

## **TI\_GERICHTE 34.2020.16 vom 8. März 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-03-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_34.2020.16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2020.16)

FR: TI\_GERICHTE 34.2020.16 du 8 mars 2021

IT: TI\_GERICHTE 34.2020.16 del 8 marzo 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

LPP (Assicurazione obbligatoria dei lavoratori dipendenti e dei disoccupati) “ i beneficiari di indennità giornaliera dell’assicurazione contro la disoccupazione sottostanno all’assicurazione obbligatoria per i rischi morte e invalidità ”. Tale assicurazione è attuata dalla Fondazione CV 1, la quale giusta l’art. 60 lett. e LPP è obbligata “ ad affiliare l’assicurazione contro la disoccupazione e ad attuare l’assicurazione obbligatoria per i beneficiari d’indennità giornaliera annunciati dall’assicurazione ”. Sia i requisiti per avere diritto alle prestazioni sia la relativa entità sono limitati alla previdenza minima prevista dalla LPP (per quanto riguarda la continuazione facoltativa dell’assicurazione cfr. gli art. 47 segg LPP). L’inizio della previdenza nel caso dei disoccupati è fissato dall’Ordinanza sulla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati del 3 marzo 1997, la quale prevede, oltre ai principi per la determinazione del salario coordinato e dell’aliquota di contribuzione, che sono assicurati per i rischi morte e invalidità le persone che, tra l’altro, percepiscono indennità giornaliera dell’assicurazione contro la disoccupazione (art. 1) e che la copertura assicurativa comincia al termine dei periodi di attesa secondo l’art. 18 LADI (art. 2). Tema della presente lite è la questione di sapere se la Fondazione convenuta, alla quale, come detto, l’assicurato è stato - incontestatamente - assicurato nel periodo in cui ha percepito le indennità giornaliera di disoccupazione (dal 1. dicembre 2008 al 26 marzo 2010) e la quale gli ha versato una rendita intera d’invalidità LPP, tenuto conto della sovrassicurazione, dal 1. aprile 2012 al 31 ottobre 2017 (doc. 7/1, 7/7, 7/4 e 7/5), debba riconoscere ulteriori prestazioni di invalidità della previdenza professionale dal 1. novembre 2017. L’istituto previdenziale convenuto non contesta i periodi di inabilità lavorativa riconosciuti dall’AI e in particolare che l’assicurato abbia subito un peggioramento e, quindi, sia divenuto nuovamente inabile nella misura del 50% in attività lavorative leggere adeguate a far tempo dal settembre 2017, e non censura di conseguenza l’invalidità parziale riconosciuta dall’Ufficio AI mediante la decisione del 29 aprile 2019 (con attribuzione di una mezza rendita d’invalidità dal 1. ottobre 2017 in sostituzione della rendita intera che gli veniva versata dal marzo 2011; cfr. consid. 1.3). Nega tuttavia il diritto a prestazioni d’invalidità della previdenza professionale successivamente al mese di ottobre 2017, considerato come il nuovo aumento dell’incapacità lavorativa accertata dall’AI dal settembre 2017 - che ha giustificato appunto l’attribuzione di una mezza rendita AI anche dopo il mese di ottobre 2017 - sia da ricondurre a patologie psichiatriche insorte successivamente al periodo in cui l’attore è stato assicurato presso di lei (1. dicembre 2008 sino al 26 marzo 2010) e non alle patologie ortopediche/reumatologiche (dovute all’infortunio automobilistico del 24 marzo 2010) che erano state all’origine dell’attribuzione delle precedenti rendite versate dall’AI sin dal 1. marzo 2011 e, di conseguenza, dalla fondazione nel periodo dal 1. aprile 2012 al 31 ottobre 2017. Dal canto suo, l’attore contesta in sostanza che l’inabilità lavorativa alla base dell’attribuzione della

mezza rendita AI successivamente al mese di ottobre 2017 sia da ricondurre solo a patologie psichiatriche e fa in ogni modo rilevare che le problematiche alla salute di cui soffre sarebbero tutte causate dall'infortunio del marzo 2010. 2.4. Secondo l'art. 23 LPP, che è una disposizione minima (art. 6 LPP), hanno diritto alle prestazioni d'invalidità le persone che: a) nel senso dell'AI, sono invalide per almeno il 40 per cento ed erano assicurate al momento in cui è sorta l'incapacità di lavoro la cui causa ha portato all'invalidità; b) in seguito a un'infermità congenita presentavano un'incapacità al lavoro compresa fra il 20 e il 40 per cento all'inizio dell'attività lucrativa ed erano assicurate allorché l'incapacità al lavoro la cui causa ha portato all'invalidità si è aggravata raggiungendo almeno il 40 per cento; c) diventate invalide quando erano minorenni (art. 8 cpv. 2 LPG), presentavano un'incapacità al lavoro compresa fra il 20 e il 40 per cento all'inizio dell'attività lucrativa ed erano assicurate allorché l'incapacità al lavoro la cui causa ha portato all'invalidità si è aggravata raggiungendo almeno il 40 per cento. Per avere diritto ad una rendita di invalidità ai sensi dell'art. 23 LPP occorre dunque essere assicurati al momento in cui si registra un'incapacità lavorativa o una diminuzione di rendimento di una certa importanza (ossia, secondo la giurisprudenza, di almeno il 20%; STF 9C\_772/2007 del 26 febbraio 2008 consid. 3.2; Pratique VSI 1998 pag. 126; STF B 100/00 del 16 febbraio 2001). Non è invece decisivo essere assicurati quando sorge l'invalidità vera e propria oppure il peggioramento della stessa (DTF 123 V 264 consid. 1b; SZS 1994 pag. 469 consid. 5a). L'evento assicurato ai sensi dell'art. 23 LPP è infatti la sopravvenienza di un'incapacità lavorativa di una certa importanza, non la nascita dell'invalidità vera e propria (DTF 123 V 264 consid. 1b; SZS 1994 pag. 469 consid. 5a). Il richiedente deve essere assicurato al momento dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa che ha condotto all'invalidità, non necessariamente quando insorge l'invalidità oppure il peggioramento della stessa (Stauffer, Berufliche Vorsorge, 3. ediz., 2019, n. 1037; SZS 2002 pag. 155; DTF 123 V 264 consid. 1b). Questa soluzione è stata voluta per sopperire ad eventuali lacune assicurative, nel caso in cui il datore di lavoro disdica il contratto precedentemente alla decorrenza dell'anno di attesa necessario ai fini dell'erogazione della rendita AI e quindi della rendita LPP (art. 29 cpv. 1 lett. b LAI; DTF 123 V 263 consid. 1, 120 V 116 consid. 2b). Le prestazioni sono dovute dall'istituto di previdenza al quale l'interessato è - o era - affiliato al momento dell'insorgenza dell'evento assicurato appena descritto, premesso che tra l'incapacità lavorativa e l'invalidità esista una connessione materiale e temporale (SZS 2003 pag. 356). Di conseguenza il fondo di previdenza presso cui era assicurato il dipendente al momento dell'intervenuta incapacità lavorativa è obbligato a versare le prestazioni di invalidità, anche se al momento del riconoscimento della stessa il rapporto assicurativo era già stato sciolto (SVR 1998 BVG Nr. 14, 1994 pag. 38; DTF 118 V 98). D'altra parte, l'obbligo di un nuovo assicuratore di pagare prestazioni sorge solo se l'incapacità lavorativa esistente già prima dell'inizio del nuovo rapporto assicurativo risulta interrotta, cioè quando non vi è più alcun nesso materiale e temporale (SZS 2003 pag. 356). I medesimi principi valgono in materia di previdenza più estesa, in assenza di disposizioni regolamentari o statutarie divergenti (SVR 1994 BVG 18 pag. 57; SZS 2005 pag. 243). Qualora, inoltre, esista il diritto ad una prestazione di invalidità, l'istituto di previdenza è tenuto a versare prestazioni di invalidità anche se l'invalidità si modifica, per i medesimi motivi, dopo la fine del rapporto previdenziale (DTF 118 V 45 consid. 5; SZS 1995 pag. 465 consid. 4a; cfr. Moser, Bedeutung und Tragweite von art. 23 BVG, in: SZS 1995 pag. 426 N 49; STCA 34.1999.17 del 15 marzo 2000). Va altresì ulteriormente ricordato che in una sentenza emessa nel Canton Ginevra è stato precisato che l'art. 23 v. LPP non

