

TI_GERICHTE 34.2016.38 vom 19. Juni 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-06-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2016.38

FR: TI_GERICHTE 34.2016.38 du 19 juin 2017

IT: TI_GERICHTE 34.2016.38 del 19 giugno 2017

Regeste

Nuova affezione. Il danno all'origine dell'invalidità non é essenzialmente lo stesso che si era manifestato durante l'affiliazione alla Cassa. Respinta la domanda di versamento di una rendita d'invalidità LPP perché il presupposto dello stretto nesso materiale non é dato.
Assistenza giudiziaria

Erwägungen

E. 5

; SZS 1995 pag. 465 consid. 4a; cfr. Moser, Bedeutung und Tragweite von art. 23 BVG in SZS 1995 pag. 426 nota a pié pagina nr. 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. 28 cpv. 1 lett. b 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). 2.3. 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 completo (SZS 1995 pag. 464 consid. 3b). Per l'art. 28 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 al 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 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, 2012, n. 876 pag. 318 ; Vetter-Schreiber, Berufliche Vorsorge, 2013, ad art. 24 n. 23 pag. 108). 2.4. 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., 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 constatazioni 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgesgerichts zum IVG, 2014, ad. art. 4 N. 116 pag. 43; 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; STFA B 32/03 del 21 gennaio 2005, B 66/04 del 21 settembre 2004, B 81/02 del 9 gennaio 2004, B 3/03 del 31 dicembre 2003, B 68/03 del 16 dicembre 2003; 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 pag. 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 83/04 del 25 aprile 2006, B 50/99 del 14 agosto 2000, B 79/99 e 4/00 del 26 gennaio 2001). 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 2005 pag. 241 e 2003 pag. 45; STFA B 81/03 del 9 novembre 2004 e B 47/98 dell'11 luglio 2000). 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). 2.5. 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 ridvenuto 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 138 V 419 consid. 6.2, 130 V 275 consid. 4, 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c e SZS 2002 pag. 156). In effetti secondo il TF: "L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c p. 264; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117)." (DTF 138 V 409, consid. 6.2 pag. 419) 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). Si osservi 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 BVG Nr. 18 pag. 69 consid. 5a pag. 70; STFA B 34/01 del 15 novembre 2001 consid. 1b e B 72/99 del 10 ottobre 2001 consid. 4). 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 pagg. 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 (STFA 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).

2.6. Nel caso in esame secondo l'art. 1 del Regolamento " (...) 1

Con il nome di "CV 1 " è stata costituita una fondazione ai sensi dell'art. 80 segg. del Codice civile svizzero, art. 331 del Codice Svizzero delle obbligazioni e art. 48 LPP con sede a _____ . 2

La fondazione ha come scopo la previdenza professionale nell'ambito della LPP e delle sue disposizioni esecutive a favore dei lavoratori delle imprese strettamente collegate economicamente o finanziariamente con la ditta fondatrice e a favore dei loro familiari e superstiti contro le conseguenze economiche legate alla vecchiaia, al decesso e all'invalidità e a tale scopo è iscritta nel registro della previdenza professionale. 3

La fondazione gestisce per proprio conto e a proprio rischio e pericolo una Cassa pensioni secondo le disposizioni del presente regolamento. Ha la facoltà di riassicurare singoli rischi presso una compagnia d'assicurazione sottoposta alla sorveglianza ordinaria. 4

La Cassa pensioni accorda in ogni caso almeno le prestazioni di legge ai sensi della LPP. A tale scopo gestisce per ogni assicurato un "conto di controllo" (conto testimone) da cui risultano in qualsiasi istante l'aver di vecchiaia LPP maturato dall'assicurato e i diritti minimi che gli spettano per legge.

5 La Cassa pensioni gestisce un piano previdenziale per il Personale Operativo (Piano previdenziale PE, allegato II) così come un piano previdenziale per i collaboratori PTA (Piano previdenziale PTA, allegato III). (...)." (doc. A/8, pag. 5) L'art. 10 del Regolamento stabilisce che: " (...) 1

La cassa pensioni può far verificare periodicamente la capacità di lavoro dei titolari di rendite futuri o attuali. 2 Il diritto a una rendita di invalidità spetta a un assicurato che: a) sia invalido almeno per il 40% e al momento dell'insorgere dell'incapacità al lavoro la cui origine ha portato all'invalidità era assicurato presso la cassa pensioni, oppure b) che, al momento di intraprendere l'attività lavorativa, sia inabile al lavoro almeno per il 20% ma in misura inferiore al 40% a causa di un'infermità congenita, e che al momento dell'accresciuta inabilità al lavoro la cui origine ha portato all'invalidità sia assicurato perlomeno al 40%, o ancora c) che sia stato minorenne invalido e pertanto, al momento di intraprendere l'attività

lavorativa, fosse inabile al lavoro almeno per il 20% ma in misura inferiore al 40% e che al momento dell'accresciuta inabilità al lavoro la cui origine ha portato all'invalidità fosse assicurato perlomeno al 40%. 4 L'assicurato ha diritto a: a) una rendita intera di invalidità se invalido per almeno il 70%; b) tre quarti di rendita se invalido per almeno il 60%; c) metà della rendita se invalido per almeno il 50%; d) un quarto della rendita se invalido per almeno il 40%. 5

L'importo della rendita intera di invalidità verrà calcolato fino al raggiungimento dell'età pensionabile per il Personale Operativo come da piano di previdenza PE (Allegato II), e per i collaboratori _____ come da piano di previdenza _____ (Allegato III). Qualora al momento della maturazione del diritto alla rendita di invalidità l'assicurato risulti aderente alla cassa pensioni da un periodo inferiore ai cinque anni, la cassa pensioni si limita all'erogazione delle prestazioni minime previste per legge in base alla LPP. 6

La rendita di invalidità calcolata in base al capoverso 5 verrà conseguita fino alla morte o fino alla scadenza dell'invalidità, e comunque non oltre il raggiungimento dell'età pensionabile. Raggiunta l'età pensionabile, l'importo della rendita verrà rideterminato. Il nuovo importo della rendita si misura sull'avere di vecchiaia continuativo e disponibile al raggiungimento dell'età pensionabile e sull'aliquota di conversione in vigore al momento del raggiungimento dell'età pensionabile (fermo restando l'Art. 20). La rendita così calcolata dopo l'età pensionabile verrà garantita fino alla morte del titolare. 7

Il diritto alla rendita di invalidità sarà differito finché l'azienda continuerà a corrispondere lo stipendio o fino a quando verrà corrisposta un'indennità sostitutiva (come ed es. diarie di assicurazioni per malattia o incidente) ammontante ad almeno l'80% del mancato stipendio e co-finanziato almeno per metà dall'azienda. Farà fede l'importo dell'indennità sostitutiva prima dell'eventuale riduzione per obbligo di assicurazione come da Legge federale AI. 8

Chi percepisce una rendita di invalidità ha diritto a una rendita per figli per ogni figlio che, alla sua morte, avrebbe diritto a una rendita per gli orfani (Art. 12). La rendita per i figli del beneficiario di una rendita di invalidità verrà corrisposta a partire dallo stesso momento della rendita di invalidità stessa. Essa decade alla scadenza della sottostante rendita di invalidità e comunque al massimo quando scadrebbe il diritto alla rendita per gli orfani. L'importo della rendita per i figli del beneficiario di una rendita intera di invalidità si compone come segue: - 20% della rendita di invalidità per un figlio; - 30% della rendita di invalidità per due figli; - 40% della rendita di invalidità per tre e più figli. Nel caso di invalidità parziale, la rendita per i figli del beneficiario di una rendita di invalidità verrà ridotta di conseguenza. 9

