

TI_GERICHTE 34.2019.35 vom 29. Oktober 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-10-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2019.35

FR: TI_GERICHTE 34.2019.35 du 29 octobre 2020

IT: TI_GERICHTE 34.2019.35 del 29 ottobre 2020

Erwägungen

E. 26

e 255, 128 V 24 e 247, 123 V 199 consid. 5c, 120 V 61 consid. 2b, SZS 1994 pag. 236; SZS 1998 pag. 393). Presupposto essenziale è che le indennità siano state effettivamente versate; un semplice diritto non è sufficiente (Vetter-Schreiber, Berufliche Vorsorge, 2013, ad art. 26 BVV 2 n. 3 pag. 396 con riferimenti; Hürzeler in Schneider/Geiser/Gächter, (éd.), Commentaire LPP e LFLP, 2010, ad art. 26, n. 8, pag. 387). Il diritto ad una rendita d'invalidità può tuttavia essere differito soltanto se le disposizioni interne (regolamento, statuto) dell'istituto di previdenza lo prevedono esplicitamente (DTF 123 V 199 e 120 V 61; Hürzeler, op. cit., ad art. 26, n. 10, pag. 387). L'istituto di previdenza non autorizzato a differire la rendita per mancato adempimento delle condizioni cumulative previste dall'art. 26 OPP2 (o in difetto di una specifica norma regolamentare) non può nemmeno ridurre la prestazione prevalendosi dell'art. 24 OPP2 in relazione con l'art. 34a cpv. 2 LPP considerato come le indennità giornaliere non sono dei proventi da prendere in considerazione nell'ambito del calcolo di un'eventuale sovrassicurazione (Hürzeler, op. cit., ad art. 26 n. 11, pag. 388 con riferimenti). Giusta l'art. 4 LAI 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 mercato del lavoro e equilibrato e quindi non solo quella di effettuare il proprio lavoro (DTF 117 V 335 consid. 5c DTF 109 V 28). 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; DTF 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 di principio vincolati da quanto pronunciato dall'AI non solo per quel che riguarda il grado di invalidità (SZS 1996 p. 48 consid. 2b e 2d; SVR 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c; DTF 115 V 208 consid. 2c; 115 V 215 consid. 4c), 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 126 V 310 consid. 1; 123 V 271 consid. 2°, 118 V 39 consid. 2b/aa e riferimenti; SZS 2002 pag. 155; 1997 pag. 68; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2a). In tal caso il concetto di invalidità è infatti il medesimo (Stauffer, op. cit., n. 1018 segg; Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum

Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1996, pag. 24). Accertamenti separati del grado di invalidità potrebbero condurre a risultati differenti in contraddizione con lo scopo della legge (DTF 118 V 39 consid. 2b, 115 V 218 consid. 4 e 210 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 LPGa (cfr. DTF 130 V 78, 132 V 1). 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 123 V 271 consid. 2a, 115 V 208 consid. 2c, 212; 215 consid. 4c; 218 consid. 4; 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/Blaser, op. cit., pag. 21; cfr. anche DTF 126 V 308 dove si sottolinea che per la valutazione del quesito a sapere se la valutazione dell'AI è manifestamente errata e per questo non vincolante per l'istituto di previdenza sono primariamente determinanti gli atti esistenti al momento in cui la decisione è stata presa). D'altra parte, la giurisprudenza dell'Alta Corte ha stabilito che l'Ufficio AI è tenuto a notificare una decisione di rendita agli istituti di previdenza entranti in linea di conto, vale a dire che potrebbero essere chiamati a fornire prestazioni nel caso specifico. Se non viene coinvolto nella procedura pendente innanzi all'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 130 V 273 consid. 3.1; 129 V 75 e 129 V 150; cfr. anche le STFA B 32/03 del 21 gennaio 2005; cfr. anche l'art. 49 cpv. 4 LPGa e l'art. 76 cpv. 1 lett. i OAI). Secondo il TFA, 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 (STFA B 50/99 del 14 agosto 2000; B 79/99 del 26 gennaio 2001 e 4/00). Ne discende che la fissazione della data d'inizio del diritto alla rendita da parte dell'Ufficio AI non esclude che l'incapacità lavorativa motivante il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale sia subentrata, foss'anche in misura ridotta, già prima dell'inizio dell'anno di carenza secondo l'AI (Stauffer, op. cit., n. 1020 segg; SZS 2003 pag. 45 e 2005 pag. 241; STFA B 47/98 dell'11 luglio 2000). In virtù dell'art. 6 v. LPP, inoltre, le fondazioni 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 libere di estendere il concetto di invalidità. Ciò non significa tuttavia che i fondi di previdenza dispongono di un margine di apprezzamento illimitato (SZS 1995 p. 466 consid. 4b/aa; DTF 118 V 35). Se essi adottano nei loro statuti o nei regolamenti un certo metodo di valutazione, devono conformarsi, nell'applicazione dei criteri, ai concetti usuali delle assicurazioni sociali e ai principi generali (DTF 113 II 347 consid. 1, 111 V 239). 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 (DTF 115 V 208 consid. 2c e 215 consid. 4c; SZS 2002 pag. 155 e 1996 pag. 48 consid. 2b/d; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 e 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c;). Infine, 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'Ufficio AI, ma non sarà vincolata da una valutazione che si fonda su altri criteri (SZS 1997 pag. 71 e 1996 pag. 56; DTF 118 V 73 consid. 1; 117 V 335 consid. 5c). Infine, l'istituto di previdenza non è vincolato alle conclusioni dell'AI circa il grado di invalidità di assicurati occupati parzialmente calcolato giusta il metodo misto di valutazione del grado di invalidità secondo l'art. 28 LAI e art. 16 LPGA. In effetti, in quest'ambito il grado d'invalidità stabilito dagli organi dell'assicurazione per l'invalidità è vincolante per l'istituto di previdenza solo per quanto attiene all'attività lucrativa (DTF 144 V 72 consid. 4.2 e 4.3; cfr. anche Vetter-Schreiber, op. cit., all'art. 24 n. 7 e n. 25). Considerato infatti come la LPP, contrariamente all'AI, assicura solo le persone attive professionalmente, è determinante solo la diminuzione della capacità lavorativa riferita alla parte salariata. Solo in questa misura è data un vincolo di principio alla commisurazione dell'invalidità da parte dell'AI (DTF 120 V 110 seg.; Stauffer, op. cit. n. 1025 e 1070). Il Tribunale federale ha di recente nuovamente confermato che contrariamente a quanto previsto nell'assicurazione contro gli infortuni, nella previdenza professionale non si prende in considerazione il reddito ipotetico calcolato sulle presunte possibilità di guadagno di un assicurato che si suppone utilizzarle pienamente (DTF 144 V 72 consid. 5.3.3 e 5.3.4 con riferimenti). Sia infine ricordato che per l'art.

E. 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. Giusta 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 (STFA B 115/06 del 5 ottobre 2007 consid. 2.2, B 72/06 dell'11 settembre 2007 consid. 2.1; Vetter-Schreiber, op. cit., all'art. 24 n. 23, pag. 108). 2.5. Nel caso in esame litigiosa è, come detto, l'assegnazione all'assicurata di una rendita d'invalidità della previdenza professionale. AT 1 è invalida ai sensi dell'assicurazione invalidità, in quanto dal 1. gennaio 2016 ha percepito dall'AI una rendita intera dall'AI, dal 1. agosto 2016 al 31 dicembre 2017 un quarto e dal 1. gennaio 2018 una mezza rendita (consid. 1.2). Innanzitutto, l'istituto di previdenza convenuto non contesta l'invalidità dell'attrice, bensì il fatto di essere il debitore di una prestazione d'invalidità della previdenza professionale, ritenendo che il danno alla salute all'origine dell'incapacità lavorativa che ha causato l'attuale invalidità sia preesistente all'assunzione da parte della _____ e, quindi, all'affiliazione alla CV 1. 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 (cfr. DTF 123 V 264 consid. 1c; 120 V 117 consid. 2c e 120 secondo cui " l'art. 23 LPP vise quant à

lui à prolonger la responsabilité de l'institution de prévoyance au-delà de l'affiliation, lors de la survenance de l'éventualité assurée "; cfr. anche SZS 2002 pag. 156 consid. 2b; STFA 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 (o dell'aumento del grado di 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 (cfr. DTF 144 V 58, 138 V 419 consid. 6.2, 130 V 275 consid. 4, 123 V 264 consid. 1c e 120 V 117 consid. 2c). 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; cfr. anche DTF 138 V 409 consid. 6.2) 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). In effetti per ammettere l'obbligo prestativo di un istituto di previdenza occorre che le condizioni previste dall'art. 23 LPP siano adempiute, ossia che esista un'invalidità ai sensi dell'AI, che la stessa sia di almeno il 40%, l'inabilità lavorativa che ha poi portato all'invalidità sia insorta durante il rapporto previdenziale, l'invalidità sia riconducibile alla medesima causa che ha portato all'inabilità lavorativa: in assenza di uno di questi presupposti l'obbligo prestativo va negato (Stauffer, op. cit. n. 1031 segg). Per i casi in cui già prima dell'inizio del rapporto previdenziale esisteva una parziale inabilità lavorativa che tuttavia non dava diritto a una rendita d'invalidità da parte dell'AI essendo il conseguente grado di invalidità inferiore al 40%, la rigorosa applicazione dei principi sanciti dall'art. 23 lett. a LPP, che appunto fa dipendere l'obbligo prestativo all'esistenza di un rapporto assicurativo nel momento del subentrare dell'incapacità lavorativa, fa sì che in questi casi nel caso di un aumento dell'inabilità lavorativa per la stessa causa l'istituto di previdenza non è tenuto a versare le prestazioni poiché l'inabilità lavorativa sussisteva già all'inizio del rapporto di previdenza (DTF 123 V 267 consid. 3; Stauffer, op. cit., n. 1058). A questo principio viene tuttavia parzialmente derogato nei casi di invalidità causata da un'infermità congenita e di invalidi minorenni giusta le lett. b e c dell'art. 23 LPP, nel senso che in questi casi gli assicurati hanno diritto a prestazioni da parte dell'istituto di previdenza in caso di aggravamento dell'incapacità lavorativa ad almeno il 40% durante l'affiliazione anche se presentavano già

