e 215 consid. 4c, 109 V 24; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2a; SZS 1996 pag. 47; STFA B 38/92 del 30 novembre 1993 in *Plädoyer* 1994 pag. 66; Meyer, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)*, Zurigo 2010, ad art. 4, pag. 37-38; 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). D'altra parte, 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. Tale obbligo di notificazione è espressamente previsto dall'art. 76 cpv. 1 lett. i OAI in vigore dal 1. gennaio 2003. Se non viene coinvolto nella procedura pendente innanzi all'UAI, l'istituto LPP - che dispone di un diritto di opposizione e 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 134 V 64, 133 V 67, 132 V 1, 130 V 273 consid. 3.1, 129 V 73 e 150, 126 V 310 consid. 1; cfr. anche le STF 9C_684/2008 del 18 settembre 2009; B 32/03 del 21 gennaio 2005; B 66/04 del 21 settembre 2004; B 3/03 del 31 dicembre 2003; B 68/03 del 16 dicembre 2003; B 81/02 del 9 gennaio 2004; cfr. anche esplicitamente l'art. 49 cpv. 4 LPGA e l'art. 76 cpv. 1 lett. i OAI in vigore dal 1. gennaio 2003). La questione di sapere se un difetto di notifica di una decisione può venir sanato successivamente, segnatamente dal fatto che l'istituto di previdenza viene in seguito comunque in possesso della decisione, deve, secondo il TFA, venir esaminata in ogni caso concreto ponderando gli interessi in gioco (SZS 2006 consid. 367; per una sintesi della giurisprudenza sul tema cfr. STF 9C_689/2008 del 25 febbraio 2009). 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 (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 (STF 9C_684/2008 del 18 settembre 2009; STFA B 50/99 del 14 agosto 2000, B 79/99 e 4/00 del 26 gennaio 2001; B 83/04 del 25 aprile 2006). 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 pag. 45 e 2005 pag. 241; STF B 47/98 dell'11 luglio 2000 e B 81/03 del 9 novembre 2004). In virtù dell'art. 6 LPP (che stabilisce che la parte seconda della legge stabilisce unicamente esigenze minime), gli istituti di previdenza, oltre alla possibilità di introdurre la previdenza più estesa (art. 49 cpv. 2 LPP; cfr. SZS 1995 pag. 465-466 consid. 4b/aa), sono liberi di estendere il concetto di invalidità a favore dell'assicurato oppure di concedere prestazioni anche quando il grado d'invalidità è inferiore al 40%. Ciò non significa tuttavia che i fondi di previdenza dispongono di un margine di apprezzamento illimitato (SZS 1995 pag. 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; 1996 pag. 48 consid. 2b e 2d; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2a, 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c; DTF 115 V 208 consid. 2c; 115 V 215 consid. 4c). Inoltre, se il concetto di invalidità è più esteso, il fondo di previdenza non è 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 pag. 71, 1996 pag. 56; DTF 118 V 73 consid. 1, 117 V 335 consid. 5c, 115 V 220 seg.). 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). 2.6. Va ancora precisato che secondo la giurisprudenza 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; STF B 64/99 del 6 giugno 2001). Secondo la giurisprudenza federale, 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 (SZS 2002 pag. 156; DTF 134 V 21, 123 V 264 consid. 1c e 120 V 117 consid. 2c; già citata STFA non pubblicata del 6 giugno 2001). In effetti secondo il TFA: " l'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail." (DTF 120 V 117 consid. 2c) 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, pag. 210). Nella sentenza 6 dicembre 2007, pubblicata in DTF 134 V 20 e segg., il TF, apportando dei chiarimenti a quanto stabilito dalla precedente giurisprudenza, ha in particolare precisato che il nesso temporale si determina sulla base dell'incapacità lavorativa, rispettivamente della capacità lavorativa in un'attività ragionevolmente esigibile confacente con il danno alla salute; questa deve permettere di conseguire, per rapporto all'attività abituale, un reddito escludente il diritto ad una rendita (consid. 5.3). La giurisprudenza federale ha inoltre precisato che, nel caso di interruzione dell'incapacità di lavoro, non si può procedere ad un'applicazione schematica, analogamente a quanto previsto agli art. 29ter e 88a cpv. 1 OAI (DTF 123 V 264 e 120 V 118 consid. 2c/bb), mitigando il tenore di una precedente sentenza, in cui aveva stabilito che il nuovo istituto di previdenza è obbligato a versare la rendita solo se l'assicurato ha