presuppone che l'interessato fosse assicurato all'inizio del decorrere del termine di carenza di cui all'art. 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). 2.5. L'art. 26 LPP stabilisce che, per la nascita del diritto alle prestazioni d'invalidità, sono applicabili per analogia le pertinenti disposizioni della legge federale sull'assicurazione invalidità (art. 29 LAI, ora art. 28 cpv. 1 e 29 cpv. 1-3 LAI; cfr. in merito DTF 140 V 474 consid. 3.3.2). 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). Basandosi su questa disposizione di legge come pure sull'art. 34a cpv. 1 LPP – che l'ha incaricato di emanare prescrizioni per impedire indebiti profitti dell'assicurato o dei suoi superstiti in caso di concorso di prestazioni – il Consiglio federale ha autorizzato all'art. 26 OPP 2 gli istituti di previdenza a differire il diritto a prestazioni d'invalidità fino all'esaurimento del diritto all'indennità giornaliera se l'assicurato, in sostituzione del salario intero, riceve indennità giornaliera dell'assicurazione contro le malattie, che ammontino almeno all'80 per cento del salario di cui è privato, e se le indennità giornaliera sono state finanziate almeno per la metà dal datore di lavoro. Per la giurisprudenza l'art. 26 OPP2 rappresenta una norma di coordinamento nel tempo, che intende evitare che il pagamento del salario o di prestazioni sostitutive, grazie a cui il datore di lavoro è esonerato dal pagamento del salario, procuri all'assicurato delle risorse più elevate di quelle che percepiva quando lavorava regolarmente (Messaggio del Consiglio federale sul progetto di LPP, FF 1976 I 202; DTF 129 V 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, 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 giornaliera 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; STF 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 STF 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 (STF 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; STF 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. 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 (sovrabbobligatoria) 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

## **E. 2.12**

Tutto ben considerato e in base al già citato grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (fra le tante STF 9C\_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1) questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti ad escludere, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, che le sole patologie somatiche all'anca, al piede e alla schiena, possano giustificare una rendita d'invalidità della previdenza professionale dopo il mese di

ottobre 2017. Deve pure concludersi che non è dato lo stretto nesso materiale tra le patologie (extrasomatiche) che hanno portato l'UAI a riconoscere il diritto a prestazioni d'invalidità con decisione del 29 aprile 2019 e il danno alla salute (somatico) all'origine dell'inabilità lavorativa presente al momento in cui l'attore era assicurato presso la convenuta. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429; 122 II 464 consid. 4a pag. 469; 122 III 219 consid. 3c pagg. 323-324 e 119 V 335 consid. 3c pagg. 343-344 tutte con riferimenti) . Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. ( STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost. cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Ne discende che la richiesta dell'attore di effettuare ulteriori accertamenti peritali va respinta. 2.13. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la petizione va respinta. E ssendo la presente procedura gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP in relazione all'art. 29 cpv. 1 LPTCA), all'attore, sebbene soccombente, non sono accollate tasse e spese di giustizia . Alla Fondazione convenuta, rappresentata da un avvocato, seppur vincente in causa non vengono assegnate ripetibili. Infatti, conformemente alla giurisprudenza, nessuna indennità per ripetibili è di regola assegnata alle autorità vincenti o agli organismi con compiti di diritto pubblico. Ciò vale anche per gli istituti di previdenza (DTF 126 V 149 consid. 4, 118 V 169 consid. 7; per le eccezioni: DTF 112 V 362; RAMI 1992 pag. 164)).

## **E. 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). 2.6. 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; 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 (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; STF B 34/01 del 15 novembre 2001 consid. 1b e B 72/99 del

#### **E. 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'incapacità lavorativa che ha poi portato all'invalidità sia insorta durante il rapporto previdenziale, l'invalidità sia riconducibile alla medesima causa che ha portato all'incapacità 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 incapacità 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'incapacità lavorativa per la stessa causa l'istituto di previdenza non è tenuto a versare le prestazioni poiché l'incapacità 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 lavorativa (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). Va detto che in questo contesto non è rilevante se tra il danno alla salute che è causa dell'incapacità lavorativa e l'affezione che ha come conseguenza l'invalidità esista un nesso di causalità adeguata, ma piuttosto se esiste un'affezione alla salute sostanzialmente diversa (TFA B

42/02 del 11 febbraio 2003 consid. 2.2). Anche il fatto che l'assicuratore contro gli infortuni ammetta o neghi il nesso causale adeguato tra un infortunio e delle affezioni alla salute non è rilevante per l'istituto di previdenza che deve rispondere ex art. 23 LPP per un'inabilità lavorativa indipendentemente dal fatto che essa sia causata o meno da un infortunio (STF 9C\_950/2012 del 7 aprile 2013). 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, op. cit., art. 23, n. 36, pag. 368; cfr. pure DTF 144 V 58). Il TF 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. STF 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; STF 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; STF 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; cfr. anche STF 9C-578/2008 del 29 maggio 2009; 9C-772/2007 del 26 febbraio 2008; 9C-330/2008 del 4 settembre 2008). Sempre riguardo all'interruzione del nesso temporale tra l'incapacità lavorativa originaria e la successiva invalidità vedi anche la DTF 144 V 58 nella quale l'Alta Corte, dopo un riepilogo della giurisprudenza, ha concluso che "(...) la connessione temporale tra l'incapacità lavorativa insorta durante il rapporto di previdenza e l'invalidità successiva è interrotta quando è data una capacità lavorativa superiore all'80% in un'attività lavorativa adeguata durante più di tre mesi (consid. 4.4 e 4.5). (...)" (registro della DTF 144 V 58). 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, 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 STF B 22/99 del 6 agosto 2001 dove una ripresa dell'attività lavorativa della durata di sette mesi non ha comportato nello specifico un'interruzione del legame temporale; cfr. anche STF B 38/92 del 30 novembre 1993). Per ritornare al requisito del presupposto materiale, 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 globale 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 STF B 46/06 del 29 gennaio 2007 consid. 3.3 e STF 9C\_772/2007 del 26 febbraio 2008 consid. 4.2; cfr. anche 9C\_597/2008 del 3 dicembre 2008 consid. 2.2.2 con riferimenti; cfr. Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 28, pag. 360). Una connessione materiale esiste per esempio nel caso di una persona assicurata, sofferente nel periodo assicurato prevalentemente di fibromialgia, che già durante tale periodo ha sviluppato un danno invalidante psichico che ha quindi marcato in modo rilevante il decorso dell'affezione somatica. 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 ai motivi psichici che hanno finalmente condotto all'invalidità, ma unicamente a delle affezioni somatiche che infine non sono risultate invalidanti (Hürzeler, op. cit., all'art. 23, n. 28, pag. 360 con riferimento a STF B 37/06 del 22 settembre 2006 consid. 3.3 e STF 9C\_370/2016 del 12 settembre 2016 consid. 3). Una connessione materiale deve in particolare essere negata quando l'attribuzione della rendita AI risulta unicamente dai problemi di natura psichica diagnosticati e che non può essere dedotto dagli atti medici e peritali alcun elemento indicante la presenza già durante il rapporto di previdenza di un problema psichico e una conseguente inabilità lavorativa, ma che al contrario solo delle inabilità lavorative causate dai dolori dorsali erano state attestate nel periodo in cui l'assicurato aveva la qualità di assicurato. Questo deve valere anche nel caso in cui sia evidente che i problemi dorsali alla base dell'incapacità lavorativa avevano già all'epoca un'influenza sullo stato psichico dell'assicurato e sulla sua situazione psicosociale (STF B 9/06 del 21 novembre 2006 citato in Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 25). La connessione materiale fa pure difetto se una sovrapposizione psicogena di disturbi somatici, associata ad una tendenza all'aggravamento, non aveva ancora raggiunto, al momento della cessazione del lavoro, un valore di malattia e quale disturbo psichico non era suscettibile di limitare la capacità lavorativa in modo rilevante, e questo malgrado la successiva invalidità sia poi stata motivata da un'affezione psichica con valenza patologica (Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 28). Per la determinazione della responsabilità dell'istituto di previdenza non è