un'incapacità al lavoro compresa fra il 20 e il 40 per cento all'inizio dell'attività lucrativa (cfr. al consid. 2.11; in argomento cfr. Stauffer, op. cit., n. 1059). Ai fini del versamento delle prestazioni di invalidità della previdenza professionale obbligatoria dev'esserci quindi un nesso materiale e temporale stretto tra la causa dell'incapacità di lavoro e l'invalidità. Il nesso materiale è, come accennato, dato se il danno alla salute alla base dell'invalidità è in sostanza il medesimo che ha causato l'incapacità lavorativa. Questo presupposto non è realizzato per esempio se l'incapacità lavorativa è riconducibile ad un dolore dorsale, mentre l'invalidità ad una malattia psichica e dagli atti non emerge che vi sia un'interazione tra le due affezioni (SZS 2003 pag. 361). Nella sentenza pubblicata in DTF 134 V 20, il TF, apportando dei chiarimenti a quanto stabilito dalla precedente giurisprudenza, ha in particolare precisato che determinante per l'insorgenza dell'incapacità lavorativa ai sensi dell'art. 23 lett. a LPP è l'inabilità nell'attività precedentemente svolta, mentre 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 (cfr. Hürzeler, in Schneider/Geiser/Gächter, Commentaire LPP et LFLP, ed. 2019, art. 23, n. 36, pag. 368; cfr. pure DTF 144 V 58). Il TFA 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 (cfr. STFA B 38/92 del 30 novembre 1993 in: Plädoyer 4/94 pag. 66/67). Per risolvere tale questione si dovrà quindi tener conto delle circostanze del caso concreto, e meglio della natura della malattia, del pronostico del medico e dei motivi che hanno indotto ad assumere l'interessato (DTF 134 V 22, 123 V 264 e 267; SZS 2002 pag. 156 consid. 2b; SVR 2001 BVG no. 18 pag. 69segg.; cfr. anche DTF 120 V 118 consid. 2b). 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 134 V 22, 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 (Vetter-Schreiber, op. cit. ad art. 23 n. 37 p. 97; STFA B 4/02 del 30 ottobre 2002 e riferimenti a SZS 1997 pag. 67) (con riferimento al presupposto della connessione materiale nel caso della sussistenza di problemi somatici e psichici, cfr. Vetter-Schreiber, op. cit., ad art. 23 n. 25 pag. 82 con riferimenti; cfr. anche STF 9C_597/2008 del 3 dicembre 2008 consid. 2.2.2 con riferimenti; cfr. Hürzeler, op. cit., all'art. 23, n. 28 pag. 360; STFA B 37/06 del 22 settembre 2006; B 32/03 del 21 gennaio 2005; cfr. anche B 11/02 del 14 giugno 2004; B 9/06 del 21 novembre 2006; B 22/04 del 21 aprile 2005; B 73/05 del 3 maggio 2006; B 37/06 del 22 settembre 2006; 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). 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/RSAS 1997, Sonderheft, pag. 120 segg., in particolare 124; cfr. anche STFA B 22/99 del 6 agosto 2001 dove una ripresa dell'attività lavorativa della durata di sette mesi non ha comportato nel caso specifico un'interruzione del legame temporale; cfr. anche STFA B 38/92 del 30 novembre 1993). 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, op. cit., all'art. 23 pag. 361). Secondo la giurisprudenza, può esservi un nesso materiale tra l'incapacità lavorativa per motivi somatici, sorta durante la copertura assicurativa e su cui è stato fondato il diritto ad una rendita dell'AI, anche nel caso in cui la stessa incapacità sia stata fondamento di successive prestazioni previdenziali per motivi psichici. Necessaria, ma non sufficiente condizione, è che il danno alla salute psichica si sia già manifestato durante il periodo di assicurazione e che abbia visibilmente marcato il decorso della malattia (Vetter-Schreiber, op.cit., art. 23 n. 34, pagg. 94-95 con riferimenti a STFA B 46/06 del 29 gennaio 2007 consid. 3.3 e STF 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008 consid. 4.2; cfr. anche 9C_597/2008 del 3 dicembre 2008 consid. 2.2.2 con riferimenti; cfr. Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 28, pag. 360). 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, op. cit., all'art. 23, n. 28, pag. 360 con riferimento a STFA B 37/06 del 22 settembre 2006 consid. 3.3 e STF 9C_370/2016 del 12 settembre 2016 consid. 3). Non vi è parimenti una connessione materiale tra una sintomatologia somatica e somatoforme e la susseguente depressione, manifestatasi in modo rilevante dopo il rapporto previdenziale (Vetter-Schreiber, op. cit., all' art. 23 n. 34, pag. 95 con riferimento a STFA B 73/05 del 3 maggio 2006; riportata anche da Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 28, pag. 361). Si osservi infine che il requisito della connessione 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, in particolare anche nell'eventualità in cui un assicurato diventa incapace al lavoro in un periodo in cui è assicurato e successivamente, in un momento in cui ancora non si è affiliato ad un nuovo istituto di previdenza, diventa invalido (SVR 2001 BVG no. 18 pag. 69segg). Per quanto riguarda gli assicurati attivi solo parzialmente, l'obbligo prestativo dell'istituto di previdenza si decide, in applicazione dei suesposti principi generali, in base al primo manifestarsi dell'inabilità lavorativa che ha portato all'invalidità. Se un lavoro a tempo parziale viene svolto in presenza di un'inabilità lavorativa duratura di almeno il 20% e la successiva invalidità è da ricondurre alla stessa causa che aveva portato all'inabilità lavorativa, responsabile per la prestazione d'invalidità è l'istituto di previdenza presso il quale l'assicurato era assicurato nel momento del primo manifestarsi dell'inabilità lavorativa, nel caso in quel momento vi fosse effettivamente un rapporto assicurativo (Stauffer, op. cit., n. 1068 con riferimento a SZS 2000 pag. 369 consid. 1b). Ne discende

che se una persona assicurata entra in una nuova istituzione di previdenza e già in quel momento subiva una imitazione della capacità lavorativa, in caso di successiva invalidità responsabile delle prestazioni sarà la precedente istituzione di previdenza, non quella nuova, se l'invalidità è da ricondurre alla stessa causa dell'inabilità lavorativa al momento dell'affiliazione. Se il grado di invalidità aumenta per lo stesso motivo, è sempre la precedente istituzione previdenziale a dover rispondere (SZS 1997 p. 549 e Stauffer, op. cit. n. 1068). In DTF 129 V 132 segg. la Corte federale ha concluso che chi esercita due attività lucrative equivalenti al 50% e supera in ognuna di esse il salario minimo di cui all'art. 7 LPP risulta assicurato obbligatoriamente presso gli istituti di previdenza di entrambi i datori di lavoro. Se l'assicurato diventa invalido al 50% e lascia per questo motivo una delle due attività, mantenendo l'altra con lo stesso grado di occupazione precedente, l'istituto di previdenza del datore di lavoro restante non è tenuto a versare prestazioni mentre l'altro istituto deve corrispondere una rendita intera. Per quanto concerne il caso dell'aumento del grado di invalidità, per la giurisprudenza, se un lavoratore già titolare di una mezza rendita d'invalidità dell'AI intraprende un'attività lavorativa parziale rispettivamente la cambia e, di conseguenza, si affilia ad un nuovo istituto di previdenza (con o senza riserve) e in seguito le sue condizioni di salute peggiorano per la medesima causa, rendendolo di conseguenza titolare di una rendita intera dell'AI, perdurando la pregressa invalidità parziale anche durante la durata del rapporto di lavoro e previdenziale, non esiste alcun diritto a prestazioni della previdenza professionale nei confronti del nuovo istituto di previdenza cui si era affiliato poiché ciò contravverrebbe al principio assicurativo. Il precedente istituto di previdenza rimane responsabile anche per l'aumento del grado di invalidità. Un diritto a prestazioni della LPP potrebbe soltanto nascere qualora fosse intercorso un periodo di ritrovata completa abilità lavorativa interruzione del nesso temporale (Stauffer, Rechtsprechung, all'art. 23 pag. 76 con riferimenti; cfr. anche Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 54 pag. 376; DTF 123 V 265 consid. 1c e 2; STFA B 24/01 del 24 febbraio 2003; STF 9C_658/2016 del 3 marzo 2017 consid. 6.4.2). Ciò vale anche quando la persona già parzialmente inabile non percepisce alcuna rendita di invalidità da un precedente istituto di previdenza, perché nel momento della prima insorgenza della parziale inabilità lavorativa non era assicurata ai fini della LPP (Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 55 pag. 377). Una responsabilità del nuovo istituto di previdenza è invece da ammettere se subentra una nuova causa invalidante che giustifica di per sé una prestazione d'invalidità (Stauffer, op. cit. n. 1068). Tale giurisprudenza è valida analogicamente anche ai casi di applicazione delle lett. b e c dell'art. 23 LPP (Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 55 pag. 377). Questi principi sviluppati sull'art. 23 LPP valgono di massima anche nell'ambito della previdenza sovraobbligatoria, a meno che il Regolamento o gli statuti prevedano diversamente (segnatamente in riferimento al concetto di invalidità rilevante e al rischio assicurato; cfr. DTF 123 V 264 consid. 1b; STFA B 101/02 del 22 agosto 2003 consid. 4 e STF 536/2012 del 28 dicembre 2012 consid. 2.2). In particolare un precedente istituto di previdenza può rifiutare la copertura di prestazioni sovraobbligatorie per l'aggravamento del grado di invalidità intervenuto in un momento in cui un assicurato (già parzialmente invalido) non era più assicurato, qualora il Regolamento faccia dipendere la concessione di prestazioni di invalidità dal manifestarsi dell'invalidità (non solo dell'inabilità lavorativa) ancora durante la durata del rapporto assicurativo rispettivamente (legittimamente) preveda un limite temporale della copertura per il caso di aumento del grado di invalidità dopo la fine del rapporto di previdenza (Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 58 pag. 378; DTF 136 V 65 consid. 3.5 e riferimenti; Vetter-Schreiber, op. cit. all'art. 23 n. 46 con riferimento a STF