Qualora un assicurato avente diritto ad una rendita parziale di invalidità della cassa pensioni receda dalla stessa, egli continuerà a ricevere tale rendita parziale insieme ad eventuali rendite complementari per i figli. Inoltre, per la parte attiva verrà corrisposta una prestazione d'uscita come previsto dall'Art. 18. Le prestazioni in favore dei superstiti si calcolano in base alla rendita parziale di invalidità. 10 Si applica l'Articolo 26a LPP. Ai fini della proroga del rapporto di assicurazione provvisoria, i titolari di una pensione di invalidità interessati sono considerati invalidi ai sensi del presente regolamento. Durante la proroga del rapporto di assicurazione e il mantenimento del diritto alla prestazione, l'istituto di previdenza può ridurre la rendita di invalidità se il grado di invalidità della persona assicurata risulta ridotto, sebbene soltanto ove l'assicurato percepisca un reddito supplementare che compensi tale riduzione. (...)." (doc. A/8, pagg. 12-13) Dal tenore delle succitate norme emerge che il concetto di invalidità del Regolamento coincide sostanzialmente con quello della LPP e, quindi, della LAI. 2.7. Tema del contendere è l'assegnazione di una rendita d'invalidità della

previdenza professionale a AT 1 (cfr. consid. 1.3 e 1.6). La Cassa non contesta l'invalidità riconosciuta dall'Ufficio AI all'assicurato con decisioni del 30 settembre 2014 (cfr. consid. 1.2), ma nega di essere debitrice dell'eventuale rendita della previdenza professionale a suo favore. Sostiene in particolare che non è possibile dedurre alcuna causalità materiale o temporale tra le affezioni che hanno portato al riconoscimento del diritto alla rendita AI dal 1. giugno 2012 (cfr. consid. 1.2) e i problemi alla salute manifestatisi durante l'affiliazione alla Cassa medesima, trattandosi sostanzialmente di problematiche nuove rispetto ai problemi ortopedici al piede destro già presenti quando l'attore era ancora alle dipendenze della _____ (oggi _____; cfr. consid. 1.4 e 1.7) e, quindi, assicurato presso la convenuta.

2.8. Dall'incarto AI (XXIII/1, pagg. 1-814), per quanto qui d'interesse, emerge quanto segue.

2.8.1. Nell'ambito della prima domanda di prestazioni AI del novembre 2006 (XXIII/1, pagg. 4-10):

- Il dr. _____, FMH in reumatologia e medicina interna, nella perizia reumatologica del 27 dicembre 2007 (XXIII/1, pagg. 69-75) – posta la diagnosi di “(...) sindrome del dolore cronico al piede destro in - Esiti da osteotomia di resezione calcaneo-navicolare destra il 14.03.2006 - Esito da revisione per infezione di Stafilococco dorato del sito operatorio il 10.05.2006 - Esito da sviluppo algodistrofico anamnestico. Sindrome cervicolombovertebrale (...)” (XXIII/1, pag. 73) –, circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione, ha concluso che “(...) giudico come lavoro adatto allo stato di salute, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, al più tardi a decorrere dall'1.1.2007. Nella sua ultima attività principale come manovale, a seguito dei limiti funzionali e di carico menzionati nell'allegato, giudico l'assicurato inabile al lavoro nella misura dei 2/3 a partire dall'11.3.2006. (...)” (XXIII/1, pag. 74). Lo stesso specialista ha, in particolare, rilevato che “(...) l'assicurato indica pure dolori locali cervicali dall'ottobre 2007 specialmente alle rotazioni, riproducibili all'esame clinico, durante il quale la rotazione cervicale appare moderatamente limitata dalle due parti; dal 2006 vengono pure percepiti dolori circolari lombari poco specificati; la mobilità del rachide lombare, per quanto valutabile in posizione seduta, risulta libera ai movimenti in ogni direzione. (...)” (XXIII/1, pag. 72).
- L'Ufficio AI – sulla base dell'annotazione del 13 novembre 2008 nella quale il medico SMR dr. _____, posto la diagnosi di “(...) Neurodistrofia della gamba destra con probabile interessamento simpatico (2006) Neuroalgie diffuse alla gamba destra (...)” e osservato: “(...) molto complicata la situazione clinica di questo giovane assicurato di 31 anni affetto da patologia neurologica alla gamba destra da ormai più di due anni imputabili ad intervento di osteotomia di resezione calcaneo-navicolare nel marzo 2006 con complicazione infettiva del sito operatorio. Dalla valutazione reumatologica del dr. _____, il quale reputò totalmente capace al lavoro l'assicurato nel dicembre 2007, si sono susseguiti certificati medici comprovanti l'IL continua anche nel 2008. Diversi sono infine i referti medici giuntici dal Centro _____ ove il paziente ha eseguito diversi esami diagnostici nonché un recente intervento di blocco anestetico dei gangli nervosi simpatici a livello di L4 (25.9.08) (...)” (XXIII/1, pag. 156) – il 19 dicembre 2008 ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (XXIII/1, pagg. 160-161).
- Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 18 giugno 2009 (XXIII/1, pagg. 163-241), risulta che i periti – fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne di natura ortopedica (dr. _____), psichiatrica (dr. _____) e neurologica (dr. _____) – hanno posto le seguenti diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa “(...) Sindrome da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Moderata