lavorato per tre mesi interi, dopodiché si è ripresentata un'incapacità di lavoro (STFA B 38/92 del 30 novembre 1993 in Plädoyer 4/94 pag. 66-67). Per risolvere tale questione si deve tener conto di tutte le particolarità del caso concreto, e meglio della natura del danno alla salute, della prognosi del medico e dei motivi che hanno indotto l'assicurato a riprendere il lavoro. Inoltre sono determinanti le circostanze relative al mondo del lavoro, come un guadagno intermedio ottenuto dall'assicurato o la sua capacità di collocamento (DTF 134 V 22, 123 V 264 consid. 1c e 267 consid. 2c, 120 V 118 consid. 2b; SZS 2003 pag. 510, 2002 pag. 156 consid. 2b; SVR 2001 BVG Nr. 18 pag. 69 segg.). In questo senso nel caso di un assicurato invalido bisognerà negare il riacquisto della capacità lavorativa anche nel caso del tentativo, di oltre tre mesi, di ripresa dell'attività lavorativa, se la ripresa era motivata più da ragioni sociali e una ripresa dell'attività lavorativa duratura era comunque da ritenere improbabile (DTF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117). Decisivo è piuttosto il quesito di sapere se durante la ripresa dell'attività lavorativa l'assicurato ha apportato o meno una prestazione lavorativa piena e se il riacquisto duraturo della capacità lavorativa sembra probabile alla luce dei risultati del tentativo di ripresa del lavoro (STF B 4/02 del 30 ottobre 2002 e riferimenti a SZS 1997 pag. 67). Quanto al presupposto della connessione temporale va ancora detto che parte della dottrina ritiene che la durata dell'esercizio dell'attività lavorativa, il cui motivo può essere terapeutico, non ha rilevanza determinante né prevalente nell'ambito della valutazione delle circostanze del caso concreto, bensì configura solo un indizio. Di conseguenza, il fattore tempo deve passare in secondo piano, rispetto ad altri aspetti della fattispecie, se si può ritenere che, in un ambiente normale, cioè non protetto né particolarmente comprensivo, il reinserimento sarebbe fallito (M. Moser, Eine Gesetzesnorm sorgt zur Verunsicherung: weitere Fragen zu art. 23 BVG, SZS 1997, Sonderheft, pag. 120 segg., in particolare 124). Relativamente al presupposto della connessione materiale va inoltre precisato che per la giurisprudenza lo stesso può anche essere dato se l'incapacità al lavoro durante il periodo assicurativo è causata da problemi somatici, mentre che l'invalidità che origina il diritto alla rendita dell'assicurazione invalidità (e se del caso della previdenza professionale) è motivata da problemi psichici. Requisito necessario (ma non sufficiente) è tuttavia che il danno psichico si sia manifestato già durante il rapporto di previdenza e abbia chiaramente e in modo deciso contribuito all'evoluzione della malattia rispettivamente sia indissolubilmente legato col danno somatico (Vetter-Schreiber, op. cit., ad art. 23 n. 34 pag. 94-95 con riferimenti a STF B 46/06 del 29 gennaio 2007 consid. 3.3 e STF 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008 consid. 4.2; cfr. anche STF 9C_597/2008 del 3 dicembre 2008 consid. 2.2.2 con riferimenti; cfr. Hürzeler, in Schneider/Geiser/Gächter, Commentaire LPP et LFLP, art. 23, n. 24, pag. 350; STFA B 37/06 del 22 settembre 2006; B 32/03 del 21 gennaio 2005; cfr. anche B 11/02 del 14 giugno 2004; 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008; B 9/06 del 21 novembre 2006) e abbia causato un'incapacità lavorativa di rilievo (STF B 22/04 del 21 aprile 2005; B 73/05 del 3 maggio 2006; B 62/01 del 24 giugno 2002; B 37/06 del 22 settembre 2006; B 74/01 del 29 maggio 2002; B 11/02 del 14 giugno 2004; cfr. anche STF 9C_578/2008 del 29 maggio 2009; 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008; 9C_330/2008 del 4 settembre 2008; 9C_367/2008 del 17 aprile 2009; cfr. anche Hürzeler, op. cit., art. 23, n. 24, pag. 350). Tuttavia, nel caso in cui le affezioni somatiche e psichiche possono essere chiaramente distinte, non vi è un nesso materiale se durante il rapporto di previdenza la diminuzione della capacità lavorativa non era dovuta a motivi psichici che hanno finalmente condotto all'invalidità, ma a degli elementi somatici non invalidanti (Hürzeler, in op. cit., art. 23, n. 24, pag. 351 con riferimento a STF B 22/04 del 21 aprile 2005). Non vi è

parimenti una connessione materiale tra una sintomatologia somatica e somatoforme e la susseguente depressione, manifestata in modo rilevante dopo il rapporto previdenziale (Vetter-Schreiber, op. cit., ad art. 23 n. 34 pag. 95 con riferimento a STF B 73/05 del 3 maggio 2006; Hürzeler, in op. cit., art. 23, n. 24, pag. 350). Da ultimo va anche detto che se l'invalidità che dà luogo a una rendita è da ricondurre a diverse affezioni alla salute, di cui però solo una ha avuto un influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurato durante la copertura previdenziale, l'istituto di previdenza deve unicamente rispondere per l'invalidità che risulta da quest'ultima. Per la parte dell'invalidità che è dovuta a dei disturbi che si sono manifestati in modo tale da dare luogo a prestazioni solo dopo che la persona assicurata ha lasciato l'istituto di previdenza, la connessione materiale necessaria fa infatti difetto (Hürzeler, in op. cit., art. 23, n. 24., pag. 351).