91/02 del 24 aprile 2003). La responsabilità del nuovo istituto di previdenza per un peggioramento di una precedente inabilità lavorativa durante il periodo di affiliazione potrebbe altrimenti insorgere, sulla base del principio dell'affidamento e per quanto riguarda le prestazioni sovraobbligatorie, qualora il nuovo istituto di previdenza, che ha definito nel suo regolamento o nei suoi statuti il rischio assicurato diversamente che nella LPP, abbia, al momento dell'ammissione dell'assicurato già parzialmente invalido, espressamente (" ausdrücklich ") garantito la completa ammissione nella copertura previdenziale rispettivamente non abbia fatto uso della possibilità prevista dal regolamento di introdurre, al momento dell'ammissione, una riserva per ragioni di salute. In questo caso la persona assicurata può confidare, sulla base del principio dell'affidamento, di godere della copertura assicurativa previdenziale per la residua capacità lavorativa presso la nuova istituzione di previdenza anche nel caso del successivo peggioramento del grado di invalidità per la medesima causa (Hürzeler, op. cit, all'art. 23 n. 60 pag. 378 e Stauffer, op. cit, pag. 346; cfr. anche Stauffer, Rechtsprechung, op. cit, all'art. 23 pag. 76, con riferimento a STFA B 101/02 del 22 agosto 2003, pubbl. in SVR 2005 LPP n. 17 pag. 55; Boll. UFAS, n. 74/2004, cifra 433; cfr. anche STF 9C_658/2016 del 3 marzo 2017). 2.6. L'"Allgemeines Rahmenreglement (ARR)" della CV 1 in vigore dal 1. gennaio 2015 prevede che " Anspruch auf eine temporäre Invalidenrente haben versicherte Personen, die im Sinne del IV zumindest 40% invalid sind, sofern sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, in der Stiftung versichert waren " (Abs. 1; doc. A3). La normativa prevede dunque che diritto a prestazioni d'invalidità hanno le persone assicurate che ai sensi dell'AI sono invalidi al minimo al 40%, a condizione che esse fossero assicurate alla Fondazione nel momento in cui è subentrata l'incapacità lavorativa. Per quanto riguarda il grado di invalidità, l'art. 17 dell'ARR prevede quanto segue: " 2) IV-Grad Der Grad der Invalidität entspricht dem von der IV festgestellten Invaliditätsgrad. Auf dem überobligatorischen Teil der Invalidenrente kann der Stiftungsrat vom Entscheid der IV abweichen, sofern der Vertrauensarzt der Stiftung diese Korrektur mit einem Gutachten unterstützt. 3) Rentenabstufung Beträgt der Invaliditätsgrad 70% oder mehr, wird eine volle Invalidenrente ausgerichtet. Es besteht Anspruch auf eine Dreiviertelrente bei einem Grad von mindestens 60%, auf eine halbe Rente bei einem Grad von mindestens 50% und auf eine Viertelrente bei einem Grad von mindestens 40%. Ein Invaliditätsgrad von weniger als 40% begründet keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. 4) Beginn Die temporäre Invalidenrente wird nach Ablauf der im Vorsorgeplan festgelegten Wartefrist ausbezahlt, frühestens jedoch nach Beendigung der Lohnfortzahlung oder Erschöpfung allfälliger Taggeldansprüche aus der Lohnausfallversicherung. 5) Wartefrist Die Wartefrist wird im Vorsorgeplan festgelegt. Für die Berechnung der Wartefrist werden Perioden der Erwerbsunfähigkeit zusammengezählt, soweit sie nicht vor einer Periode der vollen Erwerbsunfähigkeit von mehr als 12 Monaten liegen. Es besteht ohne neue Wartefrist Anspruch auf die Invalidenrente, wenn die versicherte Person bereits früher Anspruch auf eine Invalidenrente hatte und in der Zwischenzeit nicht länger als 12 Monate voll erwerbsfähig war. " (doc. A/3) Il Piano di previdenza della Fondazione convenuta in vigore dal 1. gennaio 2015 per la Cassa pensione della _____ prevede al suo art. 5 che la rendita d'invalidità "viene corrisposta dopo una durata dell'incapacità al guadagno di 24 mesi, non prima tuttavia che si concluda la protrazione del pagamento del salario oppure non prima dell'esaurimento di eventuali indennità giornaliere dell'assicurazione per perdita di salario. La rendita d'invalidità temporanea si basa sul grado dell'incapacità al guadagno. In caso di invalidità totale, la rendita d'invalidità annua ammonta al 50% del salario annuo

assicurato” (doc. A/7). Dal tenore di queste norme emerge che il concetto di invalidità del disciplinamento regolamentare della Fondazione convenuta coincide sostanzialmente con quello della LPP e, quindi, della LAI. Non è d'altra parte nemmeno prevista una regolamentazione divergente dell'art. 23 LPP, ragione per cui la suesposta giurisprudenza sviluppata su questa norma è in concreto applicabile (cfr. DTF 123 V 262). 2.7.

Dall'incarto AI emerge che in occasione dell'ultima assegnazione della rendita l'Ufficio AI ha statuito che il diritto alla rendita intera a favore dell'attrice è sorto dal 1. gennaio 2016. Richiamati i combinati art. 28 cpv. 1 lett. b e art. 29 LAI per i quali il diritto alla rendita nasce al più presto nel momento in cui l'assicurato ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione, l'Ufficio AI ha quindi fatto partire il periodo di carenza nel gennaio 2015, momento in cui all'assicurata è stata certificata un'inabilità lavorativa (cfr. al consid. 2.8 nel dettaglio). La convenuta non contesta né i gradi di inabilità lavorativa né l'invalidità dell'attrice, bensì il fatto di essere debitrice della relativa prestazione. A suo avviso infatti l'incapacità al lavoro rilevante che ha portato all'invalidità non è riconducibile al mese di gennaio 2015, ma si situerebbe, perlomeno nella misura (rilevante ai fini previdenziali) di almeno il 20%, ad un momento precedente e, comunque, in un'epoca in cui l'interessata non era ancora assicurata presso di lei, per poi perdurare in seguito, almeno in tale misura, senza interruzioni di rilievo. Nella fattispecie va innanzitutto rilevato che la decisione dell'AI del 12 aprile 2019 attribuita all'attrice la prestazione d'invalidità (così come già quella del 13 febbraio 2018) è stata notificata dall'Ufficio AI erroneamente alla “_____” di _____, la quale tuttavia non coincide con la CV 1. Dell'avvenuta errata notifica la convenuta ha del resto informato l'Ufficio AI con scritto 21 giugno 2019, dopo essere stata contattata dall'assicurata con la richiesta di prestazioni (doc. AI 251). Ora, alla luce della mancata corretta notifica delle decisioni dell'AI, richiamato quanto esposto al consid. 2.5 che precede in relazione al vincolo di principio degli istituti di previdenza a quanto pronunciato dall'AI, alla condizione tuttavia che l'Ufficio AI notifichi la decisione di rendita agli istituti di previdenza entranti in linea di conto (DTF 130 V 273 consid. 3.1; 129 V 75 e 129 V 150; Stauffer, op. cit., n. 1018; cfr. anche gli art. 49 cpv. 4 LPGGA e 76 cpv. 1 lett. i OAI), appare dubbia la questione di sapere se la convenuta sia da considerare vincolata alle decisioni dell'AI. Tale questione può tuttavia restare aperta, non solo poiché in ogni modo la convenuta non contesta le conclusioni dell'AI, segnatamente riguardo alla data d'inizio dell'inabilità lavorativa fissata per far partire l'anno di carenza così come di principio alla misura dell'inabilità lavorativa e alla determinazione dei salari da confrontare per la fissazione del grado d'invalidità per la parte lavorativa (art. 28 e 29 LAI). Ma anche poiché per la giurisprudenza ricordata sopra l'istituto previdenziale può comunque scostarsi dalle conclusioni dell'AI circa la data d'inizio dell'inabilità non solo nel caso in cui le conclusioni dell'AI siano manifestamente errate, ma anche se e nella misura in cui la conclusione dell'AI si sia fondata su valutazioni essenzialmente determinanti per l'esame della pretesa in ambito AI rispettivamente tralasciandone altre non di rilievo per l'AI (cfr. le citazioni al consid. 2.5 che precede). Nel caso concreto, come meglio si dirà in seguito (consid. 2.8), l'Ufficio AI, con provvedimento 4 gennaio 2013, aveva soppresso la rendita erogata considerato come all'assicurata fosse stata riconosciuta dal marzo 2012 un'inabilità lavorativa del 30% con un conseguente grado di invalidità del 36%, insufficiente per l'erogazione di una rendita (doc. AI p. 94). Confrontata con la nuova richiesta di prestazioni del gennaio 2015 l'Ufficio AI ha unicamente istruito la sussistenza o meno di un'inabilità rilevante. La questione di sapere se e in che misura l'assicurata fosse stata inabile al lavoro