determinante l'inizio rispettivamente la diagnosi del danno invalidante, ma solo il momento in cui il danno alla salute per la prima volta si è ripercosso sulla capacità lavorativa in maniera significativa. La connessione materiale è stata per esempio negata in un caso in cui l'assicurato era limitato nella capacità lavorativa sin dall'adolescenza a motivo della diagnosi di AIDS e in seguito a tale affezione si era tuttavia sovrapposta, nel corso degli anni, una schizofrenia paranoide, che aveva infine portato all'invalidità motivante la rendita AI. Secondo il Tribunale federale il danno alla salute che infine aveva portato all'invalidità non era lo stesso che aveva causato la precedente inabilità (STF 9C\_83/2016 del 19 ottobre 2016). Parimenti, una connessione materiale stretta va negata qualora l'inabilità lavorativa sopraggiunta durante il rapporto di previdenza sia da ricondurre ad una lesione della colonna vertebrale lombare, ma un'affezione psichica è all'origine dell'invalidità e che non risultino dagli atti indizi che lascino supporre che vi sia stata un'interazione tra i diversi quadri clinici e che la persona assicurata, dal punto di vista reumatologico, sarebbe capace di continuare a lavorare in un'attività leggera (STF B 62/01 del 24 giugno 2002). Una relazione stretta materiale deve per contro essere ammessa tra i dolori lombari sopraggiunti durante l'affiliazione all'istituto di previdenza e che sono all'origine di un'inabilità lavorativa duratura, e un malfunzionamento rilevante della capacità di controllare i dolori, che ha infine provocato l'invalidità, nel caso in cui tale malfunzionamento era stato diagnosticato in occasione di esami poco dopo la sopravvenienza dell'incapacità lavorativa e aveva già avuto un'influenza importante sul corso della malattia durante il rapporto di previdenza. Ciò può risultare dal fatto che non vi sia alcun indizio per il quale le malattie psichiche non hanno alcun rapporto con il danno alla salute di natura somatica causante il pregiudizio alla capacità lavorativa durante il rapporto di assicurazione (STF B 41/05 del 30 novembre 2005 cit. in Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 26). In una pronuncia del 3 maggio 2006 la massima Corte federale ha per esempio negato il nesso materiale e temporale tra una sintomatologia somatica e somatoforme e la susseguente depressione invalidante, manifestatasi in modo rilevante sulla capacità lavorativa solo dopo il rapporto previdenziale (STF B 73/05; cfr. Vetter-Schreiber, op. cit., all'art. 23 n. 34, pag. 95 con riferimento a STF B 73/05 del 3 maggio 2006; riportata anche da Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 28, pag. 361). Analogamente il Tribunale federale aveva concluso che andava chiaramente distinto tra la sindrome del dolore cronico (Schmerzstörung) quale affezione indipendente da un lato, e i dolori somatici riconducibili a delle fratture di costole, dall'altro (DTF 9C-330/2008 del 4 settembre 2008). Se era vero che l'incidente subito dall'assicurato andava considerato la causa scatenante di tutti i suoi problemi di salute, determinante era comunque soltanto se l'attuale, invalidante problema psichiatrico era stato anche causa di un'incapacità lavorativa durante il rapporto previdenziale (cfr. DTF 9C-928/2008 del 3 marzo 2009 consid. 3.2; cfr. anche Vetter-Schreiber, op. cit., all'art. 23 n. 34 pag. 95). 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 Nr. 18 pag. 69segg). Per quanto riguarda gli assicurati attivi solo parzialmente, l'obbligo prestativo dell'istituto di previdenza si decide, in applicazione dei susposti 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

ricondere alla stessa causa che aveva portato all'inabilità lavorativa, responsabile per la prestazione d'inabilità 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'inabilità 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'inabilità 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 ininterrotto 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; STF 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'inabilità (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; STF 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'inabilità (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 STF 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).

2.7. Il Regolamento, prima parte, piano di previdenza AL (Disoccupati), in vigore dal 1. gennaio 2008 (doc. XXII/9), della Fondazione CV 1, alla quale, come dianzi anticipato (cfr. consid. 2.3), è affidata l'attuazione dell'assicurazione obbligatoria per la previdenza professionale per i beneficiari d'indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione (art. 2 e 60 LPP; cfr. anche l'Ordinanza sulla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati del 3 marzo 1997) conformemente alla LPP, con riferimento alle prestazioni in caso di invalidità, oltre all'esonero dal pagamento dei contributi, prevede, tra l'altro, quanto segue:

" (...) Art. 1 Cerchia delle persone assicurate 1 In questo Piano di previdenza possono essere assicurate le persone che ricevono indennità giornaliera dall'assicurazione contro la disoccupazione e che sono sottoposte all'assicurazione obbligatoria per i rischi d'invalidità e di decesso. 2 Non possono essere assicurate le persone che, dopo essere fuoriuscite dall'assicurazione obbligatoria, continuano il loro rapporto di previdenza a titolo facoltativo e hanno una copertura assicurativa pari almeno a quelle offerte dal presente Piano di previdenza. 3 L'obbligo assicurativo termina quando cessa il diritto alle indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione. Art. 2 Ammissione nella cerchia delle persone assicurate L'inizio della previdenza è fissato dall'art. 2 dell'Ordinanza sulla previdenza Art. 7 Rendita d'invalidità 1 La rendita d'invalidità in linea di massima giunge a scadenza contemporaneamente a quella d'invalidità dell'Al. 2 Per fissare l'ammontare della rendita d'invalidità, ci si basa sull'aver che comprende: a. l'aver di vecchiaia ai sensi dell'art. 15 cpv. 1 LPP maturato dalla persona assicurata prima dell'inizio di quest'assicurazione e b. la somma dei futuri accrediti di vecchiaia secondo la LPP, senza interessi, per gli anni mancanti dall'inizio dell'assicurazione fino all'età di pensionamento ai sensi dell'art. 3. 3 Se la persona assicurata è diventata invalida ai sensi dell'Al, l'ammontare della rendita d'invalidità viene calcolato in base a questo avere determinante e all'aliquota di conversione valida per questa persona all'età di pensionamento ai sensi dell'art. 5. Queste disposizioni sono applicabili a tutti i casi d'invalidità, per i quali l'evento assicurato è intervenuto dopo il 31 dicembre 2000. 5 L'obbligo di versare le prestazioni della

Fondazione termina quando il grado d'invalidità inferiore al 40%, al più tardi al raggiungimento dell'età di pensionamento o con il decesso della persona assicurata. (...)"