2.7. L'art. 13 del Regolamento (valido dal 1. gennaio 2003 e applicabile in concreto in quanto in vigore al momento dell'eventuale insorgenza del diritto a prestazioni; cfr. Stauffer, Die berufliche Vorsorge, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2013, ad art. 23 pag 79), regola le prestazioni d'invalidità. Secondo il cpv. 1 "(...) sussiste invalidità, se la persona assicurata è invalida come minimo al 50% ai sensi dell'assicurazione per l'invalidità (AI). (...)” e il cpv. 2 stabilisce che "(...) la persona assicurata ha diritto ad una rendita intera, se ai sensi dell'AI è invalida almeno per 2/3, essa ha invece diritto ad una mezza rendita, se è invalida almeno al 50%. (...)” (XVII/2). Dal tenore della norma emerge che il concetto di invalidità del Regolamento coincide con quello della LPP e, quindi, della LAI. Di conseguenza, poiché l'attore è stato riconosciuto invalido ai sensi dell'AI (cfr. consid. 1.3), e quindi della LPP, dev'esserlo anche ai sensi delle disposizioni della Cassa. Del resto la Cassa non ha contestato la decisione dell'Ufficio AI del 26 luglio 2005 che, essendo statale pure notificata e conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.5), è per lei vincolante.

2.8. In concreto dagli atti AI emerge che l'attore ha presentato una domanda di prestazioni il 9 dicembre 2003 adducendo: "(...) • Operato Ernia discale C2-C3 / C4-C5 Dott. _____ (2002) • Operato Ernia discale L4-L5 (1991) (...)”. Dall'incarto AI risulta in effetti che, con scritto 5 marzo 2004, la _____ ha comunicato all'Ufficio AI, tra l'altro, che "(...) dal 1994 il Signor AT 1 è stato attivo nell'ambito della ristorazione quale indipendente. Lo stesso ha condotto il Bar _____, fino al 30 aprile 2003 quando, a causa dei suoi persistenti problemi di salute, è stato costretto a cederlo. [...] Malgrado continui e fastidiosi dolori, l'attività si è svolta normalmente fino al settembre 2002, dopodiché, vista l'incapacità fisica di poter portare avanti una situazione del genere, è stato costretto ad entrare in malattia al 50% e successivamente al 100%. (...)” (lettera 5 marzo 2004 della _____ agli atti AI). Il dr. _____, FMH in medicina generale e del lavoro, nel rapporto medico dell'8 marzo 2004, poste le seguenti diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: "(...) – stato dopo doppia discectomia C5-C6 e C6-C7 più spondilodesi con gabbia intercorporea per ernia discale C5-C6 paramediana destra C6-C7 mediana (febbraio 2003) – residua sindrome radicolare C6 destra con riflesso bicipitale assente nonché distesia e parestesie a livello del dermatoma C6 destra – residua sindrome cervico vertebrale con episodi algici ripetitivi – residua sindrome lombo vertebrale in stato dopo intervento a livello L4-L5 e L5-S1 nel 1991 per ernia discale (...)”, ha attestato i seguenti periodi di incapacità al lavoro: "(...) 100% dall'11.11.2002 fino al 31.7.2003, 50% dal 01.08.2003 fino al 12.01.2004, 100% dal 13.01.2004 fino al 01.02.2004, 50% dal 02.02.2004 fino al 24.02.2004, 100% dal 25.02.2004 fino al 15.03.2004 e 50% dal 16.03.2004 fino al continua. (...)” (rapporto medico dell'8 marzo 2004 del dr. _____ agli atti AI). Visti ed elencati i rapporti medici in suo possesso, il

sanitario ha rilevato che gli stessi “(...) ben specificano l’iter diagnostico e terapeutico del signor _____, iter che ci ha portato ad optare per una incapacità lavorativa parziale, incapacità lavorativa che mi sembra tutt’ora ottimale, anche se assistiamo regolarmente a delle crisi algiche importanti ed in più, parallelamente il paziente ha bisogno di sedute fisioterapiche regolari nonché una presa medicamentosa antalgica ed infiammatoria miorilassante pure in maniera regolare cronica. Sottolineo inoltre uno a due ricoveri annuali in ambiente stazionario al fine di effettuare un periodo fisioterapico intensivo per ritrovare quella mobilità articolare, la capacità di sopportare il carico lavorativo che permetterà poi al paziente di affrontare la propria professione di gerente nella maniera più ottimale. [...] Come ben risulta dagli allegati sopracitati la situazione del signor _____ è andata viepiù peggiorando nel corso degli anni tanto da abbinare alla già nota problematica lombare, una grossa problematica cervicale che ha spinto il Prof. _____ ad un intervento chirurgico effettuato un anno fa circa. La situazione attuale sul piano algico è improntata sulla mediocrità, visto che regolarmente presenta delle crisi algiche nonostante importante terapia antiinfiammatoria (Tilur, Sirdalud, Ponstan) e regolare fisioterapia nonché ginnastica presso l’istituto _____ di _____. Dobbiamo pure sottolineare la caparbia che contraddistingue il carattere di questo paziente, caparbia che gli permette di mantenere malgrado tutto una capacità lavorativa del 50% di una professione per nulla leggera, quando in situazioni similari la maggioranza dei pazienti avrebbero già gettato la spugna. (...)” (rapporto medico dell’8 marzo 2004 del dr. _____ agli atti AI). Il dr. _____, nell’allegato al rapporto medico dell’8 marzo 2004, ha inoltre precisato che l’attività abituale è proponibile nella misura di “(...) 