nel periodo intercorrente tra la soppressione della rendita dal marzo 2013 e il nuovo peggioramento nel 2015 non è stato oggetto di esame. In queste condizioni, posto come in ambito LPP è sufficiente un'incapacità lavorativa di rilievo ai sensi dell'art. 23 LPP (vale a dire secondo, la giurisprudenza, durata e di almeno il 20%, cfr. Stauffer, op. cit., n. 1047; VSI 1998 pag. 126) per costituire un evento assicurato ai sensi dell'art. 23 LPP, la fissazione della data d'inizio del diritto alla rendita da parte dell'Ufficio AI non esclude quindi che un'incapacità lavorativa rilevante per il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale sia perdurata rispettivamente subentrata, foss'anche in misura ridotta, già precedentemente all'inizio dell'anno di carenza secondo l'AI (SZS 2003 p. 45 e 2005 p. 241; STFA B 47/98 dell'11 luglio 2000 e B 81/03 del 9 novembre 2004). In tale misura in questa sede va esaminato liberamente se un'eventuale limitazione della capacità lavorativa rilevante ai fini previdenziali (vale a dire di almeno il 20%) sia sopravvenuta già prima del gennaio 2015 rispettivamente se la stessa sia perdurata in misura rilevante (vale a dire superiore del 20%) e senza interruzioni di rilievo nel periodo successivo alla soppressione della rendita nel 2013 (DTF 120 V 109 consid. 3c; STFA B 35/00 del 22 febbraio 2002; SVR 1997 BVG Nr. 80). Sia inoltre già in questa sede anticipato che la Fondazione non è comunque vincolata alle conclusioni dell'amministrazione nella misura in cui l'AI ha effettuato il calcolo del grado di invalidità utilizzando il metodo misto applicabile agli assicurati attivi professionalmente a tempo parziale (cfr. in particolare l'art. 27bis OAI, in vigore dal 1 gennaio 2018), metodo che, giusta la giurisprudenza, non è applicabile nell'ambito della previdenza professionale (in proposito cfr. al consid. 2.5 e consid. 2.10). 2.8. In concreto, dagli atti emerge che AT 1, di professione segretaria d'albergo, è stata la prima volta messa al beneficio di prestazioni d'invalidità dell'AI, con decisione 6 marzo 2009 (percependo una rendita intera da giugno 2006 al 31 gennaio 2007, una mezza sino al 30 settembre 2007 per un grado d'invalidità del 55% e in seguito, dopo compensazione dell'indennità giornaliera versata dall'AI durante lo svolgimento del provvedimento professionale dal 1. ottobre 2007 al 30 giugno, dal 1 luglio 2008 un quarto per un grado di invalidità del 47%) a seguito di problematiche psichiche, in particolare una depressione e una fibromialgia. L'amministrazione ha concluso che l'assicurata era da considerare inabile in misura completa dal giugno 2005 e al 40% dal novembre 2006 nella sua attività e in attività confacenti, sulla base di una perizia multidisciplinare del _____ del 21 maggio 2007 che aveva posto quale diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa quella di "Sindrome ansiosodepressiva (F 41.2)" (oltre a altre diagnosi non invalidanti; cfr. al consid. 2.9.1; doc. AI 33/13). L'assicurata è stata quindi messa al beneficio di provvedimenti di ordine professionale dell'AI nella forma di un allenamento lavorativo presso la _____ a _____ dal 1. ottobre 2007 al 30 giugno 2008, al termine del quale l'assicurata è stata assunta dalla stessa ditta con un pensum del 50% (doc. AI 56). Nel 2012 è stata avviata una revisione della prestazione e l'assicurata è stata nuovamente peritata dal _____, il quale, con perizia 20 settembre 2012 ha posto le diagnosi invalidanti di "Disturbo di personalità misto (ICD-10 F 61.0), Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41 .2), Minime alterazioni degenerative della colonna cervicale con/su: iniziale condrosi C4-6 con uncartrosi, Tendenza fibromialgica". Quali diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa ha elencato quelle di "Tendenza ad iperlassità articolare, Disturbi statici del rachide con/su appiattimento della dorsale, scoliosi sinistro-convessa toracolombare, Obesità con BMI 34,8 kg/mz, Decondizionamento muscolare, Ipertensione arteriosa sotto trattamento, Varicosi agli arti inferiori (C3), Macroprolattinemia." (doc. AI 87/11). La perita _____, psichiatra, aveva rilevato un

miglioramento rispetto alla precedente perizia rilevando che seppur il quadro attuale metteva in luce un numero di diagnosi maggiore, in realtà era meno compromettente sul piano del funzionamento, con un'inabilità psichica del 25% dal febbraio 2012, come attestato dal curante (doc. AI 87 p. 13). Dal punto di vista reumatologico, il dr. _____, rilevando che “rispetto alla valutazione peritale precedente dell'8.5.2007, non ho potuto constatare, all'attuale rivalutazione, cambiamenti rilevanti dello stato di salute”, ha evidenziato la presenza di dolori vari, potendosi quindi “parlare di tendenza fibromialgica, facilitata dalla tendenza all'ipermobilità articolare”. Ha quindi concluso ritenendo l'assicurata, come già nel 2007, abile al 100% in un lavoro adatto e al 90% come impiegata d'ufficio. In conclusione, ammesso un miglioramento dal marzo 2012, il _____ ha esposto che dal punto di vista psichiatrico l'assicurata era abile al 75%, da quello reumatologico al 90%. Globalmente, era quindi da considerare abile al 70% come impiegata d'ufficio e in attività medio-leggere, con carichi variabili e con la possibilità di alternare le posizioni corporee (doc. AI 87 p. 16). Sentito il medico SMR (doc. AI 89), malgrado l'opposizione dell'assicurata, con decisione 4 gennaio 2013 l'Ufficio AI ha soppresso la rendita, confermando un'inabilità lavorativa del 30% (25% per motivi psichiatrici) e un conseguente grado di invalidità del 36%. Con pronuncia del 3 ottobre 2013 il Tribunale amministrativo del Cantone _____ ha confermato tale decisione (doc. AI 111). Sul piano lavorativo l'assicurata, con effetto dal 1. gennaio 2013 è stata assunta alle dipendenze della _____ con un pensum del 60% (doc. A). Dal 15 gennaio 2015 l'assicurata ha interrotto l'attività lavorativa per motivi di salute e si è nuovamente annunciata all'AI, sulla base di certificazioni dei curanti dr. _____ (psichiatra curante dal 1998) e _____ (curante dal 1996), che ne attestavano l'inabilità completa dal gennaio 2015 (doc. AI 123, 159/9). Nel certificato 25 agosto 2015 il dr. _____ ha segnalato un peggioramento della situazione psichica, con riesacerbazione della patologia depressiva, e la comparsa di nuovo di una serie di importanti disturbi psichici nell'ambito di una sindrome depressiva ricorrente (ICD-10 F32.0) e una sindrome da attacchi di panico, concludendo per un'inabilità lavorativa completa per diversi mesi, da gennaio 2015 del 50% e da maggio 2015 in misura completa (doc. AI 159/31). Inoltre il 2 novembre 2015 egli ha precisato la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente attualmente di gravità media (ICD-10 F32.0) e confermato un'inabilità del 50% da maggio 2015 (doc. AI 159/36). L'assicurazione collettiva di indennità giornaliera di malattia ha predisposto due valutazioni peritali. Il dr. _____, internista, il 12 aprile 2016, ha confermato un'inabilità lavorativa del 50% su base neurologica (doc. AI 159/55). Il dr. _____, psichiatra, il 5 marzo 2016 ha confermato le diagnosi e l'incapacità lavorativa del 50% (doc. AI 159/50; cfr. al consid. 2.9.1). Nel rapporto all'AI del 24 marzo 2016 il dr. _____ ha ribadito un'inabilità del 50% dal gennaio al dicembre 2015 e in seguito del 100%, per le diagnosi di “Sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di gravità media F 32.0, sindrome da attacchi di panico F 41.0, emicrania senza aura, fibromialgia, ipertensione arteriosa” (doc. AI 151). Il dr. _____ il 29 marzo 2016 ha dal canto suo confermato un'inabilità completa dal 16 gennaio 2015, per motivi sia psichici che fisici, indicando quali diagnosi invalidanti quelle di “possibili episodi lipotimici in corso di accertamenti, attuale cadenza ca settimanale, emicrania senza aura attualmente stabilità clinica, tremore fisiologico accentuato agli arti superiori sindrome ansioso depressiva in trattamento dr. _____, associati attacchi di panico in particolare alla diagnosi n 1, fibromialgia, dolori all'anca sx con borsite trocanterica, crampi notturni” (doc. AI 153 e allegati). Sulla base di tale documentazione _____ ha riconosciuto indennità giornaliera di malattia dal 16

gennaio 2015 al 14 gennaio 2017, ossia ad esaurimento dei 730 giorni stabiliti contrattualmente (doc. AI 180). L'Ufficio AI, dopo aver predisposto un accertamento al domicilio il 27 luglio 2016 (doc. AI 173/1), mediante decisione 13 febbraio 2018, considerata l'assicurata salariata all'80% e per il resto casalinga e applicando il metodo misto di valutazione dell'invalidità, ammessa un'inabilità lavorativa completa da gennaio 2015 e del 50% da maggio 2016, ha riconosciuto una rendita di tre quarti dal 1. gennaio 2016 al 31 maggio 2016, mentre che in seguito non erano più date prestazioni stante un grado d'invalidità del 31% (doc. AI 177 e 190). Questa decisione è stata annullata dal Tribunale amministrativo _____, con pronuncia 6 novembre 2018. Con nuova decisione del 12 aprile 2019 l'Ufficio AI, confermata un'inabilità completa dal 15 gennaio 2015 e del 50% dal 1. maggio 2016, ha effettuato un nuovo calcolo delle prestazioni riconoscendole una rendita intera dal 1. gennaio 2016 al 31 luglio 2016, dal 1. agosto 2016 al 31 dicembre 2017 un quarto di rendita e dal 1. gennaio 2018, dopo nuovo calcolo del grado di invalidità in applicazione dell'art. 27bis OAI in vigore dal 1. gennaio 2018 (imputando cioè come reddito da valido un'ipotetica attività lucrativa a tempo pieno), una mezza rendita (grado d'invalidità 50%) (doc. AI 229).