neuropatia del nervo surale ds., con ipoestesia e iperpatia. Contrattura dolorosa cronica del retropiede ds., con stato dopo resezione chirurgica della sinostosi calcaneoscafoidea ds. per coalizione calcaneoscafoidea ds., tendomiaglia a catena lombopelvicofemorale ds. in rapporto con patologia deambulatoria. (...)” (XXIII/1, pag. 181). Quanto alle singole patologie i periti hanno, in particolare, evidenziato quanto segue. Per la patologia psichiatrica: “(...) Il consulente psichiatra afferma che l'A., dal suo profilo specialistico, presenta un processo di somatizzazione in soggetto semplice, con scarse capacità intellettive e con una forma di pensiero concreto e limitato, situazione, questa, ricollegabile ad aspetti immaturi di personalità dell'A., senza tuttavia costituire un disturbo di personalità vero e proprio. Viene inoltre segnalata una chiara tendenza dell'A. a esagerare in modo teatrale e caricaturale la sua sintomatologia. Con questa modalità, dal profilo di interpretazione psicologica della sintomatologia somatica, l'A. si protegge dal dover assumere un ruolo lavorativo e di maggiore responsabilità nella vita quotidiana. In ragione di ciò, per il nostro consulente l'A. presenta un'incapacità lavorativa nella misura del 10% a partire dal 14.03.2006 in avanti e persistente, nell'attività da ultimo svolta e in altre attività adatte. L'argomentazione di tale diminuzione della capacità lavorativa del 10% in ragione di disturbi psichiatrici è quella di una minore resistenza, una maggiore affaticabilità e imprecisione, che incidono sulla sua capacità funzionale. Tuttavia, si constata un comportamento teatrale e pseudoregressivo che non è giustificabile dallo stato psichico che l'A. presenta, con funzioni cognitive, volitive e biologiche totalmente conservate. Il quadro clinico presentato dal profilo psichiatrico ha una tendenza alla cronicità; tuttavia potrebbe essere indicato un trattamento a base di farmaci di provata efficacia antalgica, quale Venlafaxina e Amitriptilina a dosaggio terapeutico, anche se non sono da attendersi miglioramenti da un punto di vista valetudinario. Per la presenza nell'A. di una posizione psicologica passiva e pseudoregressiva del comportamento e dell'affettività, il nostro consulente psichiatra non ritiene possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale. Dal profilo psichiatrico l'A. è quindi ritenuto in grado di svolgere altre attività, sempre con un'incapacità lavorativa limitata al 10% dal 14.03.2006 in avanti. (...)” (XXIII/1, pagg. 182-183). Per la patologia ortopedica: “(...) Come giustamente indicato dall'operatore, i risultati della semplice resezione della coalizione non sempre sono soddisfacenti. Successivamente, in fase postoperatoria, si è assistito a una complicazione infettiva, attualmente risolta, come pure i sintomi di algodistrofia oggi sono scarsi. Quello che rimane è una rigidità importante e dolorosa del retropiede ds.. L'ortopedico riferisce che il decorso postoperatorio dell'A. ha un profilo fuori dal comune. La persistenza dei dolori nella regione del retropiede ds. è spiegabile con la contrattura articolare sottoastragalea ds. e dello Chopard ds. e con la possibile presenza di neuromi cicatriziali sul versante laterale del tarso ds.. Comunque il quadro dei disturbi soggettivi è sproporzionato rispetto a quello dei reperti oggettivi, sia clinici funzionali, sia radiologici. Oggi, dopo quasi tre anni dalla misura chirurgica applicata, la situazione appare veramente sconcertante. Vi è una ripercussione del tutto atipica sul quadro della deambulazione. Infatti, il cammino con equinismo e con appoggio soltanto dell'avampiede ds. non si spiega con uno scarico istintivo nella zona in discussione. Camminando in punta di piedi, infatti, per fenomeni di leva, il quadro doloroso arrischia di accentuarsi. La deambulazione in equinismo e ginocchia flesse, inoltre, provoca una catena di disturbi tendomialgici che risale fino al bacino, al settore Iombo- e cervicovertebrale. Il consulente ripete di non voler mettere in discussione la presenza di dolori nel settore del retropiede ds., in quanto si rifà ai disturbi soggettivi attuali lamentati dall'A. nel punto 2 del suo consulto, dove riferisce che lo stesso

lamenta anche la persistenza di dolori durante la notte, più intensi, per cui è richiesto l'impiego permanente di analgesici assai potenti, sulla cui assunzione da parte dell'A. discuteremo al punto 8, al quale pertanto rimandiamo. Le ripercussioni importanti, però, sulla postura e sul quadro deambulatorio, non possono spiegarsi unicamente in base agli elementi ortopedici. E' assai sospetta la presenza di altri fattori, eventualmente di natura neurologica o psicoreattiva. [...] Sotto il profilo più strettamente ortopedico, un'incapacità lavorativa completa permanente, per questo A., non si giustifica. La capacità lavorativa dell'A., nella professione abituale ultimo esplicita in particolare, raggiunge il 30%. Si giustifica questa riduzione importante della capacità lavorativa, tenendo conto della rigidità dolorosa del retropiede ds., della difficoltà deambulatoria e della particolare attività fisicamente pesante svolta. In pratica, la ripresa dell'attività lavorativa da ultimo esercitata è da sconsigliare. Per lavori fisicamente leggeri, più sedentari (controlli, stampa, assemblaggi, pulizia di elementi, controllo prodotti eccetera), considerando la funzione delle estremità superiori intatte, dal profilo ortopedico, il nostro consulente considera, nel caso più favorevole, una capacità lavorativa del 75-80%. Attualmente la situazione appare assai difficile e poco trasparente. Vi è un margine di miglioramento per la situazione più strettamente ortopedica per la postura e il quadro deambulatorio. Altre patologie, invece, potrebbero rendere più oscura la prognosi. Dal lato ortopedico, il comportamento dell'A. non è completamente spiegabile. A fare stato dal 14.03.2006, dal profilo ortopedico vi è un'inabilità lavorativa al 70% in qualità di manovale e del 20-25% in attività adatte, per la persistenza di un retropiede ds. rigido e dolente, con incidenza sul rendimento. (...)” (XXIII/1, pagg. 183-185). Per la patologia neurologica: “(...) Per rapporto alle diagnosi neurologiche constatate, il nostro consulente afferma come sia difficile attribuire alla neuropatia del nervo surale ds. tutti i disturbi accusati dall'A. all'arto inferiore ds.; sembra possibile anche una sovrapposizione funzionale ed eventualmente una persistente problematica ortopedica, che lascia da valutare alle rispettive consulenze. In tal senso, dal punto di vista strettamente neurologico, per la neuropatia del nervo surale ds. è giustificata un'incapacità lavorativa del 30% per lavori di qualsiasi tipo, che richiedano attività in piedi o l'utilizzo del piede ds.. Per altre professioni, da effettuare principalmente in posizione seduta, e senza dover sforzare con il piede ds., non vi è incapacità lavorativa dal lato neurologico. (...)” (XXIII/1, pag. 185). • Nell'annotazione del 22 marzo 2010 (XXIII/1, pagg. 302-303) – avuto riguardo al rapporto 16 febbraio 2010 (XXIII/1, pagg. 290-291) nel quale il dr. _____ concludeva: “(...) stato dopo due interventi al piede dx con dolori residuali invalidanti che non permettono al paziente di camminare correttamente. Sindrome lombovertebrale in seguito a questo scompenso statico notevole indotto dalla problematica del piede. Eventualmente claudicatio spinale non valutabile in quanto il paziente non riesce comunque a deambulare. A mio modo di vedere la problematica lombare dipende prevalentemente dalla patologia del piede ragion per cui un procedere chirurgico a livello lombare, quindi decompressione del canale spinale in L4/5, non potrà avere un effetto positivo ma piuttosto peggiorerà la situazione. Per questa ragione sono dell'opinione che un intervento non entra al momento in considerazione. Eventualmente si potrà procedere ad un'infiltrazione delle faccette L4/5. In considerazione della situazione globale del paziente penso che una ripresa lavorativa sia praticamente da escludere. C'è quindi un'invalidità lavorativa definitiva importante. (...)” (XXIII/1, pag. 291) – il medico SMR dr. _____ si è così espresso: “(...) Per quanto concerne una eventuale problematica lombare faccio presente che né in occasione della valutazione presso il centro svizzero per paraplegici né in occasione della perizia SAM ha potuto essere oggettivata una limitazione funzionale a

livello del rachide dorsale (“letztendlich ist soweit beurteilbar keine Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule nachweisbar”). La sintomatologia algica lombosacrale già presente nel 2008 era stata messa in relazione con la problematica del piede (postura, sbilancio muscolare, vedi rapporto del 8.9.2008). (...)” (XXIII/1, pag. 303).

• Il medico SMR dr. _____, nel rapporto del 23 luglio 2009 (XXIII/1, pagg. 242-244), ha concluso che “(...) la perizia del SAM indica che la ridotta CL anche in attività adeguata è dovuta dal profilo medico di vista ortopedico, persistendo un retropiede ds rigido e dolente. La psicopatologia, con tendenza all’esagerazione della sintomatologia algica, determina un’IL del 10% che si integra nella precedente funzione organica limitata. Prognosi stazionaria. (...)” (XXIII/1, pag. 244).