4 ore/giorno = 50% (con le limitazioni del caso dovute all’importante problematica a livello lombare e cervicale). (...)” (allegato al rapporto medico dell’8 marzo 2004 del dr. _____ agli atti AI) precisando che altre attività non sono possibili. Sempre il dr. _____, con scritto del 7 dicembre 2004, ha comunicato all’Ufficio AI un peggioramento nella situazione clinica che ha caratterizzato le affezioni della colonna vertebrale già sottolineate nel precedente rapporto dell’8 marzo 2004. Indicata la seguente incapacità lavorativa: “(...) 50% dal 16.03.2004 al 12.04.2004, 100% dal 13.04.2004 al 03.05.2004, 50% dal 04.04.2004 al 04.05.2004 e 100% dal 05.05.2004 a tutt’ora (...)” (lettera 7 dicembre 2004 del dr. _____ agli atti AI) il sanitario ha rilevato che “(...) i documenti sopra-elencati (nonché il rapporto a voi inviato dal Dr. _____, FMH in psichiatria, _____, il 22 ottobre 2004), ben illustrano il netto peggioramento che ha contraddistinto l’evoluzione dell’affezione del signor _____, sia sul piano organico, che su quello psichico. La situazione attuale (malgrado fisioterapia intensiva / sirdalud 2 mg (1-1-2) / Celebrex 200 (1-0-1) / Ponstan 500 in riserva / Tramal gocce in riserva), resta improntata sulla mediocrità. I dolori disturbano regolarmente il paziente e, sul piano irritativo, abbiamo assistito ultimamente all’apparizione di parestesie nei territori C5-C7 a destra con a seguire EMG di controllo (introdotto Neurotine dal Dr. _____ vista la chiara nozione di nevralgia irritativa). Resta la problematica professionale; utopica una qualsiasi ripresa lavorativa a corto-medio termine viste le profonde alterazioni a livello cervicale (e lombare), alterazioni sul piano organico e sintomatico, che rendono impossibile un impiego anche in attività “leggera”. Questo certificato, completa quello da me inviato nel marzo scorso. Visto quanto precede, penso siano riempite le condizioni per l’ottenimento di una rendita totale d’invalidità. (...)” (lettera 7 dicembre 2004 del dr. _____ agli atti AI). I periti del Servizio Accertamento Medico dell’AI (SAM), nella perizia pluridisciplinare del 24 marzo 2005 – posta la diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa, di “(...) importante sindrome algica e

deficit funzionale del rachide cervicale con componente radicolare residuale irritativa, leggermente deficitaria C6 (C5) a ds. con probabile compromissione anche midollare cervicale in presenza di uno stato dopo discectomia C5-C6-C7, spondilosi C5-C7 il 04.02.2003, ripresa di spondilosi C5-C6 il 16.08.2004 con sospetto radiologico di potenziale residuale non fusione segmentale. Sindrome vertebrale lombare in presenza di alterazioni degenerative plurisegmentali e di uno stato dopo discectomia L4-L5-S1 nel febbraio 1991. Sindrome da disadattamento. (...)” (perizia pluridisciplinare del SAM del 24 marzo 2005 agli atti AI) – circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d’integrazione si sono così espressi: “(...) Conseguenze sulla capacità lavorativa derivano soprattutto da patologie ortopediche e neurologiche, in misura minore dalla patologia psichiatrica. Dal punto di vista ortopedico e neurologico, tenendo in considerazione le diagnosi riassunte al capitolo 5 e la loro discussione al capitolo 6, l’attuale totale incapacità lavorativa (come esercente nel ramo della ristorazione, come disegnatore elettricista e per qualsiasi altra attività lavorativa che richieda un rendimento economicamente sfruttabile), viene giustificata dall’importante deficit funzionale del rachide cervicale. Vi è una persistenza di dolori a livello cervicale con limitazione funzionale molto marcata, dolori radicolari sempre presenti malgrado il duplice intervento di spondilodesi cervicale (febbraio 2003 e agosto 2004). Ricordiamo che vi è un’importante limitazione funzionale con praticamente bloccaggio della rotazione verso ds. a livello della colonna cervicale (che si estende ben al di là di quanto normalmente attendibile da una spondilodesi medio-cervicale). Importante, nell’ottica dell’evoluzione a livello della colonna cervicale, è l’attuale sospetto radiologico di una potenziale residuale non fusione