Inoltre, il Regolamento 2005, seconda parte (disposizioni generali), in vigore dal 1. gennaio 2005 (doc. XXII/11), applicabile alla fattispecie, prevede come segue: " (...) Sezione 2 Invalidità Art. 14 Presupposti Sussiste un diritto a prestazioni d'invalidità se le medesime sono assicurate secondo il Piano di previdenza e la persona assicurata a. è invalida almeno per il 40 per cento ai sensi dell'Al e al subentrare dell'incapacità lavorativa, la cui causa ha portato all'invalidità, era assicurata presso la Fondazione; b. in seguito a un'infermità congenita all'inizio dell'attività lucrativa presentava un'incapacità lavorativa fra il 20 e il 40 per cento e all'aumento dell'incapacità lavorativa, la cui causa ha portato all'invalidità, era assicurata almeno al 40 per cento; c. è diventata invalida quando era minorenni (art. 8 cpv. 2 della Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, LPGa) e pertanto all'inizio dell'attività lucrativa presentava un'incapacità lavorativa fra il 20 e il 40 per cento e all'aumento dell'incapacità lavorativa, la cui causa ha portato all'invalidità, era assicurata almeno al 40 per cento. Art. 16 Ammontare della rendita d'invalidità 1 L'ammontare della rendita d'invalidità si basa sulle indicazioni riportate nel Piano di previdenza. 2 Le rendite d'invalidità dipendono dal grado d'invalidità. Un grado d'invalidità pari => al 70% e più dà diritto a una rendita intera; => del 60% almeno, ma inferiore al 70%, dà diritto a tre quarti di rendita; => del 50% almeno, ma inferiore al 60%, dà diritto a mezza rendita; => del 40% almeno, ma inferiore al 50%, dà diritto a un quarto di rendita; => inferiore al 40% non dà alcun diritto. Art. 18 Inizio e fine del diritto alle prestazioni 1 L'obbligo di prestazione inizia al termine del periodo d'attesa stabilito nel Piano di previdenza, tuttavia non prima che siano terminati eventuali versamenti dell'assicurazione d'indennità giornaliera, la quale è finanziata per metà almeno dall'azienda affiliata e versa almeno l'80 per cento del salario perso. 2 Il diritto alle prestazioni si estingue se il grado d'invalidità è inferiore al 40%, al più tardi tuttavia al decesso della persona assicurata. Nel caso delle persone assicurate assoggettate alla previdenza obbligatoria ai sensi dell'art. 2 cpv. 3 LPP o che continuano la previdenza a titolo facoltativo ai sensi dell'art. 47 cpv. 2 LPP, il diritto alla rendita d'invalidità si estingue al più tardi al raggiungimento dell'età di pensionamento. (...). Sezione 4 Disposizioni comuni Art. 25 Coordinamento 1 La fondazione riduce le prestazioni per i superstiti e d'invalidità nella misura in cui, aggiunte ad altri redditi conteggiabili, superano il 90 per cento del guadagno presumibilmente perso. 2 Sono considerati redditi conteggiabili le prestazioni di natura e scopo affine che vengono versate alla persona avente diritto sulla base dell'evento danneggiante, quali le rendite o le prestazioni in capitale al loro valore di conversione in rendite provenienti da assicurazioni sociali e da istituti di previdenza svizzeri ed esteri, ad eccezione degli assegni per grandi invalidi, delle indennità per menomazioni dell'integrità e di prestazioni analoghe. Ai beneficiari di prestazioni d'invalidità viene inoltre computato il reddito di lavoro o il reddito sostitutivo conseguito o ancora conseguibile. 3 I redditi della vedova o del vedovo nonché quelli degli orfani sono conteggiati insieme. 4 L'avente diritto alle prestazioni deve informare la fondazione in merito a tutti i redditi conteggiabili. 5 Se la situazione subisce cambiamenti fondamentali la fondazione può in qualsiasi momento verificare i presupposti e l'entità di una riduzione e adeguare le sue prestazioni. 8 Inoltre la fondazione può ridurre proporzionalmente le sue prestazioni d'invalidità e per i superstiti se a. l'AVS/Al riduce, revoca o rifiuta le sue prestazioni, perché la persona avente diritto ha cagionato il decesso o l'invalidità per colpa grave oppure si oppone a un provvedimento d'integrazione dell'Al; b. l'assicurazione contro gli infortuni o l'assicurazione militare

riduce, revoca o rifiuta una prestazione, perché l'avente diritto ha cagionato l'evento assicurato per colpa grave; c. l'assicurazione sociale estera riduce, revoca o rifiuta una prestazione, perché l'avente diritto ha cagionato l'evento assicurato per colpa grave.” (doc. 7/11) Dal tenore di queste norme emerge che il concetto di invalidità del disciplinamento regolamentare della Fondazione convenuta coincide con quello della LPP e, quindi, della LAI. Non è d'altra parte nemmeno prevista una regolamentazione divergente dell'art. 23 LPP, anzi l'art. 14 ne conferma i principi, ragione per cui la suesa posta giurisprudenza sviluppata su questa norma è in concreto applicabile (cfr. DTF 123 V 262).

2.8. Ritenuto come l'accertamento dell'esistenza della causalità materiale o temporale (ai sensi della giurisprudenza sviluppata nell'ambito dell'art. 23 LPP; cfr. consid. 2.4 e 2.6) tra le affezioni che hanno portato al riconoscimento del diritto alla mezza rendita AI dal mese di ottobre 2017 e le patologie insorte durante l'affiliazione alla Fondazione convenuta non rientra negli accertamenti e nelle 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, a questo riguardo gli organi della previdenza professionale possono esaminare i presupposti della pretesa liberamente (cfr. consid. 2.5).

2.9. Dall'incarto AI richiamato agli atti, per quanto qui d'interesse, emerge quanto segue.

2.9.1. A seguito della domanda di prestazioni del 14 settembre 2010, con la quale l'assicurato indicava quale danno alla salute unicamente i postumi somatici dell'infortunio del 24 marzo 2010 (doc. AI pag. 12), l'Ufficio AI, dopo aver interpellato i medici curanti, ha concluso che, a dipendenza delle problematiche residue al bacino e agli arti, sulla base anche delle conclusioni della \_\_\_\_\_, l'assicurato era da considerare completamente inabile al lavoro dal momento dell'incidente. Nell'Annotazione 8 giugno 2011 in effetti il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, precisato che “ a llo stato attuale non vi sono documentate patologie extra-infortunistiche con influo sulla CL ”, ha concluso per un'inabilità lavorativa completa dal 25 marzo 2010 per le diagnosi con influo sulla capacità lavorativa di: “ (...) Stato dopo Frattura acetabolare posteriore con lussazione dell'anca sinistra su trauma da collisione Stato dopo Frattura multiframmentaria dell'astragalo destro Stato dopo Frattura con avulsione di piccoli frammenti ossei a livello del margine postero-inferiore dell'osso cuboide destro Stato dopo Frattura non dislocata di tipo Weber A del malleolo laterale destro Stato dopo Riposizione chiusa della lussazione posteriore dell'anca sinistra il 24.03.2010 Stato dopo Osteosintesi parete posteriore con placche (02.04.2010) Terapia conservativa per la frattura al piede destro” (doc. AI 34) Ritenuto come egli risultasse ancora in cura, l'Ufficio AI, con decisione del 28 ottobre 2011, gli ha riconosciuto una rendita intera d'invalidità “ provvisoria ” dal 1. marzo 2011 (doc. AI 44). Nel novembre 2011 l'amministrazione ha avviato una revisione della prestazione. Dal richiamo della relativa documentazione, è risultato che la \_\_\_\_\_, con decisione su opposizione del 6 luglio 2012, per i postumi dell'incidente del 24 marzo 2010, aveva considerato l'assicurato nuovamente abile in un'attività idonea dal giugno 2011, con un conseguente grado di invalidità del 9% (doc. AI 54, 57 e 66). Sia detto di transenna che tale decisione, inizialmente parzialmente riformata da questo TCA con pronuncia dell'11 luglio 2013 (STCA 35.2012.64), è infine stata integralmente confermata dal Tribunale federale mediante sentenza del 20 febbraio 2014 (STF 8C\_671/2013). Dagli atti è pure emerso che dal 24 febbraio 2011 l'assicurato è stato preso in cura dal \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. AI pag. 137). L'Ufficio AI ha quindi interpellato l'ortopedico curante dr. \_\_\_\_\_ (per il quale l'assicurato era abile al 50% in un'attività adeguata; cfr. certificato 21 giugno 2012, doc. AI 65), la curante dr.ssa \_\_\_\_\_, internista (doc. AI 79), il dr. \_\_\_\_\_ del