• Questo Tribunale, nella succitata STCA del 1. settembre 2010 (cfr. consid. 1.2 e XXIII/1, pagg. 339-375) ha confermato la perizia pluridisciplinare del SAM del 18 giugno 2009 concludendo che “(...) rispecchiando la perizia del SAM i criteri di affidabilità e completezza (cfr. consid. 2.6), alla stessa può essere fatto riferimento. (...)” (XXIII/I, pag. 362). In particolare il TCA ha rilevato che “(...) per quanto concerne l’aspetto neurologico, nell’ambito della perizia SAM, l’assicurato è stato pure sottoposto ad un accurato esame specialistico, grazie al consulto del dr. _____, dal quale è emerso che egli, dal profilo strettamente neurologico, presenta una incapacità lavorativa del 30% in qualsiasi professione a causa della neuropatia al nervo surale destro (doc. 67-47). Il TCA non ha motivo per distanziarsi neppure da tale valutazione peritale. L’assicurato si è infatti limitato a contestare le conclusioni dello specialista in neurologia, producendo un referto del 16 febbraio 2010 del dr. _____, il quale ha constatato la presenza di una sindrome lombovertebrale indotta prevalentemente dalla patologia al piede e di un’artrosi delle faccette articolari L2/3 e L4/5, oltre ad un prollasso discale L4/5, concludendo che, a suo parere, “una ripresa lavorativa sia praticamente da escludere” (doc. B2). Al riguardo, nelle sue annotazioni del 22 marzo 2010, il dr. _____ del SMR ha osservato che “né in occasione della valutazione presso il Centro _____, né in occasione della perizia SAM ha potuto essere oggettivata una limitazione funzionale a livello del rachide dorsale”, aggiungendo che “la sintomatologia algica lombosacrale già presente nel 2008 era stata messa in relazione con la problematica del piede (postura, sbilancio muscolare, vedi rapporto dell’8 settembre 2008)” (doc. XII/bis). Il TCA non può che condividere tali considerazioni del medico del SMR. Quanto poi alle critiche espresse dalla rappresentante dell’assicurato a proposito della mancata presa in considerazione, da parte del perito, degli esiti di tre risonanze magnetiche svolte il 25 settembre 2008 (cfr. doc. XIV + C1), questa Corte constata che l’amministrazione ha provveduto a sottoporre gli stessi al vaglio del SAM e, in particolare, del dr. _____. Nella sua presa di posizione del 27 aprile 2010, il dr. _____, dopo avere descritto le risultanze dei referti in oggetto, ha espressamente confermato, fornendone le ragioni, la correttezza della propria valutazione specialistica, indicando che “non vedo dei cambiamenti rispetto alla mia valutazione già espressa nel mio rapporto del 13 marzo 2009” (doc. XXII/2). Le conclusioni dello specialista in neurologia sono poi state fatte proprie anche dalla dr.ssa _____ del SAM (doc. XXII/1). (...)” (XXIII/1, pagg. 361-362).

2.8.2. Nell’ambito della nuova domanda di prestazioni dell’aprile 2011 e dopo la STCA di rinvio del 6 giugno 2013 (cfr. consid. 1.2 e XXIII/1, pagg. 380-381 e 395-403):

• Il dr. _____, nella perizia neurologica del 30 aprile 2012 (XXIII/1, pagg. 439-443) – posta la diagnosi di “(...) - ipestesia nel territorio del ramo cutaneo laterale del piede destro, (ramo distale del nervo surale destro) dopo intervento locale ortopedico - disturbo della sensibilità, piuttosto funzionali di tutto il membro inferiore destro - lombalgie su alterazioni

statico-degenerative del rachide lombo-sacrale, discopatia L4-L5, senza segni radicolari irritativi né tantomeno deficitari al membro inferiore destro - importante sovraccarico psicogeno con tendenza alla somatizzazione (...)” (XXIII/1, pag. 442) – ha, tra l’altro, rilevato che “(...) la situazione attualmente si è ormai cronicizzata, l'Assicurato cammina ormai da anni con due stampelle, appoggiandosi sul piede sinistro, con sicuramente alterazioni statiche a livello del bacino e del rachide lombosacrale, che possono spiegare le lombalgie. Dal punto di vista clinico la situazione non si è per niente modificata rispetto alla perizia del SAM del 2009, nessun fattore aggiuntivo, non è escluso che all'inizio l'Assicurato abbia avuto un algodistrofia, secondaria all'infezione del piede, attualmente non si riscontrano segni di disturbi neurovegetativi (nessuna alterazione della cute, delle unghie, della sudorazione). L'Assicurato sembra attualmente talmente cronicizzato, con l'uso di due stampelle, malgrado l'assenza di disturbi che lo motivino, sicuramente favorito dal sovraccarico psicogeno. [...] Vedo con difficoltà come attualmente l'Assicurato possa riprendere la sua attività di operaio asfaltatore, in un'attività più leggera, dove non debba rimanere a lungo in piedi potrebbe sicuramente lavorare in misura totale, facendo astrazione dal sovraccarico psicogeno. Nella sua professione di operaio asfaltatore tuttavia, in considerazione del danno subito, con limitazione alla marcia, si potrebbe considerare un'incapacità del 30%. Il tutto è da ricondurre all'intervento al piede, con consecutiva infezione secondaria. (...)” (XXIII/1, pag. 443). • Il dr. _____, nei rapporti del 10 e del 23 maggio 2012 (XXIII/1, pagg. 446-447 e XXIII/1, pagg. 448-457) ha attestato che “(...) conosco il paziente dal 2010 per una sintomatologia lombovertebrale dovuta in gran parte al fatto che il paziente è sofferente di un importante algodistrofia alla gamba dx dopo diversi interventi al piede. Lamenta dolori lombari in presenza di incipienti discopatie da L3/4 a L5/S1 con una protusione discale mediale che provoca un restringimento medio grave del canale spinale. (...)” (XXIII/1, pag. 446) e che lo svolgimento dell’attività abituale non è possibile essendo l’incapacità lavorativa del “(...) 100%, impossibilità di camminare senza canne. Non può restare seduto a lungo. (...)” (XXIII/1, pag. 452). • Il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica, nel rapporto del 10 ottobre 2012 (XXIII/1, pagg. 512-513), ha attestato che “(...) attualmente il quadro clinico è sostanzialmente invariato, ci troviamo di fronte alla problematica del piede destro che presenta uno stato dopo plurimi interventi per coalizione tarsale con infetto in sede peri e post-operatoria e la nota problematica lombare è in via di lento ma graduale peggioramento. Per quanto concerne il piede ho richiesto una risonanza magnetica, di cui ti allego copia del referto, che non ha mostrato segni di edema o algodistrofia ma importanti esiti degenerativi a livello delle ossa tarsali. Una nuova scintigrafia eseguita in data 03.09.2012, di cui ti allego copia del referto, ha escluso fenomeni algodistrofici o para infettivi a livello del piede. Ragione per la quale, a mio avviso, la problematica maggiore attualmente è di tipo neuro ortopedico centrata a livello delle patologie discali, di anche recente apparizione, e al canale lombare stretto. (...)” (XXIII/1, pag. 512). • Il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nello scritto del 1. marzo 2013 (XXIII/1, pagg. 538-539), ha evidenziato che “(...) paragonato con la valutazione dei due colleghi di quattro anni fa [ndr.: si riferisce al consulto del dr. _____ del 5 maggio 2009 sub XXIII/1 pagg. 200-204 e al rapporto del dr. _____ del 4 agosto 2011 sub XXIII/1, pagg. 424-425] , posso affermare che lo stato di salute del Sig. AT 1 è molto peggiorato. Si è aggiunta una sintomatologia ossessiva-compulsiva importante e l’emotività non è più modulabile secondo il tema trattato, ma è fissato al polo negativo durante tutti i colloqui avvenuti presso il sottoscritto. [...] Dalla presa a carico a dicembre 2012 non c’è stato ne peggioramento e neppure un