segmentale, per cui si ritiene necessario osservare l’ulteriore evoluzione del processo di fusione intersegmentale C5-C6. L’esame di controllo previsto presso il servizio di neurochirurgia dell’Ospedale Universitario di _____ è suscettibile di apportare nuovi elementi di giudizio. I disturbi accusati in sede cervicale sono quindi suscettibili di un’ulteriore evoluzione anche a corto – medio termine, al momento attuale non ancora prevedibile con sufficiente attendibilità. Per quanto attiene la componente lombare, oggetto di un intervento di discectomia nel febbraio 1991 e sede di alterazioni degenerative plurisegmentali, la situazione clinica risulta essersi stabilizzata. In questo contesto, la natura degenerativa/artrosica delle alterazioni lascia sospettare una lenta evoluzione sull’arco del tempo. Dal punto di vista psichiatrico, tenendo in considerazione la diagnosi di disturbi emotivi nell’ambito di una sindrome da disadattamento e la discussione descritta al capitolo 6, il nostro consulente psichiatra valuta una leggera limitazione della capacità lavorativa dal punto di vista prettamente psichiatrico nella misura del 10 – 20%. Riassumendo, per le ragioni suesposte, dal punto di vista fisico e psichico, valutiamo il grado di capacità lavorativo globale nell’attività da ultimo esercitata come esercente nel ramo della ristorazione nella misura dello 0%. Per quanto riguarda la valutazione temporale della limitazione della capacità lavorativa, sulla base delle valutazioni fatte dai nostri consulenti nell’attuale esame peritale, riteniamo giustificate le incapacità lavorative attestate dai medici curanti: 50% dal 3.09.2002, 100% dall’11.11.2002, 50% dal 01.08.2003, 100% dal 13.01.2004, 50% dal 01.02.2004, 100% dal 25.02.2004, 50% dal 16.03.2004, 100% dal 13.04.2004 in poi. [...] Concordiamo con la valutazione fatta dal nostro consulente ortopedico e neurologico, i quali ritengono che al momento attuale non sia possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale, risultando l’A. inabile al lavoro in misura completa per qualsiasi genere di attività che richiede un rendimento economicamente sfruttabile. (...)” (perizia pluridisciplinare del SAM del 24 marzo 2005 agli atti AI). 2.9. 2.9.1. Viste le suesposte risultanze mediche secondo questa Corte si deve

ammettere, come sostenuto dalla Cassa, che l'aumento dell'incapacità lavorativa – intervenuto dopo l'inizio al 1. agosto 2003 dell'attività dipendente a tempo parziale (50%) quale gerente presso il _____ (cfr. consid. 1.1) – é dovuto ad un'affezione preesistente già certificata in precedenza in un momento in cui l'attore non era assicurato presso di lei (cfr. consid. 2.2). In effetti il dr. _____, già nell'attestato del 14 ottobre 2002, poste le diagnosi note, quanto al momento in cui si è manifestata l'affezione per la prima volta, ha certificato: "(...) Paziente operato nel 1991 per due ernie discali a livello lombare con in seguito un periodo di relativa accalmia tra il 1994 e il 2002; settembre 2002 ripresa dei sintomi cervicovertebrali ragione per cui ripresa di fisioterapia intensiva nonché ginnastica in acqua e incapacità lavorativa parziale al 50%. (...)” (doc. 19). Lo stesso sanitario, con scritto 4 novembre 2002, ha inviato il paziente al dr. _____ per un controllo specialistico indicando, in particolare, che "(...) attualmente il signor _____ presenta dei dolori importantissimi a livello cervicale dx, dolori che irradiano come ben possiamo immaginare dalle immagini a nostra disposizione nel territorio C6-C7 sempre a destra. (...)” (lettera 4 novembre 2002 del dr. _____ indirizzata al dr. _____ agli atti AI). Dal canto suo il dr. _____, FMH in neurochirurgia, nel rapporto 6 novembre 2011, poste le diagnosi note, ha concluso, che "(...) la situazione lombare è stabile e si manifesta con la presenza di una sindrome lombovertebrale senza sciatalgie, né parestesie agli arti inferiori. Quindi in futuro saranno necessarie solo regolari sedute ambulatoriali di fisioterapia allo scopo di ricondizionare la muscolatura paravertebrale lombare. La situazione cervicale è per contro più complessa: essa è caratterizzata dalla presenza di importanti disturbi nella regio collis lateralis a destra, coinvolgenti il muscolo trapezio e il passaggio cervicovertebrale, sede paravertebrale. Anche nell'arto superiore destro, il paziente segnala parestesie nella regione del thenar (C6) e una sensazione di pesantezza all'avanbraccio lungo il dermatoma C6. Soggettivamente diminuzione della forza in questo paziente destrimane. La diagnostica per immagini (MRI cervicale, 21.10.2002) ha evidenziato a livello C5/C6 un'ernia mediolaterale