2.9. Nelle circostanze concrete, malgrado l'attrice fosse assicurata all'istituto convenuto nel momento (gennaio 2015) in cui è subentrato il peggioramento delle sue condizioni giustificante la nuova concessione della rendita intera AI dal 1. gennaio 2016 - ribadito il principio per cui l'obbligo prestativo dell'istituto di previdenza è condizionato dall'esistenza di un rapporto d'assicurazione nel momento in cui è subentrata l'incapacità lavorativa rilevante quale evento assicurato ai sensi dell'art. 23 lett. a LPP (indipendentemente dal momento e dalla misura della prestazione d'invalidità che ne deriva in seguito) -, in virtù dei suesposti principi sviluppati sull'art. 23 LPP (cfr. consid. 2.3 e 2.5), responsabile del versamento della rendita di invalidità della LPP non può essere ritenuta la Fondazione convenuta, cui l'attrice è stata assicurata dal 1. gennaio 2010 a dipendenza dell'attività svolta al 60% presso la _____ (doc. 33). In effetti, secondo questa Corte, risulta provato, con il grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360; STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1) che l'inabilità lavorativa che ha condotto all'invalidità a far tempo dal 1. gennaio 2016 si è manifestata in maniera rilevante (e sicuramente almeno del 20%) ben prima dell'entrata in funzione dell'assicurata per la _____ (e della relativa affiliazione alla Fondazione convenuta) e meglio già nel 2005, con l'attribuzione, a far tempo dal 1. giugno 2006, di una rendita intera AI, poi trasformata in mezza da febbraio 2007 e un quarto da luglio 2008. Tale inabilità è in seguito perdurata in misura significativa e senza interruzioni di rilievo (cfr. in merito DTF 123 V 264 consid. 1c; 120 V 117 consid. 2c e 120; cfr. anche SZS 2002 pag. 156 consid. 2b; STFA B 64/99 del 6 giugno 2001). Inoltre, fra il danno alla salute alla base dell'incapacità lavorativa manifestatasi in misura rilevante la prima volta nel giugno 2005 e l'invalidità totale riconosciuta dall'AI dal gennaio 2016, è data, secondo questo Tribunale, una connessione materiale e temporale stretta ai sensi della giurisprudenza applicabile (cfr. consid. 2.5). E questo, come meglio verrà esposto nel prosieguo, malgrado le prestazioni dell'AI siano state soppresse a far tempo dal marzo 2013, venendo poi riconcesse "solo" da gennaio 2016. Considerato quindi come già prima dell'inizio del rapporto previdenziale con la convenuta esisteva una parziale inabilità lavorativa, la rigorosa applicazione dei principi sanciti dall'art. 23 lett. a LPP (che appunto fa dipendere l'obbligo prestativo dall'esistenza di un rapporto assicurativo nel momento del subentrare dell'incapacità lavorativa), fa sì che

per l'aumento dell'inabilità per la stessa causa l'istituto di previdenza convenuto non sia tenuto a versare le prestazioni (DTF 123 V 267 consid. 3; Stauffer, op. cit., n. 1058). 2.9.1. In effetti, per quanto attiene al legame materiale, dagli atti si evince che le affezioni all'origine del primo riconoscimento della rendita d'inabilità sono sostanzialmente le stesse che hanno causato l'incapacità lavorativa dal gennaio 2015. La concessione della rendita mediante decisione del 6 marzo 2009 si era basata su un'inabilità a seguito di un'inabilità lavorativa, completa dal giugno 2005 e del 40% dal novembre 2006, causata essenzialmente da affezioni psichiche, in particolare "una sindrome ansioso-depressiva ed una sindrome somatoforme indifferenziata". Come esposto al consid. 2.8, la decisione si era basata sul referto del _____ del 21 maggio 2007 che aveva posto quali diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa quella di "Sindrome ansiosodepressiva (F 41.2)", oltre alle diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di "Sindrome fibromialgica generalizzata primaria. Decondizionamento muscolare. Tendenza ad iperlaxità articolare. Disturbi statici del rachide con /su: appiattimento della dorsale e della lombare e scoliosi sinistro-convessa toracolombare compensata, Discreto tremore posturale agli arti superiori, Cefalea, Obesità (BMI 30.3)". Per il _____ le affezioni psichiatriche causavano un'incapacità lavorativa del 40% dal mese di aprile 2005 (fatta eccezione per il periodo dal giugno 2005 all'ottobre 2006 quando l'inabilità era totale) e quelle reumatologiche del 10% (doc. AI 33). Anche il dr _____, nel rapporto all'AI del 18 agosto 2006 aveva posto le diagnosi di Sindrome depressiva di media gravità con sindrome biologica (F 32.11), sindrome da attacchi di panico da diversi anni (F41.1)", attestando un'inabilità totale dal 9 giugno 2005 (doc. AI p. 20). In occasione della nuova procedura avviata ad inizio 2015, mediante decisione del 12 aprile 2019, l'Ufficio AI ha stabilito l'esistenza di un'inabilità completa da gennaio 2015 e del 50% da maggio 2016. Secondo il dr. _____ le problematiche principali erano in relazione a episodi lipotimici, emicrania senza aura, tremore fisiologico lievemente accentuato agli arti superiori, sindrome ansioso-depressiva in trattamento, associati episodi di attacchi di panico, fibromialgia, dolori anca sinistra, crampi notturni alle gambe (certificato del 9 dicembre 2015, doc. AI 153 e allegati). Dal canto suo, negli scritti 25 agosto e 2 novembre 2015 e 24 marzo 2016 il dr. _____ ha sottolineato il peggioramento della situazione psichica, con riesacerbazione della patologia depressiva ricorrente, e la presenza di importanti disturbi psichici nell'ambito di una sindrome depressiva ricorrente attualmente di gravità media (ICD-10 F32.0) e una sindrome da attacchi di panico (F41.0) oltre a emicrania senza aura, fibromialgia, ipertensione arteriosa. A suo avviso, l'assicurata era stata inabile in misura completa per diversi mesi, dal maggio 2015 al 50%, presentando "umore depresso, stati d'ansia, attacchi di panico, una serie di importanti disturbi neurovegetativi sotto forma di una sintomatologia vertiginosa oltre che una serie di importanti dolori organici (doc. AI 159/31, 159/36, 151). L'amministrazione si è quindi basata anche sulle perizie fatte eseguire dalla _____. Innanzitutto, il 12 aprile 2016 il dr. _____, riferendosi a quanto accertato dai colleghi neurologi e rimandando alla perizia psichiatrica per quanto riferito a quel campo, ha confermato un'inabilità lavorativa del 50% su base neurologica (doc. AI 159/55). Nel rapporto 7 aprile 2016 i neurologi del Neurocentro avevano diagnosticato emicrania senza aura, sintomatologia vertiginosa mal sistemizzata, DD equivalente emicranico, tremore fisiologico accentuato agli arti superiori, sindrome mista ansioso-depressiva in trattamento con attacchi di panico, oltre a fibromialgia con attestazione di un'inabilità del 50% (doc. AI 53). Dal canto suo il perito dr. _____, psichiatra, il 5 marzo 2016 ha posto le diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità lieve-medio (F 33.1), disturbo

di attacchi di panico F 41.0, nota fibromialgia” e ha concluso confermando l’incapacità lavorativa del 50% posta dallo psichiatra curante (doc. AI p. 159/50). Ora, a non averne dubbio le cause alla base dell’inabilità lavorativa dal mese di giugno 2005 – ossia una sindrome ansioso-depressiva ed una sindrome somatoforme indifferenziata; Sindrome ansiosodepressiva (F 41 .2), per il dr. _____ “ Sindrome depressiva di media gravità con sindrome biologica (F 32.11), sindrome da attacchi di panico da diversi anni (F41.1)” – sono sostanzialmente le stesse che dal gennaio 2015 hanno nuovamente causato un’inabilità completa. In effetti il perito dr. _____, poste le diagnosi di “ sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità lieve-medio (F 33.1), disturbo di attacchi di panico F 41.0, nota fibromialgia” ha pure osservato come il disturbo depressivo ricorrente, il disturbo da attacchi di panico e la sindrome dolorosa cronica nonché l'emicrania, esorditi “ anni addietro ”, fossero in sostanza le medesime problematiche oggetto di esame delle precedenti perizie nel 2007 e 2012, che tuttavia non avevano mostrato un’evoluzione clinica favorevole e entro i termini preconizzati dalla precedente perizia. Anche il dr. _____ ha affermato che si trattava di una riesacerbazione della patologia depressiva ricorrente, e la ricomparsa di importanti disturbi nell’ambito di una sindrome depressiva ricorrente di gravità media (ICD-10 F32.0) e una sindrome da attacchi di panico (F41.0) (doc. AI 159/31/36, 151). L’aumento dell’incapacità lavorativa - intervenuto a far tempo dal gennaio 2015 - è quindi dovuto essenzialmente (anche) al peggioramento delle medesime affezioni psichiatriche già certificate in precedenza, ovvero in un momento in cui l’attrice non era ancora assicurata presso la convenuta e già all’origine del primo riconoscimento della rendita dell’AI (cfr. consid. 2.8). Va osservato che il fatto che all’inabilità lavorativa certificata dal gennaio 2015 abbiano contribuito anche affezioni neurologiche non ha rilevanza per il tema del contendere considerato come in ogni modo, per il periodo qui in concreto rilevante, ossia quello in cui enterebbe eventualmente in considerazione l’obbligo prestativo della convenuta (vale a dire dal 15 gennaio 2017, ossia allo scadere del pagamento delle indennità giornaliere di malattia; cfr. al consid. 2.10), l’inabilità lavorativa del 50% attestata dal 1. maggio 2016 era giustificata già soltanto sulla base delle sole affezioni psichiatriche (cfr. perizia dr. _____ del 5 marzo 2016, doc. AI 159/40). E questo a prescindere dal tema di sapere in quale misura le affezioni neurologiche (in particolare le cefalee peraltro già presenti all’epoca della prima attribuzione della rendita nel 2006 e concausa dell’inabilità del 30% riconosciuta nel marzo 2003; cfr. doc. AI 111 e al consid. 2.8) siano in correlazione col quadro psichiatrico e fibromialgico già presente da anni (cfr., fra le altre, le valutazioni dei sanitari della clinica di _____, per i quali il quadro depressivo aveva favorito l’insorgenza e il peggioramento delle emicranie; doc. AI 153/21).