miglioramento della situazione. Nel suo stato psico-fisico, il Signor AT 1, è sicuramente da considerare al 100% inabile a lavoro in qualsiasi attività. (...)” (XXIII/1, pag. 539). • Questo Tribunale, nella succitata STCA di rinvio del 6 giugno 2013 (cfr. consid. 1.2 e XXIII/1, pagg. 553-570), ha ritenuto necessario l’esperienza di ulteriori accertamenti medici adducendo, in particolare, che “(...) la necessità di un approfondimento a livello ortopedico è stata poi ribadita nel referto del 10 ottobre 2012, nel quale il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha confermato che la “nota problematica lombare è in via di lento ma graduale peggioramento”, aggiungendo che “a mio avviso, la problematica maggiore attualmente è di tipo neuro-ortopedico centrata a livello delle patologie discali, di anche recente apparizione e al canale lombare stretto”, ritenendo importante “chiedere un nuovo consulto presso un ortopedico specializzato in chirurgia lombare” (doc. 150-32). [...] Innanzitutto [...] nel caso di specie, il TCA non può considerare esaustiva la “sola” valutazione peritale neurologica del dr. _____, posto che, come ricordato in precedenza, lo stesso dr. _____ non si è espresso riguardo alla situazione somatica complessiva dell’interessato, ma ha specificatamente indicato che “non mi pronuncio dal punto di vista ortopedico per quel che concerne il piede destro, che l’assicurato non appoggia minimamente” (doc. 134-5). [...] Il rinvio degli atti all’amministrazione si giustifica, inoltre, anche per gli aspetti psichici. Contrariamente a quanto preteso dall’amministrazione [...] il TCA ritiene che non sia possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che, dal punto di vista psichiatrico, il peggioramento si sia effettivamente verificato nel mese di agosto 2012. (...)” (XXIII/1, pagg. 565-566). • Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 6 giugno 2014 (XXIII/1, pagg. 199-330), risulta che i periti – fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne di natura psichiatrica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e ortopedica (dr. _____) – hanno posto le seguenti diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa “(...) Grave sindrome ossessiva compulsiva (ICD-10, F42.1), prevalenti azioni compulsive (rituali ossessivi). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10, F45.4). Disturbo della personalità misto (ICD-10, F61.0) dipendente, passivo-aggressivo, borderline. Sindrome lombovertebrale-lombosciatalgica cronica con: - stenosi del canale spinale a livello L4-L5 su discopatia; - turbe degenerative (artrosi delle faccette articolari L3-L4, L4-L5 ed L5-S1). Dolori cronici meso e retro piede ds. nel contesto di una sinostosi tarsale congenita scompensata su trauma distorsivo nell'estate 2005 con: - stato dopo osteotomia con resezione calcagno-navicolare il 14.3.2006; - stato dopo débridement, biopsie, lavaggio per un'infezione su S. aureus il 10.5.2006; - probabile lesione di rami cutanei lateralmente sul territorio del nervo surale (e/o peroneo superficiale distale). (...)” (XXIII/1, pagg. 223-224). Quanto alla valutazione medico-teorica globale dell’attuale capacità lavorativa i periti hanno concluso che “(...) l’attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell’A. nell’attività lucrativa da ultimo svolta di operaio manovale, va considerata nella misura dello 0% e pertanto non più esigibile. (...)” (XXIII/1, pag. 232) e, circa le conseguenze sulla capacità lavorativa, hanno espresso la seguente valutazione: “(...) Le conseguenze sulla capacità di lavoro dell’A. nell’attività lucrativa da ultimo esercitata in qualità di manovale e/o operaio non qualificato, si manifestano nell’ambito delle menomazioni dovute ai disturbi constatati a livello psicologico e mentale nonché ortopedico. Dal punto di vista strettamente neurologico attualmente non possiamo constatare sostanziali limitazioni valetudinarie. Sul piano psichiatrico l’importante limitazione della capacità di lavoro dell’A. evidenziata ora dal nostro consulente (capacità lavorativa 20% in qualsiasi attività lucrativa) si giustifica sia in considerazione della

sintomatologia algica, sia del comportamento ritualistico accompagnato da un pensiero invaso di idee a sfondo ossessivo che lo rendono lento, con una minore resistenza e continuità, con una minore caricabilità davanti ad ogni compito lavorativo che deve affrontare. Sul piano ortopedico, malgrado l'assenza di recenti accertamenti radiologici e neuroradiologici così come delle finora non effettuate procedure infiltrative a scopo probatorio e terapeutico a livello del piede ds. e della colonna lombovertebrale, i reperti clinici e radiologici a disposizione del nostro consulente portano a considerare il mansionario richiesto all'A. quale operaio manovale così come in altri lavori di forza, non più esigibile con un grado di capacità lavorativa nullo. Alla luce di quanto discusso sopra possiamo affermare che l'attività lucrativa da ultimo esercitata dall'A. quale manovale, operaio non qualificato in lavori di forza, non è più praticabile né esigibile. A riguardo della determinazione temporale della capacità lavorativa dell'A. nell'attività lucrativa di manovale, operaio non qualificato in lavori di forza, possiamo dapprima ribadire che a decorrere dal 14.3.2006 la capacità lavorativa va ritenuta nella misura del 30% come descritto in occasione della perizia SAM del 2009. Da allora lo stato di salute rispettivamente la capacità lavorativa dell'A. è andata peggiorando dapprima sul piano ortopedico a decorrere da marzo 2011 come constatato dal Dr. med. _____ nel suo rapporto medico all'ortopedico curante Dr. med. _____ (atto del 18.3.2011). In effetti, oltre alla patologia ortopedica a livello del piede ds. si è aggiunta quella a livello della colonna lombovertebrale e pertanto, alla luce dell'attuale valutazione ortopedica, la capacità lavorativa dell'A. va considerata nulla a decorrere da marzo 2011. Sul piano psichiatrico invece il peggioramento dello stato di salute dell'A. va considerato a decorrere da dicembre 2012 quando, per l'aggravamento della sintomatologia ossessiva l'A. è stato affidato alle cure psichiatriche del Dr. med. _____. Da allora lo stato di salute rispettivamente lo stato valetudinario e la capacità di lavoro dell'A. non hanno presentato sostanziali e/o duraturi mutamenti e la prognosi valetudinaria dal lato psichiatrico, a medio-lungo termine risulta riservata. (...)” (XXIII/1, pagg. 232-233). In particolare il dr. _____, nel consulto dell'11 aprile (XXIII/1, pagg. 238-246), ha espresso la seguente valutazione: “(...) L'assicurato presenta una Sindrome ossessiva compulsiva (ICD 10 F 42.1) grave che sarebbe insorta nel 2010 che si è aggravata nettamente da quando egli abita da solo. Si tratta di una forma grave di alterazione del comportamento e dell'ideazione. Egli perde lunghe ore della giornata a mettere in atto dei rituali di verifica e di controllo, alimentati da pensieri ossessivi, che attenuano lievemente un'ansia endopsichica di base. Tale sintomatologia rappresenta per il soggetto una difesa davanti ad una maggiore frammentazione dell'io. Alla luce dei risultati del test di Rorschach, in cui si evidenzia una fragilità di strutturazione della personalità di tipo borderline secondo Kernberg, si potrebbe ipotizzare che la sintomatologia ossessiva ha una funzione di guadagno primario della malattia e pertanto assume il valore di malattia invalidante. Per quanto riguarda la sintomatologia algica somatoforme ritengo che essa adempie i criteri di Förster in quanto si tratta di una sintomatologia cronica e resistente ai trattamenti classici ortopedici e reumatologici. Segue un decorso autonomo e incide sulla vita sociale del soggetto. Inoltre si instaura nell'ambito di una comorbidità psichica aggravata rispetto alla mia precedente valutazione. Il quadro algico si sarebbe aggravato rispetto alla valutazione precedente in quanto si è esteso a tutto l'emicorpo destro e a tutto il rachide. Tale aggravamento si sarebbe presentato nel corso del 2012. (...)” (XXIII/1, pagg. 242-243). Dal canto suo il dr. _____, nel consulto del 18 febbraio 2014 (XXIII/1, pagg. 252-257), ha rilevato che “(...) nel complesso l'assicurato è orientato e collaborante. Ricorda e descrive gli avvenimenti con precisione; desidera trovare