destra con indentazione della radice C5 nel forame di coniugazione. A livello C6/C7 stenosi secondaria del canale spinale e anche se il radiologo rileva un'indentazione sul midollo spinale non vi sono né segni midollari, né radicolari C7, soprattutto a destra. Dopo somministrazione di mezzo di contrasto, si vede la reazione flogistica a livello delle due alterazioni degenerative descritte. Dopo aver discusso con il paziente e la sua amica, è chiaro che la qualità di vita del signor AT 1 si è notevolmente modificata in quest'ultimo mese e mezzo, determinando anche l'attività lavorativa, quale esercente a Giubiasco. Quest'ultima da fine settembre 2002 è ridotta al 50%. Propongo di tentare, considerando l'assenza di deficit neurologici sicuri agli arti superiori, una cura fisioterapica stazionaria nella Clinica _____ di Riabilitazione a _____. Se quest'ultima misura terapeutica avesse successo, il paziente potrebbe riprendere la propria attività quale esercente a _____, prima al 50%, poi gradualmente fino al 100%. (...)” (rapporto 6 novembre 2002 del dr. _____ agli atti AI). Nel rapporto della degenza dal 11.11.2002 al 17.12.2002, il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica in fisiatria e riabilitazione e Coprimario della Clinica _____ di riabilitazione di _____, ha attestato: "(...) Inabilità lavorativa: al 100% fino al 11.12.02 ed in seguito controllo dal suo medico curante. In data 20.12.02 è previsto un controllo presso il Dr. _____, _____, onde stabilire l'eventuale procedere (invasivo) in quanto il trattamento da noi intrapreso non ha portato al successo sperato. (...)” (rapporto 11 dicembre 2002 del dr. _____ agli atti AI). L'attore è quindi stato sottoposto, presso il _____, il 4 febbraio 2003 ad un intervento di "(...) double

dissectomie C5-C6 e C6-C7 avec également double spondilodèse par cage intercorporeale pour hernies discales C5-C6 paramédiane D et C6-C7 médiane (...)” a cura del dr. Regli che ha attestato un’incapacità lavorativa del 100% dal 3 febbraio 2003 fino al prossimo controllo neurochirurgico (rapporto d’uscita del 10 febbraio 2003 del _____ agli atti AI). Lo stesso dr. _____, nel rapporto 9 aprile 2003 concernente la consultazione ambulatoriale del 4 aprile 2003 presso il _____, circa la capacità lavorativa, ha attestato che “(...) nous avons également discuté de la possibilité d’une reprise de travail qui peut être envisagée a 50% dans un mois et pendant 1 mois. Un nouveau contrôle à notre consultation n’est pas nécessaire mais nous restons évidemment à disposition pour réévaluer la situation si nécessaire. (...)” (rapporto di consultazione del 9 aprile 2003 del _____ agli atti AI). In seguito il dr. _____, come visto sopra, ha attestato un’inabilità lavorativa del 100% fino al 31.07.2003, del 50% dal 01.08.2003, del 100% dal 13.01.2004, del 50% dal 02.02.2004, del 100% dal 25.02.2004, del 50% dal 16.03.2004, del 100% dal 13.04.2004, del 50% dal 04.05.2004 e del 100% dal 05.05.2004. È dunque a causa di entrambe le affezioni diagnosticate (sia quella lombare che quella cervicale) che con decisione del 26 luglio 2005 l’Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una mezza rendita dal 1. settembre 2003 e ad una rendita intera dal 1. luglio 2004 (cfr. doc. 14). Il danno alla salute che ha causato il peggioramento dello stato di salute e, quindi, del grado d’invalidità dell’attore, è il medesimo che ha giustificato l’assegnazione di una mezza rendita fino al 30 giugno 2004. Visto inoltre che l’attore non ha mai riacquisito una totale capacità lavorativa, lo stesso danno alla salute avendo giustificato un’inabilità al lavoro in qualsiasi attività di almeno il 50% (con periodi al 100%) dal mese di settembre 2002, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3 e 2.6: DTF 123 V 262 e 134 V 20) la Cassa non deve alcuna prestazione previdenziale ritenuto che si tratta di un peggioramento di un’affezione già presente allorquando l’attore esercitava un’attività indipendente. In particolare, nella misura in cui – sulla base del certificato medico del 24 gennaio 2006 nel quale il dr. _____ ha precisato che “(...) in data 13.02.2004, nel quadro di una lombalgia acuta (indipendente dalla problematica cervicale sopracitata), nuovo corto periodo di IL 100% (dal 13.01.2004 al 01.02.2004) e ripresa lavorativa (50%) dal 02.02.2004 (...)” (doc. A/11) – l’attore volesse far valere che il peggioramento della capacità lavorativa sia riconducibile ad una nuova affezione lombare, va rilevato, da una parte, che (a prescindere dal fatto che, come visto sopra, la patologia lombare risulta essere stata sempre presente; cfr. in questo senso anche