\_\_\_\_\_ , il quale, nel rapporto del 13 agosto 2012 (completato in data 2 gennaio 2013), posta la diagnosi invalidante di “ Sindrome posttraumatica da stress (F43.1)”, ha concluso ritenendo l’assicurato completamente inabile (cfr. doc. AI 67, 75). L’Ufficio AI ha quindi fatto esperire una perizia psichiatrica dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ , la quale, con referto 12 maggio 2015, posta la diagnosi invalidante di “ Episodio depressivo medio sviluppatosi da un disturbo da disadattamento (ICD 10 F 32.1), in remissione completa ” ha concluso che in qualsiasi attività lavorativa l’assicurato era da considerare dal 24 febbraio 2011, data della presa a carico al \_\_\_\_\_ , inabile completamente, dal 18 giugno 2013 (interruzione della presa a carico psichiatrica) nella misura del 50% e dal 28 aprile 2015 (valutazione peritale) nella misura del 20% (doc. AI 99). Alla luce delle nuove certificazioni dell’ortopedico curante (per il quale l’assicurato, a motivo dell’artrosi post traumatica all’anca sinistra in esiti di osteosintesi all’acetabolo, era nuovamente inabile in misura completa, doc. AI 106, 107), l’amministrazione ha incaricato il dr. \_\_\_\_\_ , specialista in reumatologia, di peritare l’assicurato. Nella perizia del 1. giugno 2016 il dr. \_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di: " 7.1 con ripercussioni sulla capacità lavorativa • Coxalgia sinistra su/con: o Incidente della circolazione del 24.03.2010 con lussazione e frattura posteriore dell'anca sinistra o Stato dopo riposizione chiusa il 24.03.2010 o Stato dopo osteosintesi parete posteriore sinistra con due placche Matta il 02.04.2010 o Iniziale coxartrosi • Moderata sindrome lombovertebrale su/con: o Carico in ergonomico sulla I diagnosi. 7.2 senza ripercussioni sulla capacità lavorativa • Stato dopo frattura dell'astragalo di ds il 24.03.2010 • Stato dopo frattura del piede ds trattato con scarpa di Allgöwer il 24.03.2010 • Frattura con avulsione di piccoli frammenti ossei a livello del margine postero-inferiore dell'osso cuboideo destro il 24.03.2010 • Ipertensione arteriosa trattata • Episodio depressivo medio sviluppatosi da un disturbo di disadattamento in remissione completa.” e in merito alla capacità lavorativa ha concluso: " (...) Per quanto concerne il precedente lavoro di operaio, che descriveremmo come pesante, il paziente presenta un’inabilità lavorativa del 100% dal giorno dell’incidente, 24.03.10, diverso è quanto concerne un’attività veramente leggera, dove il paziente non debba sollevare più di 10kg, dove possa cambiare postura di tanto in tanto, stare seduto per non più di un paio di ore, non debba camminare per più di 100 metri o salire scale a pioli il paziente è abile in maniera completa. Fa stato da questo punto di vista la visita di chiusura della \_\_\_\_\_ , che può anche essere usata come data della ripresa dell’abilità lavorativa in ambito leggero fissata dal dr. \_\_\_\_\_ il 01.06.2011. Ricordo che tale valutazione è stata oggetto di ricorso dalla parte del paziente, il Tribunale Federale delle Assicurazioni ha poi dato ragione alla \_\_\_\_\_ .” Richiesto sull’attività adatta, nella quale aveva una capacità piena, si è così espresso: " Un'attività adeguata è quella dove il paziente possa cambiare a volte postura, dove non debba stare seduto per più di 2 ore, dove non debba camminare per più di 100 metri, dove non debba stare in piedi continuamente per più di mezz'ora, dove non debba lavorare in anteflessione o inginocchiato; dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg. Non presenta invece limitazioni per quanto concerne lavori di precisione con gli arti superiori, è in grado qui anche di eseguire lavori medio-pesanti, basta che possa stare seduto; in questi lavori presenta una capacità del 100%.” Il perito ha ancora osservato che il paziente presentava “ importanti discrepanze durante tutto l’esame” e ha quindi condiviso il parere dei colleghi della Clinica di \_\_\_\_\_ , per i quali l’assicurato presentava un’importante esacerbazione soggettiva dei dolori, rispetto ad un esame oggettivo blando (doc. AI 121). Quanto alla situazione psichiatrica, l’amministrazione ha incaricato il \_\_\_\_\_ di una nuova valutazione peritale. Con referto 8 giugno 2016 la

dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di “ Episodio depressivo medio sviluppatosi da di un disturbo da disadattamento (ICD 10 F 32.1), in remissione incompleta”, concludendo quanto segue: " Per quanto riguarda la CL, si confermano le conclusioni della valutazione del 2015 ovvero che nella sua precedente professione o in qualsiasi attività medico teorica la capacità lavorativa per i soli aspetti psichiatrici sia nulla a partire dal 24.02.2011, data della presa a carico al \_\_\_\_\_; successivamente dal 18 giugno 2013 la capacità lavorativa risulta ridotta al 50% intesa come orario ridotto (ovvero dalla data di interruzione della presa a carico psichiatrica) e del 80% intesa come orario ridotto dal 28.04.2015. Come casalingo non sono emerse difficoltà significative e quindi la capacità lavorativa appare completa. Il tentativo da parte della Sig.ra \_\_\_\_\_ di attivare l'assicurato in un provvedimento di integrazione con un'iniziale accertamento professionale si è scontrato a mio avviso con una resistenza rispetto ad una sua attivazione in un assicurato che ormai da anni è uscito dal ritmo produttivo e non per un peggioramento del quadro psichiatrico. La prognosi appare incerta poiché egli gode da 4 anni di una rendita intera e vi è una assente motivazione verso una ripresa lavorativa.” (doc. AI 122) Alla luce di queste conclusioni, visto il rapporto finale del 2 marzo 2017 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ - il quale ha condiviso le conclusioni peritali, e quindi, ammesse le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ episodio depressivo medio sviluppatosi da di un disturbo da disadattamento in remissione completa, coxalgia sinistra su Incidente della circolazione del 24.03.2010 con lussazione e frattura posteriore dell'anca sinistra sottoposta a riposizione chiusa, esiti di osteosintesi della parete posteriore sinistra con due placche Matta il 02.04.2010, moderata sindrome lombovertebrale” , concluso per un'inabilità lavorativa in ogni attività dal 24 aprile 2010, ma una ripresa in attività leggere adeguate di una capacità lavorativa del 50% dal 18 giugno 2013 e dell'80% dal 28 aprile 2015, ritenuta adeguata “ un attività che permetta all'assicurato di cambiare posizione, che non lo costringa a stare seduto per più di due ore ” (doc. AI 126) - l'amministrazione ha interpellato il consulente professionale, il quale, con rapporto del 21 giugno 2017, appurata la possibilità di reperire un'attività adeguata al suo stato di salute semplice e ripetitiva da esercitare nella misura dell'80%, ha individuato le varie attività esigibili e ha stabilito, mediante il consueto confronto dei redditi, un grado di invalidità del 32% (doc. AI 129). Di conseguenza l'amministrazione, con decisione 11 settembre 2017, ha soppresso la rendita, statuendo come segue: " (...) Esito degli accertamenti : In novembre 2011 il nostro ufficio ha effettuato una revisione d'ufficio. Dalla documentazione medica acquisita all'incarto, con particolare riferimento alla perizia esperita \_\_\_\_\_, risulta che lo stato di salute dell'assicurato ha beneficiato di un miglioramento, il quale gli ha comportato una capacità al lavoro del 50% in attività adeguate dal 18.06.2013 al 27.04.2015 e dell'80% sempre in attività adeguate dal 28.04.2015 in avanti. Nell'abituale attività lavorativa la totale incapacità al lavoro continua. A tale proposito abbiamo provveduto ad effettuare il raffronto dei redditi per determinare il grado d'invalidità dal 28.04.2015 in avanti. Riconoscendo che il confronto dei redditi dovrebbe avvenire nell'anno 2017, non avendo i dati statistici aggiornati, si effettua il calcolo per l'anno 2015. Salario da valido Al momento dell'insorgenza del danno alla salute l'assicurato era iscritto in disoccupazione alla ricerca di un'attività lavorativa, quindi per determinare il reddito da valido si fa riferimento alle tabelle statistiche RSS (tabella TA1 - attività semplici e ripetitive, valore mediano). L'assicurato sarebbe pertanto stato in grado di percepire un salario annuo di fr. 66'945.- per il 2015. Salario da invalido In conformità della vigente giurisprudenza, in considerazione del fatto che la gamma di attività esigibili è