una situazione adatta dal punto di vista professionale e una soluzione ai dolori. Dal 2006 l'evoluzione dal punto di vista clinico e sintomatologico è marcata da forti dolori al piede destro. Questi dolori portano l'assicurato a scaricare tutto l'arto inferiore destro da più di 7 anni. Dal 2010 ha sviluppato delle lombo-sciatalgie ed i sintomi correlano con la risonanza magnetica della colonna lombare del 10.04.2013. Il quadro lombosciatalgico è conosciuto dal 2010 con una proposta nel maggio 2012 di un'infiltrazione sotto TAC che è stata rifiutata dal paziente per paura di complicazioni. L'esame obiettivo del 17.02.2014 non è compatibile con i dati anamnestici (un risparmio del retro-piede dal 2006 con appoggio unicamente dell'avampiede produce delle ipercheratosi plantari alle teste metatarsali e un accorciamento della catena posteriore e queste non erano riscontrabili); inoltre le indagini radiologiche effettuate finora mostrano una risoluzione dell'infezione (risonanza magnetica del 3.08.2012 e scintigrafia ossea trifasica effettuata il 24.02.2010). (...)” (XXIII/1, pagg. 256-257).

2.9. Come accennato (cfr. consid. 2.5), secondo la giurisprudenza federale, affinché un istituto di previdenza sia tenuto a versare una prestazione d'invalidità, l'incapacità di lavoro che la motiva deve essersi manifestata in misura rilevante (almeno del 20%) ancora durante l'affiliazione presso quell'istituto e deve inoltre sussistere fra detta incapacità e l'invalidità uno stretto nesso materiale e temporale. Questo Tribunale, per i motivi che seguono, tutto ben considerato e viste le risultanze mediche sopra riportate (cfr. consid. 2.8), ritiene che nel caso concreto non sia dato lo stretto nesso materiale tra le patologie che hanno portato l'Ufficio AI a riconoscere il diritto a prestazioni con decisioni del 30 settembre 2014 e il danno alla salute all'origine dell'incapacità lavorativa dell'attore presente al momento in cui egli era assicurato presso la Cassa (ovvero fino al 30 giugno 2008 conformemente all'art. 10 cpv. 3 LPP, visto lo scioglimento del rapporto di lavoro con effetto al 31 maggio 2008; cfr. doc. A/18). Innanzitutto va osservato che il danno alla salute riscontrato nell'ambito della prima domanda di prestazioni AI del novembre 2006 (XXIII/1, pagg. 4-10; vedi le risultanze mediche riprodotte al consid. 2.8.1) e che ha causato un'incapacità di lavoro rilevante (20-25%) in qualsiasi attività, è differente (ovvero non è sostanzialmente lo stesso) rispetto a quello che ha portato (nell'ambito della nuova domanda di prestazioni dell'aprile 2011 dopo la STCA di rinvio del 6 giugno 2013; cfr. consid. 1.2 e XXIII/1, pagg. 380-381 e 395-403) al riconoscimento di una rendita d'invalidità dal mese di giugno 2012 (cfr. le risultanze mediche riprodotte al consid. 2.8.2). In concreto, quando l'attore era assicurato presso la Cassa (fino al 30 giugno 2008) il danno alla salute era sostanzialmente riconducibile ad una moderata neuropatia del nervo surale ds. con ipoestesia e iperpatia e ad una sindrome somatoforme da dolore persistente. Nel rapporto del 23 luglio 2009 (XXIII/1, pagg. 242-244) il medico SMR dr. _____ aveva concluso che “(...) la perizia del SAM indica che la ridotta CL anche in attività adeguata è dovuta dal profilo di vista ortopedico, persistendo un retropiede ds rigido e dolente. La psicopatologia, con tendenza all'esagerazione della sintomatologia algica, determina un'IL del 10% che si integra nella presente funzione organica limitata. (...)” (XXIII/1, pagg. 242-244). Per contro il danno alla salute che ha condotto al riconoscimento della rendita d'invalidità – ritenuta la sostanziale stazionarietà del danno al piede destro; cfr. consid. 2.8.2 e in particolare il consulto del 18 febbraio 2014 (XXIII/1, pagg. 252-257) dove il dr. _____ ha evidenziato che “(...) dal 2006 l'evoluzione dal punto di vista clinico e sintomatologico è marcata da forti dolori al piede destro. (...)” (XXIII/1, pag. 256) – è essenzialmente dovuto ad altri diversi fattori e più precisamente:

- Da una parte, al danno psichico riconducibile alle nuove diagnosi psichiatriche poste di sindrome ossessiva compulsiva (ICD-10, F42.1) dal 2010 e di disturbo della personalità misto dipendente,