lo scritto del 1. aprile 2014 della cassa e i citati reperti medici; XIII) dai succitati atti medici risulta una situazione stabile legata a questa patologia e, dall’altra parte, che è lo stesso dr. _____ nel medesimo certificato ad attestare che il peggioramento è dovuto ad un’esacerbazione della problematica cervicale (“(...) nuova ripresa parziale (50%) dal 16.03.2004 con a seguire, purtroppo, un’esacerbazione acuta della problematica cervicale, situazione che ha giustificato le IL seguenti: 100% dal 13.04.2004 al 03.05.2004 (50% dal 04.05.2004 al 04.05.2004) 100% dal 05.05.2004 a tutt’ora. (...)” (doc. A/11)). In questo senso non è possibile concludere, come sembrerebbe pretendere l’attore, che solo la lombalgia acuta è il nuovo evento che avrebbe giustificato il peggioramento della capacità lavorativa. Infatti, lo si ribadisce, la patologia lombare (oltre ad essere stata sempre presente) risulta stabilizzata e il peggioramento riconducibile ad un’esacerbazione della problematica cervicale. 2.9.2. Nemmeno è possibile concludere diversamente avuto riguardo alla patologia psichiatrica. In effetti il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nei rapporti medici del 26 maggio e del 2 novembre 2004 ha attestato, da marzo 2004, una “(...) sindrome ansioso

depressiva reattiva alla situazione somatica (...)” rispettivamente una “(...) sindrome ansioso depressiva ricorrente, episodio di media gravità (...)” e, quanto alla capacità lavorativa, ha rinviato ai certificati medici del dr. _____ (rapporti 26 maggio e 2 novembre 2004 del dr. _____ agli atti AI). Quanto ai provvedimenti terapeutici e alla prognosi il dr. _____, nei succitati rapporti, ha evidenziato: “(...) per ciò che concerne i provvedimenti terapeutici quest’A ha iniziato una cura stazionaria presso l’Ospedale di Giorno “_____” svolgendo dei colloqui psicoterapici, delle terapie di rilassamento con un approccio psico corporeo. La prognosi da un punto di vista psichico appare direttamente connessa con l’esito dell’intervento chirurgico di giugno 2004. Ritengo infatti che se il decorso della malattia sarà negativo ci si deve aspettare anche una sindrome ansioso depressiva reattiva al suo stato fisico che comprometterà la ripresa anche in misura parziale della sua professione. A medio lungo termine quindi la prognosi rimane incerta. (...)” e che “(...) per ciò che concerne i provvedimenti terapeutici l’A continua a frequentare l’Ospedale di Giorno “_____” svolgendo dei regolari colloqui psicoterapici accompagnati da terapie di approccio psico corporeo. Tale presa a carico continuerà per un tempo indeterminato perché l’aspetto depressivo è direttamente connesso con la sintomatologia somatica sopra descritta. Per ciò che concerne la prognosi lavorativa ritengo che da un punto di vista psichico egli sia da considerare inabile al 100% per qualsiasi tipo di attività, anche in misura parziale in quanto la sua patologia somatica lo porta a momenti depressivi. Ritengo inoltre che ritentare con un’ennesima attività lavorativa (bisognerebbe valutare quale e in che misura vista la patologia somatica in quanto tale che lo porta ad essere troppo seduto ed un’attività che lo porta ad essere troppo in piedi non sono possibili) non farebbe che aggravare la sua sintomatologia somatica e di conseguenza anche psichica. (...)” (rapporti 26 maggio e 2 novembre 2004 del dr. _____ agli atti AI). Dal canto loro, i periti del SAM, nella perizia pluridisciplinare del 24 marzo 2005, osservato che “(...) Conseguenze sulla capacità lavorativa derivano soprattutto da patologie ortopediche e neurologiche, in misura minore dalla patologia psichiatrica. (...)” hanno evidenziato che “(...) Dal punto di vista psichiatrico, tenendo in considerazione la diagnosi di disturbi emotivi nell’ambito di una sindrome da disadattamento e la discussione descritta al capitolo 6, il nostro consulente psichiatra valuta una leggera limitazione della capacità lavorativa dal punto di vista prettamente psichiatrico nella misura del 10 – 20%. (...)” (perizia pluridisciplinare del SAM del 24 marzo 2005 agli atti AI). Dalle suesposte risultanze mediche questo Tribunale rileva che, se, conformemente alla succitata giurisprudenza sviluppata in merito al legame tra motivi somatici e manifestazioni psichiche susseguenti (cfr. consid. 