piuttosto vasta, al fine di determinare il reddito da invalido di un assicurato possibile far riferimento ai rilevamenti statistici ufficiali (tabelle RSS), editi periodicamente dall'Ufficio federale di statistica. A seguito della vigente sentenza del TCA del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La presente giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica l'assicurato nel 2015 avrebbe potuto realizzare un salario annuo di fr. 66'945 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Su quest'importo può essere operata una riduzione fino ad un massimo del 25% ad assicurati che, a causa della particolare situazione personale e professionale, non possono mettere a frutto la loro capacità di guadagno residua e che pertanto non riescono a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato. Con una capacità al lavoro dell'80% e con diminuzione del 15% per attività leggere e altri fattori di riduzione, il salario da invalido è di fr. 45'523.--. Grado d'invalidità Dal raffronto fra il reddito da valido (66'945) e quello da invalido (45'523) risulta una perdita di guadagno del 32%. Essendo il grado d'invalidità inferiore al 40%, il diritto alla rendita non esiste. Misure d'ordine professionale, volte al conseguimento di una qualifica di base, non risultano attuabili. Si resta a disposizione, su specifica richiesta, per un aiuto al collocamento. Decidiamo pertanto : La soppressione della rendita è effettiva dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione.” (doc. A) Il ricorrente ha contestato questa decisione di fronte al TCA, il quale, mediante pronuncia dell'8 giugno 2018 - cresciuta incontestata in giudicato e quindi vincolante - ha condiviso la necessità di effettuare un'ulteriore e più approfondita valutazione psichiatrica, annullando quindi la decisione contestata e rinviando l'incarto all'Ufficio AI per espletare ulteriori accertamenti psichiatrici (inc. STCA 32.2017.168). Secondo il TCA, se di principio andavano confermate le conclusioni tratte dalla perizia psichiatrica dell'8 giugno 2016 della dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ – per la quale per la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ Episodio depressivo medio sviluppatosi da un disturbo da disadattamento (ICD 10 F 32.1), in remissione incompleta” , andava confermata la valutazione del 2015 e, quindi, la conclusione per cui nella sua precedente professione o in qualsiasi attività idonea, la capacità lavorativa, per i soli aspetti psichiatrici, era da considerare nulla a partire dal 24 febbraio 2011, data della presa a carico al \_\_\_\_\_, del 50% dal 18 giugno 2013 (ovvero dalla data di interruzione della presa a carico psichiatrica) e in seguito, dal 28 aprile 2015, dell'80% (doc. AI 122) – alla luce del certificato del 25 ottobre 2017 dello psichiatra curante (per il quale l'assicurato, che dopo l'infortunio del marzo 2010 aveva sviluppato “ nel tempo ” “ una forte sintomatologia ansiosa, secondaria al trauma dell'incidente ”, negli ultimi mesi aveva fatto segnare “ un progressivo peggioramento del suo stato di salute, con una riesacerbazione ansiosa e depressiva, sicuramente legata a situazioni spiacevoli avvenute nel suo contesto familiare ” con una conseguente inabilità completa, doc. D) -, anche tenuto conto del parere del dr. \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR (cfr. l'Annotazione 7 novembre 2017, doc. VII/2), era necessario procedere ad una valutazione di decorso tramite il \_\_\_\_\_, apparendo ipotizzabile un'evoluzione delle condizioni psichiche verosimilmente antecedente alla decisione contestata. Per quanto concerneva invece l'aspetto somatico , secondo il TCA la documentazione medica prodotta dall'assicurato e in particolare le certificazioni del dr. \_\_\_\_\_ e della dr.ssa \_\_\_\_\_ non permettevano di scostarsi dalle motivate e approfondite conclusioni peritali del dr. \_\_\_\_\_ - per il quale, poste le diagnosi c on

ripercussioni sulla capacità lavorativa di Coxalgia sinistra, Moderata sindrome lombovertebrale, se l'assicurato era da considerare inabile nel precedente lavoro di operaio dal giorno dell'incidente, in un'attività adatta leggera, vale a dire rispettosa delle limitazioni funzionali elencate, egli era da considerare abile in maniera completa dalla data della visita di chiusura della \_\_\_\_\_ - alla cui valutazione, rispecchiante tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza, andava attribuita forza probatoria piena ai sensi della giurisprudenza, avendo fondato le sue conclusioni su indagini approfondite e essendo giunta a risultati concludenti, e non sussistendo indizi concreti che ne mettano in causa la credibilità (cfr. STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Questo anche sulla base delle accurate prese di posizione del medico SMR del 6 e 7 novembre 2017 e 8 gennaio 2018 (cfr. VII/1 e 2, XV/1) . Secondo il TCA le certificazioni dell'ortopedico curante dr. \_\_\_\_\_, in assenza di nuovi reperti radiografici, e di correlazioni clinico-strumentali, quindi di nuove diagnosi di certezza codificate secondo ICD, non erano in grado di modificare le conclusioni tratte dal dr. \_\_\_\_\_ nella perizia del 1. giugno 2016. Non emergendo quindi dalla documentazione prodotta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale, per quanto concerneva l'aspetto somatico la situazione appariva sufficientemente chiarita sulla base dell'approfondita e ben motivata perizia del dr. \_\_\_\_\_ che aveva concluso per un'abilità completa in attività idonee (dal 1 giugno 2011), osservato altresì che le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ si erano allineate a quelle tratte dalla \_\_\_\_\_ (cfr. da 68 e 115 atti SUVA). Il TCA ha quindi annullato la decisione impugnata ritenendo necessario approfondire l'aspetto psichiatrico, non invece quello somatico.

2.9.2 Alla luce del rinvio statuito dal TCA, l'amministrazione ha fatto eseguire una nuova valutazione psichiatrica dal \_\_\_\_\_, il quale, con perizia del 19 dicembre 2018, posta quale diagnosi invalidante quella di " Episodio depressivo di media gravità (F32.1)", ha espresso le considerazioni seguenti : " Dopo la precedente valutazione psichiatrica il decorso dell'episodio depressivo allora diagnosticato è rimasto stabile fino a settembre 2017 quando, soprattutto dopo il decesso dello suocero a cui era molto legato, preceduto di alcuni mesi dalla morte e padre, l'assicurato ha iniziato a manifestare deflessione timica, chiusura, abreazioni emotive, irritabilità e disturbi del sonno con incubi. Dopo la dimissione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del novembre 2018, il cui quadro all'ingresso era sovrapponibile a quanto apprezzato nel primo colloquio peritale, è rimasto sostanzialmente invariato nonostante ormai da più di un mese fosse stata introdotta una nuova molecola antidepressiva. L'assicurato continua a riferire momenti di angoscia in cui compare irritabilità e disforia anche in famiglia." In merito alla capacità lavorativa ha quindi concluso: " 8.1 CL nell'attività abituale ed adeguata A partire dal settembre 2017, a causa di una recrudescenza depressiva che ha riportato il quadro sui livelli di gravità media dell'unico episodio depressivo mai in precedenza andato completamente incontro a remissione, si stima una CL del 50% in ogni attività (orario ridotto) per motivi psichiatrici. In precedenza invece la CL era sovrapponibile a quanto valutato dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ nella sua perizia del maggio 2015. 8.2 CL in attività assimilabile a quella di casalinga Anche nella gestione delle attività domestiche l'assicurato, che pure qualche volta riferisce di prepararsi da mangiare e di fare minimi lavoretti di manutenzione compatibilmente con le limitazioni somatiche, necessita di essere stimolato dalla moglie e aiutato dai figli nella gestione della burocrazia. La limitazione nelle attività domestiche è stimabile sul piano medico teorico in un 20% (CL 80%). 8.3 Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussione sulla CL Non ritengo che misure di reintegrazione professionale potrebbero migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato mentre, attraverso l'implementazione di una

farmacoterapia antidepressiva è molto probabile che l'assicurato possa ottenere un miglioramento del quadro clinico valetudinario nell'arco di 12 mesi e con esso un ripristino di una CL dell'80% pari a quanto stimato dal precedente perito.