2.9.2 Dal punto di vista della connessione temporale , da un’attenta analisi degli atti, tutto bene considerato, si deve concludere, sempre con il grado di verosimiglianza preponderante (DTF 138 V 221 consid. 6), che le problematiche di salute di cui l’assicurata è affetta, segnatamente psichiche, non hanno mai smesso, successivamente al 2005, di limitare l’assicurata nella sua capacità lavorativa nella misura di almeno il 20%, le affezioni e la conseguente inabilità essendosi anzi ulteriormente confermate e aggravate. Nessuna interruzione di rilievo è stata attestata dai medici nè può essere desunta dagli atti. Se è vero infatti che con decisione del 4 gennaio 2013 l’Ufficio AI aveva soppresso il quarto di rendita versato sino a quel momento, in considerazione di un miglioramento delle condizioni di salute, è anche vero che la perizia _____ del 20 settembre 2012 aveva nondimeno giudicato l’assicurata inabile nella misura del 30%, a dipendenza delle note diagnosi di “ Disturbo di personalità misto (ICD-10 F 61.0), Sindrome mista

ansioso-depressiva (ICD-10 F 41 .2), Minime alterazioni degenerative della colonna cervicale con/su: iniziale condrosi C4-6 con uncartrosi, Tendenza fibromialgica ” (doc. AI 87; cfr. al consid. 2.8). Ora, a mente di questo Tribunale anche nel periodo successivo alla soppressione della rendita (marzo 2013), e sino al peggioramento fatto valere dal gennaio 2015, l'assicurata ha continuato a rimanere inabile almeno nella misura accertata dal _____ (30%) o quantomeno almeno del 20%. Né del resto l'assicurata ha mai sostenuto il contrario. Questa conclusione è confortata da numerosi elementi agli atti. In particolare, per quanto riguarda la situazione all'epoca della soppressione della rendita, la psichiatra chiamata ad esprimersi nell'ambito della perizia _____ del 20 settembre 2012, aveva osservato un miglioramento rispetto alla perizia del 2007, con nondimeno un'incapacità lavorativa del 25% per gli aspetti prettamente psichiatrici, da ricondurre al fatto “ che l'A. appare difettosa nella caricabilità fisica e psichica, bisognosa di riposi più frequenti, facile alla stanchezza e meno stenica. Un sovraccarico dell'impegno acuisce la frequenza e la qualità degli episodi di ansia più acuta” (doc. AI 87/13) . Dal punto di vista reumatologico, il dr. _____, aveva confermato la tendenza fibromialgica e una situazione stabile rispetto al maggio 2007. Di conseguenza il _____ aveva concluso per una capacità lavorativa del 75% dal lato psichiatrico e del 90% da quello reumatologico e, quindi, globalmente una capacità del 70% come impiegata d'ufficio e in attività medio leggere e osservato che “ in futuro è poco probabile che subentri un miglioramento dello stato generale di salute dell'A. e di conseguenza la capacità lavorativa” (doc. AI 87 p. 16; cfr. al consid. 2.8). Va detto che l'assicurata aveva contestato queste conclusioni, sia personalmente (cfr. il formulario di revisione compilato il 22 febbraio 2012 e lo scritto 8 dicembre 2012, doc. AI 74 e 92) e sia tramite il suo legale, sostenendo di essere anzi peggiorata rispetto alla valutazione del 2007, segnatamente dal punto di vista psichiatrico (doc. AI 92). Nel ricorso presentato al Tribunale cantonale amministrativo del 4 febbraio 2013, la medesima aveva addotto di essere inabile almeno al 60%, contestando le conclusioni del _____ e rimandando a documentazione medica che riferiva di una sindrome fibromialgica e un notevole peggioramento delle emicranie, gonalgie, sindrome depressiva ricorrente e sindrome da attacchi di panico (doc. AI 104). Con sentenza 3 ottobre 2013 il Tribunale amministrativo del Cantone _____ ha respinto il ricorso rilevando tra l'altro che l'inabilità riconducibile alle cefalee era compresa nella valutazione del grado di impedimento complessivo dell'UAI (doc. AI 111). A conferma ulteriore dell'ininterrotto persistere di un'inabilità del 30% (o almeno del 20%) va detto che l'assicurata, con effetto dal 1. gennaio 2013, è stata assunta dalla _____ con un pensum del 60% e che lei stessa ha affermato che tale pensum corrispondeva alla sua residua capacità lavorativa (doc. A). Risulta inoltre dagli atti che nell'autunno 2013 l'attrice è stata inviata dal dr. _____ al Centro _____ di _____, specializzato in medicina del dolore. Nel rapporto dell'11 novembre 2013, riferito al consulto clinico del 16 ottobre 2013, i sanitari della clinica, poste le diagnosi di " M 70.6 Hüftschmerz-links bei V a. Bursitis trochanterica M 63.86 Nächtliche, kältegetriggerte Waden- und Fusschmerzen bds. (anamnestisch Mg2+ ohne grosse Wirkung) G 43.0 V. a. Migräne ohne Aura (ICHD -II 1.1) G 44.2 V. a. Spannungskopfschmerz (ICHD -II 2.1) F 45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F 32.0 Leichte depressive Episode” hanno rilevato che la paziente era stata sottoposta ad accertamenti multidisciplinari al fine di adottare una terapia contro il dolore e per il trattamento della depressione. Hanno quindi osservato che l'assicurata, malgrado si trovasse da anni in psicoterapia, non avesse alcuna possibilità di raccogliere un adeguato sostegno di modo che la sua padronanza dello stress

era disfunzionale, cosicché aveva nel frattempo sviluppato un disturbo depressivo, con anche paure rilevanti e flessioni dell'umore, con sintomi che l'assicurata aveva definito in aumento "da tre/quattro anni" (doc. AI 153/10). Da queste osservazioni, così come dalle valutazioni cliniche riprese dal medesimo rapporto, si evince che le problematiche invalidanti accertate dal _____ nella perizia del 20 settembre 2012 persistevano, un anno dopo, quantomeno con pari intensità. L'assicurata è quindi stata valutata nuovamente in data 21 gennaio 2014 (doc. AI 153/15), ed è quindi stato predisposto un ricovero stazionario "für einen dringend notwendigen stationären Aufenthalt", presso la _____ di _____, dal 12 maggio al 7 giugno 2014 al fine di effettuare una "riabilitazione psicosomatica", con approccio multidisciplinare, con certificazione di inabilità lavorativa completa (doc. AI 130 e 153). Nel rapporto di uscita dalla clinica di _____ del 19 giugno 2014, confermate le medesime diagnosi poste dai sanitari di _____, i sanitari hanno riferito dei vari approcci terapeutici e per quanto riguardava la sfera psichica hanno ricordato come l'assicurata avesse sviluppato un episodio depressivo nell'ambito di un sovraccarico sul lavoro, ciò che aveva favorito l'insorgenza e il peggioramento della frequenza delle emicranie (doc. AI 153/21). Del resto lo stesso dr. _____, nel rapporto 29 marzo 2016 all'AI, riferendosi al decorso delle affezioni dell'assicurata, ha riferito di una situazione "complessa" che aveva necessitato le succitate degenze e ulteriori accertamenti (doc. AI 153). Anche quanto ripetutamente attestato dallo psichiatra curante dr. _____ conferma che l'assicurata, che ha continuato ad essere da lui seguita, non è mai completamente guarita dalla patologia depressiva ricorrente, la quale si è infine aggravata nel corso del 2014, tanto da necessitare anche una terapia psicologica di sostegno settimanale presso lo studio psicologico del dr. _____ (cfr. doc. AI 159/31, 36, 39). Sia peraltro ricordato che in occasione della revisione avviata nel febbraio 2012, lo psichiatra curante aveva confermato le diagnosi di depressione (ICD 10 F. 32) e attacchi di panico (ICD 10 F41), concludendo sì per un miglioramento, ma in ogni modo per la persistenza di un'inabilità lavorativa del 30% (certificato del 5 marzo 2012, doc. AI 77). Un anno dopo, il

E. 29

ottobre 2020

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattrice:

Francesca Cassina-Barzaghini, vicecancelliera

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione del 19 ottobre 2019 di

AT 1

contro

CV 1

in materia di previdenza professionale

ritenuto, in fatto

Esperiti i necessari accertamenti, comprensivi anche di una perizia multidisciplinare del _____, con decisione 6 marzo 2009 l'Ufficio AI del Cantone _____, le ha attribuito il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1. giugno 2006 al

E. 31

gennaio 2013, il medesimo curante ha quantificato l'inabilità lavorativa nel 40% (doc. AI 106/8).