2.6), si volesse concludere che la patologia psichiatrica è indissolubilmente legata a quella somatica, allora, essendo l’affezione somatica preesistente all’affiliazione alla Cassa, quest’ultima non può essere chiamata a rispondere per la stessa. Se invece, conformemente alla succitata giurisprudenza si volesse concludere, a contrario, che la patologia psichiatrica va considerata quale affezione a sé stante, valgono le seguenti considerazioni. Da una parte, alla luce delle succitate certificazioni mediche, vi è da ritenere che l’aumento della rendita d’invalidità AI da mezza a intera non è stato causato dall’insorgenza di problemi psichiatrici ma dal peggioramento della patologia somatica che ha portato ad una sindrome ansioso depressiva reattiva. L’aumento del grado d’invalidità non è quindi riconducibile ad una nuova causa. Dall’altra parte – ricordato che per consolidata giurisprudenza se un rapporto medico quantifica il grado della (in)capacità lavorativa entro due limiti di valore è corretto di norma fondarsi sul valore medio per evitare delle disparità di trattamento risultanti da questo genere di valutazione (STF 9C_

721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.3 e 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 4.2 non pubblicato nella DTF 137 V 71 ma in SVR 2011 IV Nr. 69 pag. 207) – nemmeno avremmo a che fare con un nuovo evento assicurato vista l'incapacità lavorativa del 15% (ovvero la media tra il 10 e il 20% indicato dai periti), inferiore, quindi, al 20% durante il periodo assicurato (cfr. consid. 2.3). 2.10. Alla luce di quanto sopra, responsabile del versamento della rendita di invalidità della LPP non può essere ritenuta la CV 1, in qualità di istituto di previdenza del _____, datore di lavoro dell'assicurato dal 1. agosto 2003 al 31 maggio 2004 (cfr. consid. 1.1). In effetti l'incapacità al lavoro la cui causa ha poi condotto all'invalidità secondo l'art. 23 LPP si è manifestata nell'ottobre 2002, momento in cui l'attore non era alle dipendenze del succitato esercizio pubblico e non era quindi assicurato presso la Cassa convenuta. I presupposti di cui all'art. 23 LPP per il riconoscimento di una rendita d'invalidità del 2. pilastro da parte della Cassa convenuta non sono quindi adempiuti, ragione per cui la petizione di AT 1 deve essere respinta. 2.11. Si osservi abbondanzialmente che questa conclusione si impone anche nell'eventualità in cui l'interessato non dovesse essere stato affiliato ad alcun istituto previdenziale al momento in cui si è verificato l'evento assicurato, vale a dire in cui è insorta l'incapacità lavorativa la cui causa è all'origine dell'invalidità. Il sistema legale che fa capo all'art. 23 LPP non ha in effetti lo scopo di garantire in tutti i casi delle prestazioni della previdenza professionale, ma, in virtù del principio d'assicurazione espressamente sancito dalla medesima norma, è inteso a distinguere i rischi assicurati da un determinato istituto di previdenza da quelli che invece non lo sono. Si richiami altresì il principio in materia d'assicurazione per il quale non può essere coperto un rischio già realizzato (DTF 123 V 266 consid. 2b e 268 consid. 3b). 2.12. Riguardo alla pretesa rendita d'invalidità pari a fr. 9'168.-- annui e alla somma indicata di fr. 89'929.-- (cfr. consid. 1.8) questo Tribunale ribadisce innanzitutto che, come visto, l'attore non ha diritto ad alcuna rendita d'invalidità del 2. pilastro a carico della Cassa convenuta. Questo Tribunale rileva abbondanzialmente che la somma di fr. 89'929.-- rappresenta semplicemente l'aver di vecchiaia presumibile al momento del pensionamento se le condizioni salariali fossero rimaste uguali fino ad allora. In questo senso nel "Certificato d'assicurato 2003" (prodotto sub doc. C) è indicato che "(...) con l'evoluzione salariale o in seguito a modifiche delle leggi, le prestazioni possono aumentare o diminuire. Il pagamento delle prestazioni avviene in base alla situazione effettiva conformemente al regolamento e alla legge (LPP). (...)" (doc. C). Del resto, dal complemento del 15 settembre 2014 con allegato l'estratto conto del 12 settembre 2014 (XXIII e XXIII/1), risulta che in effetti l'aver di vecchiaia maturato nel periodo in cui è stato dipendente presso il _____ ammonta in realtà a complessivi fr. 1'787.20 e che la Cassa è pronta a versare all'attore quest'importo non "(...) appena renderà note le coordinate per il versamento. (...)" (XXIII). 2.13. La presente procedura é gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP in relazione all'art. 20 cpv. 1 LPTCA). Alla CV 1, rappresentata da un avvocato, seppur vincente in causa non sono assegnate ripetibili. Infatti, conformemente alla giurisprudenza, nessuna indennità per ripetibili è di regola assegnata alle autorità vincenti o agli organismi con compiti di diritto pubblico. Ciò vale anche per gli istituti di previdenza (DTF 126 V 149 consid. 4, 118 V 169 consid. 7).

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