#### 8.4 Domande inerenti il caso specifico

##### 8.4.1 Revisione Rispetto alla situazione documentata agli atti nella perizia del maggio 2015 e del giugno 2016 della Dr.ssa \_\_\_\_\_, soltanto a partire dal settembre 2017 si è assistito ad un peggioramento del quadro clinico valetudinario. Sono da allora soddisfatti i criteri per porre diagnosi di un episodio depressivo di media gravità che hanno un impatto negativo sul funzionamento lavorativo dell'assicurato stimabile al massimo in un 50% in ogni attività.” (doc. AI pag. 508)

Sulla base di questa valutazione, fatta integralmente propria dal SMR nella valutazione del 30 gennaio 2019 (doc. AI pag. 509), interpellato il consulente professionale che ha proceduto al confronto dei redditi stante una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate dal settembre 2017, l'Ufficio AI, con decisione del 29 aprile 2019, ha attribuito una mezza rendita d'invalidità dal 1. ottobre 2017 (grado invalidità del 58%), come segue: " Esito degli accertamenti: A seguito della sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni (TCA) dell'08.06.2018 la decisione dell'11.09.2017 di soppressione della rendita d'invalidità con effetto 01.11.2017 è stata annullata e gli atti retrocessi al nostro Ufficio per effettuare ulteriori accertamenti, qui di seguito vengono esposti gli accertamenti del caso: Dalla documentazione medica acquisita all'incanto, con particolare riferimento alla perizia esperita al \_\_\_\_\_, risulta che lo stato di salute dell'assicurato ha beneficiato di un miglioramento, il quale gli ha comportato dal 18.06.2013 al 27.04.2015 una capacità al lavoro del 50% in attività adeguate mentre nell'attività abituale era presente una totale incapacità al lavoro. Dal 28.04.2015 al 31.08.2017 era presente una capacità al lavoro dell'80% in attività adeguate mentre nell'attività abituale era presente una totale incapacità al lavoro. Dal 01.09.2017 è presente una capacità al lavoro del 50% in attività adeguate mentre nell'attività abituale la totale incapacità al lavoro continua. A tale proposito abbiamo provveduto ad effettuare il raffronto dei redditi per determinare il grado d'invalidità dal 01.09.2017 in avanti. Riconoscendo che il confronto dei redditi dovrebbe avvenire nell'anno 2017, non avendo i dati statistici aggiornati, si effettua il calcolo per l'anno 2016. Salario da valido Al momento dell'insorgenza del danno alla salute l'assicurato era iscritto in disoccupazione alla ricerca di un'attività lavorativa, quindi per determinare il reddito da valido si fa riferimento alle tabelle statistiche RSS (tabella TA1 - attività semplici e ripetitive, valore mediano). L'assicurato sarebbe pertanto stato in grado di percepire un salario annuo di Fr. 67148 per il 2016. Salario da invalido In conformità della vigente giurisprudenza, in considerazione del fatto che la gamma di attività esigibili è piuttosto vasta, al fine di determinare il reddito da invalido di un assicurato possibile far riferimento ai rilevamenti statistici ufficiali (tabelle RSS), editi periodicamente dall'Ufficio federale di statistica. A seguito della vigente sentenza del TCA del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La presente giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica l'assicurato nel 2016 avrebbe potuto realizzare un salario annuo di Fr. 67'148 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Su quest'importo può essere operata una riduzione fino ad un massimo del 25% ad assicurati che, a causa della particolare situazione personale e professionale, non possono mettere a frutto la loro capacità di guadagno residua e che pertanto non riescono a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato. Con una

capacità al lavoro del 50% e con diminuzione del 15% per attività leggere e altri fattori di riduzione, il salario da invalido è di Fr. 28'538.--. Grado d'invalidità Dal raffronto fra il reddito da valido (67'148) e quello da invalido (28'538) risulta una perdita di guadagno del 58%. Di conseguenza non è più giustificata l'erogazione di una rendita intera d'invalidità. Misure d'ordine professionale, volte al conseguimento di una qualifica di base, non risultano attuabili. Si resta a disposizione, su specifica richiesta, per un aiuto al collocamento. Decidiamo pertanto: Dal 01.10.2017 l'assicurato ha diritto ad una mezza rendita d'invalidità con un grado del 58%. (...)” (doc. AI pag. 532) La prestazione è in seguito stata confermata dopo una revisione effettuata nel febbraio 2020 (comunicazione del 22 maggio 2020, doc. AI pag. 586). Alla luce dell'attribuzione di una mezza rendita AI anche dopo il 1. ottobre 2017, l'assicurato si è quindi rivolto alla fondazione convenuta, postulando il versamento di una rendita LPP anche dopo il 31 ottobre 2017. Visto il diniego da parte della Fondazione, l'interessato ha adito la presente Corte. 2.10. Come accennato (cfr. consid. 2.4 e 2.6), 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. Dalle risultanze mediche sopra esposte (cfr. consid. 2.9) risulta che l'attore soffre di diverse patologie: somatiche (esiti postinfortunistici quali il trauma al bacino e la frattura al piede destro) e psichiatriche (episodio depressivo di media gravità F32.1). Occorre quindi stabilire per quali di queste affezioni alla salute e per la relativa inabilità lavorativa la Fondazione potrebbe essere chiamata a versare una rendita LPP. Di transenna sia ricordato nuovamente che l'assicurato è stato assicurato presso la Fondazione convenuta nel periodo in cui egli ha percepito le indennità giornaliere di disoccupazione, vale a dire dal 1. dicembre 2008 al 26 marzo 2010 (doc. 7/1, 7/2 e 7/3), e quindi anche nel momento in cui egli è stato vittima dell'incidente automobilistico del 24 marzo 2010. Del resto la Fondazione, conformemente a quanto stabilito dall'AI mediante la decisione del 28 ottobre 2011 (in base alla quale l'assicurato a dipendenza delle affezioni somatiche conseguenti all'incidente del 24 marzo 2010 era inabile in misura completa in ogni attività dal giorno dell'incidente; doc. AI 44), gli ha pure riconosciuto una rendita intera di invalidità, versatagli quindi, tenuto conto della sovrassicurazione, dal 1. aprile 2012 (doc. 7/1, 4, 5, 7). La prestazione d'invalidità è quindi stata soppressa dalla Fondazione convenuta a far tempo dal 1. novembre 2017, a seguito delle conclusioni cui era giunta l'AI con la decisione (poi annullata dal TCA mediante pronuncia dell'8 giugno 2018) dell'11 settembre 2017 (facente testo di una ritrovata abilità lavorativa completa in attività adeguate per motivi somatici e di un'inabilità del 20% per motivi psichici e un conseguente grado di invalidità, non pensionabile, del 32%; cfr. doc. AI e sopra per esteso al consid. 2.9.1). In concreto, osservato che affinché la Fondazione sia nuovamente tenuta a versare una prestazione d'invalidità a far tempo dal 1. novembre 2017 (analogamente all'AI che, mediante decisione del 29 aprile 2019, dal mese di ottobre 2017 ha riconosciuto all'assicurato il diritto a una mezza rendita in sostituzione della prestazione intera versata sino a quel momento) occorre che l'incapacità di lavoro che la motiva deve essersi manifestata in misura rilevante (almeno del 20%) in un momento in cui l'attore era ancora assicurato presso la Fondazione (ovvero fino al 26 marzo 2010, momento in cui egli ha terminato di percepire le indennità di disoccupazione; cfr. l'art. 1 del Regolamento della fondazione, doc. XXV/1 e consid. 2.7), questo Tribunale rileva quanto segue. 2.10.1. Incontestatamente le diagnosi somatiche tuttora presenti e attestate dal rapporto SMR del 31