passivo-aggressivo, borderline (ICD-10, F61.0). Quanto alla sindrome somatoforme da dolore persistente il dr. _____, nel succitato consulto dell'11 aprile 2014, ha precisato che "(...) segue un decorso autonomo (...)" (XXIII/1, pag. 243) senza indicarne un chiaro peggioramento e osservando che "(...) si instaura nell'ambito di una comorbidità psichica aggravata rispetto alla mia precedente valutazione. (...)" (XXIII/1, pag. 243). Nel consulto del 5 maggio 2009 (XXIII/1, pagg. 200-204) il dr. _____, in sede di "status psichico", aveva invece in effetti rilevato che "(...) non è presente un'ideazione ossessiva né fobica (...)" (XXIII/1, pag. 202) e nella valutazione aveva concluso che "(...) presenta anche aspetti immaturi di personalità, senza costituire un disturbo di personalità (...)" (XXIII/1, pag. 202). Relativamente al presupposto della connessione materiale va detto 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 e abbia causato un'incapacità lavorativa di rilievo (in argomento Marc Hürzeler, in Schneider/Geiser/Gächter (ed.) Commentaire LPP et LFLP, 2010, ad art. 23 n. 24 pagg. 350-351). Nella fattispecie il danno psichico legato alle suddette nuove diagnosi psichiatriche non si era manifestato già durante il rapporto di previdenza e nemmeno risulta che la sindrome somatoforme da dolore persistente abbia chiaramente e in modo deciso contribuito all'evoluzione della malattia somatica. In particolare, ribadito che per la sindrome somatoforme il dr. _____ nel consulto dell'11 aprile 2014 ha precisato che "(...) segue un decorso autonomo (...)" (XXIII/1, pag. 243), non è possibile concludere che il danno psichico dovuto a questa diagnosi sia indissolubilmente legato col danno somatico (manifestatosi durante l'affiliazione) e abbia causato un'incapacità lavorativa di rilievo. Del resto il dr. _____, nel consulto del 5 maggio 2009 (XXIII/1, pag. 200-204), alla domanda volta a sapere "(...) come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni constatate? Come influiscono le limitazioni funzionali sulla sua attività lavorativa? (...)", aveva risposto che "(...) la sintomatologia algica somatoforme è quella che incide sulla capacità funzionale rendendolo con una minore resistenza, una maggiore affaticabilità e imprecisione. Ma si constata un comportamento teatrale e pseudoregressivo che non è giustificabile dallo stato psichico che presenta. Le funzioni cognitive, volitive e biologiche sono totalmente conservate. (...)" (XXIII/1, pag. 203). Va infine ricordato che, allorquando l'attore era assicurato presso la Cassa, l'incapacità lavorativa riconducibile alla patologia extra somatica non raggiungeva nemmeno la soglia rilevante del 20% attestandosi al 10% (cfr. consid. 2.8.1). • D'altra parte ai dolori alla schiena, vista la nuova diagnosi posta nella perizia pluridisciplinare del 6 giugno 2014 del SAM di "(...) sindrome lombovertebrale-lombosciatalgica cronica con: - stenosi del canale spinale a livello L4-L5 su discopatia; - turbe degenerative (artrosi delle faccette articolari L3-L4, L4-L5 ed L5-S1). (...)" (XXIII/1, pag. 223). In effetti il dr. _____, nel consulto del 20 febbraio 2009 (XXIII/1, pagg. 191-199), aveva invece posto la diagnosi di "(...) tendomiografie a catena lombo-pelvi-femorali a destra in rapporto con patologia deambulatoria (...)" (XXIII/1, pag. 196). La sindrome lombovertebrale-lombosciatalgica cronica non essendo quindi presente al momento in cui l'attore era affiliato alla Cassa, quest'ultima non deve rispondere di un'eventuale invalidità ad essa riconducibile. Infatti questo Tribunale non ha alcun motivo

per scostarsi da quanto già concluso nella succitata STCA del 1. settembre 2010 (cfr. consid. 2.8.1 e XXIII/1, pagg. 339-375) e in particolare laddove è stato ritenuto che “(...) nelle sue annotazioni del 22 marzo 2010, il dr. _____ del SMR ha osservato che “né in occasione della valutazione presso il Centro _____, né in occasione della perizia SAM ha potuto essere oggettivata una limitazione funzionale a livello del rachide dorsale”, aggiungendo che “la sintomatologia algica lombosacrale già presente nel 2008 era stata messa in relazione con la problematica del piede (postura, sbilancio muscolare, vedi rapporto dell’8 settembre 2008)” (doc. XII/bis). Il TCA non può che condividere tali considerazioni del medico del SMR. (...)” (XXIII/1, pagg. 361-362). Significativo è del resto anche il fatto che l’attore (sempre tramite l’avv. _____), nel ricorso del 22 ottobre 2012 (XXIII/1, pagg. 483-491), per sostanziare un peggioramento della situazione valetudinaria rispetto alla perizia del SAM del 18 giugno 2009, aveva addotto che “(...) la situazione, rispetto al 2009, dove a livello lombare non vi erano problemi particolari, è notevolmente peggiorata: attualmente si è in presenza di una discopatia L4/5 con grave stenosi del canale spinale e di una protusione mediana/paramediana a livello L5/S1, a contatto con la radice. (...)” (XXIII/1, pag. 488). Non è nemmeno possibile seguire l’attore laddove sostiene l’esistenza dello stretto nesso materiale tra le patologie che hanno portato l’Ufficio AI a riconoscere il diritto a prestazioni con decisioni del 30 settembre 2014 e il danno alla salute all’origine dell’incapacità lavorativa presente al momento in cui egli era assicurato presso la Cassa, adducendo in sostanza che le affezioni alla colonna vertebrale (motivanti l’invalidità riconosciuta dall’AI) sarebbero la diretta conseguenza dello scompenso statico causato dalla patologia al piede destro (cfr. XII, punto 2). Sulla questione di sapere se e se del caso quando un’affezione alla schiena può essere riconducibile ad una deambulazione viziata provocata da un danno alle estremità inferiori, si è già pronunciato questo Tribunale. In particolare, in un caso concernente l’assicurazione contro gli infortuni – posta appunto la questione a sapere se disturbi al rachide lombo-sacrale costituivano una conseguenza indiretta dei sinistri, nel senso che essi fossero il risultato di una deambulazione viziata provocata dal danno alla salute alle estremità inferiori – , in una pronuncia dell’11 settembre 2014 (STCA 35.2013.9), il TCA ha sviluppato le seguenti considerazioni: “(...) Questa Corte ha già avuto modo in passato di pronunciarsi su questa problematica, facendo capo a perizie specialistiche. Ad esempio, nella causa sfociata nella sentenza 35.1999.92-93 del 4 maggio 2000, i periti giudiziari, i dottori _____ e _____, a quell’epoca Primari presso la Clinica di chirurgia ortopedica dell’Ospedale _____ di _____, avevano spiegato che solo in casi eccezionali lo zoppicare può condurre a un sovraccarico del rachide: "Kann der Sachverständige bestätigen, dass es eine übliche und geläufige Erscheinung ist. Also als klinisch anerkannte Tatsache, dass ein körperlicher Schaden an einem unteren Beinteil, wie im Fall _____, im Laufe der Jahre zu degenerativen Pathologien, mit Invaliditätsfolgen, im Beckenbereich bzw. in der Wirbelsäule führt? Nein, ein Hinken führt nicht zu einer Überlastung der Wirbelsäule, solange keine schweren Deformationen vorliegen. Schwere Deformationen sind Veränderungen mit einer Beinlängendifferenz von > 5 cm oder einer Situation bei Hüftarthrose, oder einer Muskelschwäche wie sie beispielsweise nach einer Poliomyelitis zu beobachten ist. Zudem müssen die Veränderungen sehr lange einwirken bis sie symptomatisch werden. Bei Herr _____ ist die Deformation/Beeinträchtigung des Gangbildes mässig, die Dauer eher kurz und bildgebend sind keine über die Altersnorm hinausgehende Veränderungen der Wirbelsäule feststellbar. " (perizia 7.3.2000 della Clinica di chirurgia ortopedica dell’ _____ di _____, p. 8s.). Tali principi sono stati