Anche in occasione degli accertamenti neurologici per la cura delle cefalee l'assicurata ha del resto situato l'aumento della frequenza degli episodi di cefalea al momento dell'introduzione della spirale medicata, a inizio 2014 (doc. AI 153 p. 38).

Sia in ogni modo osservato che del resto l'assicurata ha sempre di fatto confermato di aver sofferto in maniera continua dei dolori e delle limitazioni che ne derivavano, rispettivamente non ha mai affermato (e tantomeno comprovato) che le sue condizioni di salute, dopo la soppressione della rendita nel 2013, siano migliorate in maniera sensibile e duratura, tantomeno al punto da farle riacquistare una completa abilità lavorativa.

In occasione dell'inchiesta a domicilio effettuata il 27 luglio 2016 dalle dichiarazioni dell'assicurata emerge tra l'altro che nonostante una fibromialgia nota dal 2001 con dolori alle articolazioni, alla cervicale, e emicranie ha lavorato fino in maggio o giugno 2014. I dolori erano aumentati causati da stress sul lavoro (la signora AT 1 parla di mobbing) e attacchi di panico. È stata a _____ presso la _____ a riabilitarsi dal 12 maggio al 7 giugno 2014. La signora AT 1 ritorna a lavorare al 60% fino al 16 gennaio 2015, da allora il medico l'ha messa 100% inabile al lavoro, perché i dolori alle articolazioni, all'anca sinistra con borsite trocanterica e i dolori alla cervicale erano aumentati. La signora AT 1 menziona anche crampi notturni, aumento delle paure, la mancanza di energia e di dormire male() (doc. AI 173).

Anche in sede di petizione a questo TCA l'attrice ha di fatto affermato che il suo grado di capacità lavorativa, successivamente alla soppressione della rendita, non è mai stato superiore al 60%, laddove ha esposto che l'attrice la cui invalidità è iniziata oltre 13 anni fa (nel 2006), con anche una procedura di revisione che ha condotto alla soppressione della rendita atteso che non raggiungeva il grado minimo, o ancora le sentenze non dicono nulla sulla questione di sapere se una persona, come nel caso dell'attrice, era comunque dichiarata incapace al guadagno, ma al di sotto del grado minimo per l'ottenimento del diritto ad una rendita, nel caso concreto, sfruttando appieno la propria capacità lavorativa residua, dal 1 marzo 2013 l'attrice era occupata al 60%, in quanto da tale data il grado di invalidità era del 36%, il che non le dava diritto a nessuna prestazione e di fatto non le consentiva di avere un grado di occupazione maggiore, è iniquo ignorare il grado di invalidità residuo del 36% che di fatto impediva all'attrice di accettare un'occupazione con un grado di impiego maggiore, dimostrando che ella ha di fatto sfruttato appieno la propria capacità di guadagno residua (doc. I). È, infine, l'assicurata stessa che afferma di aver intrapreso l'attività lavorativa presso la _____ già limitata da un'inabilità lavorativa e un'invalidità iniziata oltre 13 anni prima (petizione, p. 4, doc. I).

Alla luce di quanto precede, l'allegazione, formulata dall'attrice in sede di replica, secondo cui al momento dell'assunzione alla _____ l'attrice era guarita dalle precedenti patologie ed era totalmente abile al lavoro da tempo (doc. V p. 4), è priva di riscontro probatorio e in contrasto con quanto affermato in sede di petizione e anche con le risultanze agli atti.

Tutto ben considerato quindi l'esame degli atti permette di concludere, con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221) che l'inabilità lavorativa del 30% attestata in occasione della soppressione della rendita di invalidità mediante decisione del 4 gennaio 2013 (e da ricondurre alle medesime affezioni che avevano giustificato l'attribuzione della rendita dal giugno 2006, ovvero al noto disturbo depressivo ricorrente, con disturbo di attacchi di panico, sindrome dolorosa cronica e emicrania) non solo si sia in seguito mantenuta, ma anzi abbia subito un progressivo peggioramento, acutizzandosi infine ulteriormente dal dicembre 2014 a causa di un sovraccarico lavorativo (cfr. anche dr. _____, perizia 5 marzo 2016, per il quale tra l'altro l'evoluzione clinica non è di fatto evoluta favorevolmente entro i termini preconizzati dal perito precedente, doc. AI 159/48).

Risulta dagli atti che l'assicurata è stata giudicata dall'AI inabile in misura completa dal gennaio 2015 e nella misura del 50% dal 1. maggio 2016, con attribuzione di una rendita intera di invalidità dal gennaio al luglio 2016, di un quarto di rendita dal 1. agosto 2016 al 31 dicembre 2017 e nuovamente di mezza rendita dal 1. gennaio 2018. Ai fini della definizione del grado di invalidità l'Ufficio AI ha applicato il metodo misto applicabile agli assicurati attivi professionalmente a tempo parziale e per il resto si occupano delle mansioni domestiche e in particolare, per quanto riguarda le prestazioni dovute dal 1. gennaio 2018, in applicazione dell'art. 27bis OAI, considerando un'ipotetica attività lucrativa a tempo pieno. La decisione del 12 aprile 2019 ha definito come segue le prestazioni a favore dell'assicurata:

Ora, innanzitutto, a ragione la Fondazione convenuta fa valere che anche nell'ipotesi in cui dovesse essere chiamata ad erogare prestazioni a favore dell'assicurata, a prescindere dal momento della nascita di un eventuale diritto alla rendita che dovrebbe di principio coincidere con quello dell'AI, ossia dal 1. gennaio 2016, il versamento delle stesse sarebbe in ogni modo dovuto solo dal gennaio 2017, stante il diritto a differire il versamento delle prestazioni fintanto che l'assicurata ha percepito le indennità giornaliere di malattia da parte dell'assicurazione _____ (cfr. l'art. 26 LPP in relazione all'art. 26 OPP2 e l'art. 17 del Piano di previdenza per la Cassa della _____ applicabile; cfr. al consid. 2.4 e 2.6 che precede). L'attrice ammette del resto tale circostanza.

La Fondazione fa inoltre valere di non essere vincolata alle conclusioni dell'amministrazione in merito al calcolo del grado di invalidità, considerato come l'Ufficio AI vi abbia proceduto utilizzando il nuovo metodo misto applicabile agli assicurati attivi professionalmente a tempo parziale e per il resto si occupano delle mansioni domestiche giusta l'art. 27bis OAI, in vigore dal 1. gennaio 2018, metodo che, giusta la giurisprudenza del Tribunale federale, non è applicabile nell'ambito della previdenza professionale. A ragione.

Innanzitutto, richiamato quanto esposto ai consid. 2.4 e 2.7, gli istituti di previdenza non sono vincolati alle conclusioni dell'AI circa il grado di invalidità di assicurati con attività lavorativa a tempo parziale calcolato giusta il metodo misto di valutazione del grado di

invalidità secondo l'art. 28 cpv. 2 ter LAI e art. 16 LPGA (Vetter-Schreiber, op. cit., all'art. 24 n. 7 e n. 25; Stauffer, op. cit, n. 1068) e, a far tempo dal 1. gennaio 2018, l'art. 27bis OAI.

Giusta il cpv. 3 dell'art. 27bis OAI il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa è disciplinato nel senso che il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno (lett. a); e la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido (lett. b).

Considerato infatti come la LPP, contrariamente all'AI, assicurati solo le persone attive professionalmente, in ambito previdenziale è determinante solo la diminuzione della capacità lavorativa riferita alla parte salariata. Solo in questa misura è di principio dato un vincolo alla commisurazione dell'invalidità da parte dell'AI (DTF 120 V 110 consid. 4b seg.; Stauffer, op. cit, n. 1068). In ambito previdenziale - richiamato il principio assicurativo valido nell'ambito della previdenza professionale, per il quale un diritto a prestazioni d'invalidità della LPP è dato soltanto se e nella misura in cui esiste una copertura assicurativa - la commisurazione del grado di invalidità avviene di conseguenza in base all'effettivo grado di occupazione al momento in cui è subentrata l'inabilità lavorativa la cui causa ha poi portato all'invalidità, tenendo in considerazione anche eventuali inabilità lavorative esistenti già in precedenza (DTF 141 V 134 consid. 5.3.2). Se la persona assicurata esercitava un'attività a tempo parziale, non vi è quindi diritto a prestazioni, se e nella misura in cui essa, malgrado la riduzione della capacità lavorativa per motivi di salute, può o potrebbe lavorare ancora nell'originaria misura. In questo caso infatti il rischio invalidità si è realizzato unicamente nella quota di un'attività a tempo pieno non assicurata a livello previdenziale (pari al 100% meno il grado di occupazione effettivo) (DTF 141 V 135 consid. 5.3.2; DTF 9C-821/2010 del 7 aprile 2011 consid. 4.2; 9C-25/2018 del 12 marzo 2018 consid. 3.1).