costantemente confermati in successive pronunzie (cfr. STCA 35.2011.22 del 20 marzo 2012 consid. 2.3.3., 35.2006.93 del 26 luglio 2007 consid. 2.3.3., 35.2007.33 del 27 giugno 2007 consid. 2.5., 35.2006.73 del 14 giugno 2007 consid. 2.13., 35.2004.100 del 9 marzo 2005 consid. 2.8. e 35.2001.79 del 25 febbraio 2002 consid. 2.5.2.2., confermata dal TFA con sentenza U 122/02 del 28 maggio 2004 consid. 4.1, pubblicata in RtiD II-2004 n. 62). In una recente vertenza, confrontato con una perizia di parte che metteva in dubbio la fondatezza della valutazione espressa a suo tempo dai dottori _____ e _____, il TCA ha disposto l'allestimento di una perizia giudiziaria a cura del PD dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Chiamato segnatamente a precisare se condividesse o meno il parere degli specialisti bernesi, l'esperto giudiziario ha dichiarato che i principi sviluppati da questi ultimi sono pienamente condivisibili ("Das angeführte Zitat ist aus klinischer Erfahrung gut nachvollziehbar") (cfr. STCA 35.2013.63 del 4 dicembre 2014 consid. 2.2.4.). (...)” (STCA dell'11 dicembre 2014, pagg. 10-11). Occorre innanzitutto rilevare che il caso di AT 1 non rientra fra quelli limiti enumerati dai succitati dottori _____ e _____. In effetti, dalla documentazione medica agli atti non risulta che l'attore, all'epoca in cui era assicurato presso la Cassa (fino al 30 giugno 2008), presentasse una dismetria degli arti inferiori e/o un'artrosi all'anca e/o un indebolimento muscolare come a seguito di una poliomielite. Inoltre i disturbi in sede lombare sono apparsi già nel 2010 – "(...) dal 2010 ha sviluppato delle lombo-sciatalgie ed i sintomi correlano con la risonanza magnetica della colonna lombare del 10.04.2013. Il quadro lombosciatalgico è conosciuto dal 2010 con una proposta nel maggio 2012 di un'infiltrazione sotto TAC che è stata rifiutata dal paziente per paura di complicazioni. (...)” (XXIII/1, pagg. 256) – quindi solo quattro anni dopo l'insorgenza dei dolori al piede destro nel 2006. Al proposito, va sottolineato che nella fattispecie di cui alla STCA 35.1999.92-93, la sindrome lombare era insorta circa 8 anni dopo l'evento traumatico che aveva interessato il piede destro. In applicazione analogica della suddetta giurisprudenza questo Tribunale deve quindi concludere che l'incapacità lavorativa dovuta al danno alla salute riconducibile alla "(...) sindrome lombovertebrale-lombosciatalgica cronica con: - stenosi del canale spinale a livello L4-L5 su discopatia; - turbe degenerative (artrosi delle faccette articolari L3-L4, L4-L5 ed L5-S1). (...)” (XXIII/1, pag. 223, lo si ribadisce diagnosi, questa, posta nella perizia pluridisciplinare del SAM del 6 giugno 2014; in quella del 18 giugno 2009 i periti avevano invece posto quella di "(...) tendomiaglia a catena lombopelvico-femorale (...)” (XXIII/1, pag. 181) non può essere, nemmeno indirettamente, stata causata dallo scompenso statico legato alla patologia del piede destro. Di conseguenza nemmeno è dato lo stretto nesso materiale tra le patologie somatiche che hanno portato l'Ufficio AI a riconoscere il diritto a prestazioni con decisioni del 30 settembre 2014 e il danno alla salute all'origine dell'incapacità lavorativa dell'attore presente al momento in cui egli era assicurato presso la Cassa. Non essendo dato, per le ragioni suesposte, lo stretto nesso materiale tra le patologie che hanno portato l'Ufficio AI a riconoscere il diritto a prestazioni con decisioni del 30 settembre 2014 e il danno alla salute all'origine dell'incapacità lavorativa dell'attore presente al momento in cui egli era assicurato presso la Cassa, già per questa ragione a AT 1 non può essere riconosciuto alcun diritto ad una rendita d'invalidità della previdenza professionale. Ricordato che l'esigenza di uno stretto nesso materiale è cumulativamente necessaria al fine di riconoscere l'obbligo prestativo della Cassa (cfr. consid. 2.5) non merita qui di essere ulteriormente approfondito se uno stretto nesso temporale fosse o meno dato. Limitatamente al fatto che successivamente alla fine del rapporto di lavoro con la _____ l'attore non ha più svolto alcuna attività lavorativa,

questo Tribunale si limita a rilevare quanto segue. Dall'estratto del conto individuale risulta che a partire dal gennaio 2007 l'attore è stato iscritto come persona senza attività lucrativa e che a partire dall'aprile 2008 (esaurito il diritto alle indennità giornaliere di malattia) non ha più percepito un reddito da lavoro (cfr. doc. A/24). Tuttavia va qui menzionata la giurisprudenza federale per cui se durante il periodo da considerare per la valutazione della connessione temporale, la persona assicurata non si trova in alcun rapporto di lavoro, a detto periodo non può essere attribuita la stessa valenza rispetto a un periodo in cui il recupero della capacità lavorativa è comprovato fattivamente dall'attività realmente svolta, considerando l'impossibilità di esaminare effettivamente la capacità lavorativa ("(...) Si, pendant la période à retenir pour l'appréciation de la connexité temporelle, la personne assuré ne se trouve dans aucun rapport de travail, il n'y a pas lieu d'attribuer à cette période la même signification qu'à une période où le recouvrement de la capacité de travail est prouvée par du travail réellement effectué, étant donné l'impossibilité d'examiner réellement la capacité di travail. (...))" (Marc Hürzeler, op. cit., ad art. 23 n. 28 pag. 353)).

In concreto, per il solo fatto che egli fosse senza un'attività lavorativa, non è ancora possibile concludere che non vi sia stata un'interruzione dello stretto nesso temporale vista l'impossibilità di esaminare realmente la capacità al lavoro.

2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la petizione va respinta.

2.11. L'attore ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Essendo la presente procedura gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP in relazione all'art. art. 29 cpv. 1 Lptca), la domanda dell'attore deve essere intesa solo come richiesta di gratuito patrocinio. Presupposti per la concessione del gratuito patrocinio – quale principio generale di procedura valido, anche in assenza di una relativa specifica norma, in tutti i settori delle assicurazioni sociali e dedotto dall'art. 29 cpv. 3 Cost. fed. – sono (cumulativamente) l'esistenza di uno stato d'indigenza, la probabilità di esito favorevole del processo e la necessità dell'intervento di un avvocato. Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie, dalla documentazione agli atti risulta che l'attore, senza attività lucrativa, vive da solo e dispone, quali entrate, della rendita AI (pari a fr. 1'511.-- mensili) e della PC (pari a fr. 1'109.-- mensili) per un importo globale di fr. 2'620.-- mensile (doc. A/19). Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'attore deve essere applicato l'importo base mensile per persona che vive da sola di fr. 1'200.--, stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF. Tale importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo giusta l'art. 93 LEF del 1. settembre 2009). Bisogna, poi, computare il canone di locazione di fr. 1'020.-- al mese e il premio afferente all'assicurazione obbligatoria contro le malattie pari a fr. 40.75 mensili (fr. 489 : 12 = 40.75; cfr. doc. A/19, punto 4). Si ottiene, quindi, un onere globale di fr. 2'260.75. Inoltre va tenuto conto del fatto che all'importo di base determinato in riferimento alla Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, va aggiunto un supplemento del 15-25%, ossia di fr. 180.--/300.-- conformemente a quanto stabilito dal TFA nella sentenza U 102/04 del 20 settembre 2004. In casu, si ottiene un'eccedenza mensile di fr. 179.25 rispettivamente di fr. 59.25. Nella presente fattispecie, vista l'eccedenza mensile questo Tribunale, stante anche la gratuità della procedura, ritiene che l'attore sia in grado di far

fronte al pagamento delle spese legali e non possa, quindi, essere considerato indigente (per un caso simile cfr. la STCA 36.2009.31 del 7 settembre 2009). Di conseguenza, egli non può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. _____ della RA 1.

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