Nella sentenza di principio del 7 marzo 2018 pubblicata in DTF 140 V 63 il Tribunale federale, confermando la non applicabilità nell'ambito della previdenza professionale del nuovo metodo dell'AI per il calcolo del grado di invalidità di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e per il resto svolgono mansioni consuete giusta l'art. 27bis OAI,

ha così descritto le modalità di calcolo delle prestazioni di invalidità della previdenza professionale in caso di attività a tempo parziale (Art. 23 lett. a LPP; art. 28 cpv. 1 lett. b e art. 28a cpv. 3 LAI):

Il principio è stato ulteriormente confermato anche in DTF 144 V 72 laddove la Corte federale, esprimendosi sul principio dell'applicazione uniforme della nozione d'invalidità in caso di attività lucrativa esercitata a tempo parziale (art. 26 cpv. 1 LPP), ha ribadito che il grado d'invalidità stabilito dagli organi dell'AI è vincolante per l'istituto di previdenza solo per quanto attiene all'attività lucrativa e che questo principio continua a valere anche dopo l'entrata in vigore dell'art. 27bis OAI (consid. 4.2 e 4.3). In effetti, contrariamente a quanto previsto nell'assicurazione contro gli infortuni, nella previdenza professionale non si prende in considerazione il reddito ipotetico calcolato sulle presunte possibilità di guadagno di un assicurato che si suppone utilizzarle pienamente (conferma della giurisprudenza; consid.5.3.3 e 5.3.4; cfr. l'analisi critica della giurisprudenza federale in: Emilie Conti

Morel, Nouveau paradigmes pour le calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant una activité lucrative à temps partiel en assurance-invalidité et en prévoyance professionnelle, in SZS 62/2018 p. 367segg; cfr. anche Ueli Kieser, Aktuelle Entwicklungen im Sozialversicherungsrecht, in Pläydoyer 4/19 S. 58).

Vale quindi il principio per cui il grado d'invalidità determinante per la previdenza professionale si calcola in funzione del tasso di attività lucrative a tempo parziale e non in rapporto ad un'ipotetica attività lucrative a tempo pieno. Di conseguenza il grado d'invalidità calcolato dall'AI in applicazione del nuovo metodo di calcolo misto deve poi venir convertito per la previdenza professionale. Secondo il Tribunale federale, come detto, per l'istituto di previdenza il metodo più semplice è quello di stabilire il grado d'invalidità sulla base del reddito da valido fissato dall'AI, e al quale è di principio vincolato, convertendolo in funzione dell'effettiva percentuale dell'attività esercitata a tempo parziale, e effettuare quindi un nuovo confronto dei redditi su questa base e su quella degli altri parametri vincolanti (DTF 144 V 63 consid.6.3.3; cfr. in merito Elisabeth Glättli, Nouvelle méthode de calcul de l'AI pour le taux d'invalidité des personnes exerçant una activité lucrative à temps partiel, Conséquences pour la prévoyance professionnelle, in Schweizer Personalvorsorge 9-18, p. 96).

Nel caso quindi di un assicurato occupato a tempo parziale in cui l'AI ha calcolato il grado di invalidità in applicazione del metodo misto, se il vincolo non si estende al tasso d'invalidità per la parte lucrative (a meno che il grado di occupazione corrisponda a quello in essere al momento dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa che ha causato l'invalidità determinante per la previdenza professionale), vale comunque con riferimento agli altri parametri del calcolo e in particolare ai salari da valido e da invalido stabiliti dall'AI (E. Glättli, op. cit. p. 97).

Venendo al caso in oggetto, in applicazione della giurisprudenza dianzi esposta, a ragione quindi la Fondazione ritiene di dover far capo alle conclusioni sul grado di invalidità tratte dall'AI solo nella misura in cui le stesse riguardano la determinazione dei salari da computare nel confronto dei redditi per la parte salariata, non invece laddove ha effettuato il calcolo del grado d'invalidità riferendosi, per quanto riguarda il reddito da valida, ad un'ipotetica attività lucrative a tempo pieno. A ragione quindi pretende che il grado d'invalidità per la previdenza professionale venga calcolato orientandosi, per definire il salario da valida, all'effettivo grado di occupazione al momento in cui è subentrata l'invalidità lavorativa, vale a dire 60% presso la _____.

Occorre quindi far capo - peraltro incontestatamente - ai valori salariali applicati dall'Ufficio AI sulla base delle indicazioni fornite dalla decisione del Tribunale amministrativo del Cantone _____ del 6 novembre 2018, considerato come, per la giurisprudenza dianzi menzionata, essi sono vincolanti anche nell'ambito della previdenza professionale (cfr. Glättli, op. cit. p. 97).

Per quanto riguarda il salario da valida, in base a quanto stabilito dall'AI, fa stato un salario da valida al 100% per il 2016 di fr. 78'764 (fr. 63'011.15 all'80%; pronuncia Tribunale amministrativo 6 novembre 2018, consid. 5.2).

Per quanto riguarda il salario da invalida, il Tribunale grigionese, sempre nella sua decisione del 6 novembre 2018, premesso che in base agli accertamenti medici per l'assicurata non era proponibile una ripresa dell'attività presso il precedente datore di lavoro o di stampo analogo a quella esercitata in precedenza, non essendo la stessa idonea a lavorare sotto

pressione e in un ambiente stressante, ha concluso che andava fatto capo ai valori statistici. Partendo quindi dalla tabella TA1_triage_skill_level del 2014 relativa al salario mensile lordo nel settore privato femminile e a un livello di competenze 2, che riguarda ■attività pratiche come la vendita, la cura delle persone, l■elaborazione dei dati e l■amministrazione, l■utilizzo di macchinari e di apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza e i trasporti, valore mediano, e proceduto alle necessarie rivalutazioni in base all■indice dei valori nominali e al tempo di lavoro medio settimanale, è stato determinato un salario annuo da invalida per un■attività al 50% di fr. 30'405.70 e, quindi, al 100% di fr. 60'810 (cfr. decisione dell■AI del 12 aprile 2019, doc. AI 228; cfr. anche la sentenza del Tribunale amministrativo del Cantone _____ del 6 novembre 2018 consid. 5.6, doc. B).

Considerato come, per quanto detto, in ragione dell■avvenuto pagamento delle indennità giornaliere di perdita di guadagno, l■assicurata avrebbe al più presto diritto al versamento di prestazioni d■invalidità LPP a far tempo dal gennaio 2017, il calcolo del grado di invalidità per il periodo successivo al maggio 2016 (ossia dal momento in cui l■abilità lavorativa è stata fissata al 50%), si presenta come segue:

reddito da valida 2016 100%: 78■764

reddito da valida 2016 60%: 47'258.35 (pensum effettivo)

reddito da invalida 2016 (valore statistico) 100%: 60'810

reddito da invalida 2016 (valore statistico) 50%: 30'405.70

Il grado di invalidità LPP ammonta di conseguenza a 35.66%, calcolato come segue (cfr. doc. 4):

$(47■258 - 30■405) \times 100 = 35.66\%$

47■258

Essendo quindi il grado di invalidità inferiore alla soglia minima (40%) prevista dalla legge (art. 24 cpv. 1 LPP) e dal Regolamento applicabile (art. 17; cfr. sopra consid. 2.3.e 2.6), all■attrice non possono essere riconosciute prestazioni d■invalidità della previdenza professionale.

Nella misura in cui la ricorrente contesta la dianzi citata giurisprudenza, per la quale il nuovo metodo di calcolo del grado d■invalidità in caso di attività lavorativa a tempo parziale di cui all■art. 27bis OAI, in vigore dal 1 gennaio 2018, non trova applicazione nel campo della previdenza professionale, questo TCA si limita in proposito a rinviare alle recenti pronunce, in cui il Tribunale Federale ha confermato la sua prassi indicando i motivi che non permettono (per ora) di apportare dei correttivi alla stessa, non essendo adempiuti i rigorosi presupposti necessari per una modifica della giurisprudenza (DTF 141 II 297 consid. 5.5.1). In particolare la Corte federale ha nuovamente rinviato alla differente concezione che sta alla base della previdenza professionale da un lato, e l■assicurazione invalidità e infortuni dall■altro, ciò che non consente di applicare per analogia i principi della commisurazione dell■invalidità vigenti in ambito LAINF o il nuovo modello in ambito AI introdotto dall■art. 27bis cpv. 2-4 OAI (in vigore dal 1 gennaio 2018), poiché una simile applicazione analogica sarebbe contraria al sistema e contravverrebbe al principio assicurativo vigente in ambito previdenziale (9C-25/2018 del 12 marzo 2018 consid. 3.2).

Per il resto va osservato che le considerazioni espresse dall'attrice circa la sua particolare situazione non permettono di concludere altrimenti, essendo le stesse semmai da riferire al tema, già esaurientemente approfondito, del principio di assicurazione chiaramente affermato dall'art. 23 LPP (cfr. DTF 123 V 269 consid. 3). Quest'ultimo sancisce perentoriamente, come detto, che l'obbligo prestativo dell'istituto di previdenza è condizionato all'esistenza di un rapporto assicurativo nel momento del subentrare dell'incapacità lavorativa. Se quindi un lavoro a tempo parziale viene svolto in presenza di un'inabilità lavorativa duratura di almeno il 20% (già presente al momento dell'entrata nell'istituto di previdenza) e la successiva invalidità è da ricondurre alla stessa causa che aveva portato all'inabilità lavorativa, responsabile per la prestazione d'invalidità è l'istituto di previdenza presso il quale l'assicurato era assicurato nel momento del primomanifestarsi dell'inabilità lavorativa (Stauffer, op. cit., n. 1058 e 1068 con riferimento a SZS 2000 pag. 369 consid. 1b; DTF 123 V 267 consid. 3).

Essendo la presente procedura gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP in relazione all'art. 20 cpv. 1 LPTCA), non sono accollate tasse e spese di giustizia.

dichiara e pronuncia

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Daniele Cattaneo

Il segretario di Camera

Gianluca Menghetti

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