gennaio 2019 (“Coxalgia sinistra su incidente della circolazione del 24 marzo 2010 con lussazione e frattura posteriore dell’anca sinistra sottoposta a riposizione chiusa, Esiti di osteosintesi della parete posteriore sinistra con due placche il 2 aprile 2010, Moderata sindrome lombovertebrale”, doc. AI pag. 510) costituiscono affezioni insorte in relazione all’incidente della circolazione del marzo 2010 e alle lesioni ivi riportate (segnatamente le fratture all’anca sinistra, all’astragalo destro, all’osso cuboide destro, al malleolo laterale del piede destro; cfr. in esteso l’annotazione del SMR dell’8 giugno 2011, doc. AI pag. 102 e sopra al consid. 2.9.1), e, quindi, durante l’affiliazione dell’attore alla Fondazione. Per l’invalidità riconducibile a queste patologie, nella misura in cui essa giustifichi il diritto ad una rendita d’invalidità, la Fondazione è quindi, di principio, tenuta a corrispondere una rendita LPP. Del resto la convenuta non contesta tale circostanza. Questo Tribunale, per i motivi che seguono, tutto ben considerato e viste le risultanze mediche sopra riportate (cfr. consid. 2.9), deve constatare che se la rendita intera concessa dall’AI dal marzo 2011, mediante la decisione del 28 ottobre 2011, era motivata esclusivamente da tali affezioni somatiche (cfr. consid. 2.9.1), la mezza rendita AI riconosciuta con provvedimento del 29 aprile 2019 con effetto dal mese di ottobre 2017, a seguito della revisione della prestazione intrapresa nel novembre 2011, non è invece motivata dalle stesse, ma esclusivamente dall’inabilità causata dalle affezioni psichiatriche (cfr. consid. 2.9.2). Come è stato dianzi illustrato (cfr. consid. 2.9.1), nell’ambito della revisione avviata nel novembre 2011, l’Ufficio AI ha dato mandato al dr. \_\_\_\_\_, reumatologo, di effettuare una perizia reumatologica al fine di valutare l’evoluzione delle affezioni lamentate dall’assicurato e dei relativi effetti sulla capacità lavorativa. Nella perizia del 1. giugno 2016 il dr. \_\_\_\_\_, poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “Coxalgia sinistra, Iniziale coxartrosi, Moderata sindrome lombovertebrale”, aveva giudicato l’assicurato inabile in misura completa nel precedente lavoro di operaio, e meglio dal giorno dell’incidente del 24 marzo 2010. Per contro, in un’attività leggera, rispettosa delle limitazioni funzionali elencate, egli era da considerare abile in maniera completa, addirittura già a far tempo dalla visita di chiusura della \_\_\_\_\_ del 1. giugno 2011 (doc. AI 121). Queste conclusioni sono state condivise pienamente dal medico SMR nel rapporto finale del 2 marzo 2017 nel quale è stato quindi ammesso l’intervento di un miglioramento delle condizioni dal punto di vista somatico (doc. AI 126). L’intervento di un miglioramento delle condizioni somatiche con una conseguente inabilità lavorativa completa nell’attività svolta di operaio, ma un’abilità lavorativa piena in attività leggere adeguate, è stato confermato anche da questo TCA nella pronuncia, cresciuta in giudicato e per questo vincolante, dell’8 giugno 2018. Come esposto al consid. 2.9.1, questa Corte infatti, valutate le certificazioni del curante ortopedico dr. \_\_\_\_\_, sulla base anche di quanto osservato dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR (cfr. l’annotazione del 6 novembre 2017 per il quale in sostanza quanto allegato dal dr. \_\_\_\_\_, in assenza di nuovi reperti radiografici, e di correlazioni clinico-strumentali, quindi di nuove diagnosi certe codificate secondo ICD, non era in grado di modificare le conclusioni della perizia del dr. \_\_\_\_\_ e del rapporto finale del 2 marzo 2017 relativamente agli aspetti somatici; doc. VII e XV/1 inc. 32.2017.168; cfr. anche le annotazioni 7 novembre 2017 e 8 gennaio 2018), ha concluso che tali certificazioni (e del resto anche lo scritto della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 6 ottobre 2017) non permettevano di scostarsi dalle motivate e approfondite conclusioni peritali del 1. giugno 2016 del dr. \_\_\_\_\_, alla cui valutazione andava prestata integrale adesione. Di conseguenza, appare evidente che la mezza rendita d’invalidità riconosciuta dall’AI a far tempo dal 1. ottobre 2017 sulla base degli ulteriori accertamenti (psichiatrici) effettuati a seguito della

pronuncia di rinvio del TCA dell'8 giugno 2018, mediante decisione del 29 aprile 2019, è motivata da un'inabilità lavorativa essenzialmente psichiatrica, considerato come -diversamente che per le affezioni somatiche (per le quali era data una ritrovata capacità lavorativa completa in attività leggere adeguate in base alla perizia del dr. \_\_\_\_\_) - la perizia del \_\_\_\_\_ fatta eseguire dall'Ufficio AI aveva accertato l'intervento di un peggioramento a livello psichiatrico a far tempo dal settembre 2017 con un'inabilità lavorativa del 50% per motivi psichiatrici in ogni attività (con conseguente grado di invalidità del 58%; doc. AI pag. 532; cfr. consid. 2.9.2). Tale prestazione, poi confermata anche dopo la revisione effettuata nel febbraio 2020 (cfr. comunicazione del 22 maggio 2020, doc. AI pag. 586), è quindi stata erogata unicamente a dipendenza delle sole problematiche psichiatriche, non invece per quelle somatiche. D'altra parte, se è vero che, come sostanzialmente addotto dall'interessato nella sua petizione, egli è tuttora sofferente anche sul piano somatico in relazione alle conseguenze dell'incidente automobilistico del marzo 2010, tuttavia va osservato che le affezioni somatiche di cui egli soffre, in base agli accertamenti effettuati dall'AI e giudicati attendibili da questo Tribunale (cfr. la STCA 32.2017.168 dell'8 giugno 2018), non sono tali da giustificare, da sole, una rendita di invalidità AI (e di conseguenza della LPP) quantomeno oltre il mese di settembre 2017. In effetti, in base alle pertinenti conclusioni del perito dr. \_\_\_\_\_, a far tempo dal giugno 2011 l'assicurato andava sì considerato completamente inabile nella sua professione esercitata in precedenza, ma abile in misura totale in attività leggere e adeguate, ossia compatibili con le limitazioni descritte dallo specialista (doc. AI 121; cfr. sopra al consid. 2.9.1). Ora, volendo considerare tale inabilità lavorativa singolarmente, vale a dire indipendentemente da quella motivata dalle affezioni psichiatriche, dalla stessa non deriverebbe un grado di invalidità pensionabile. In effetti, procedendo al confronto dei redditi, sulla base dei dati salariali determinati in occasione della decisione del 29 aprile 2019 (cresciuta incontestata in giudicato; cfr. in esteso al consid. 2.9.2), per determinare il reddito da valido, considerato come al momento dell'insorgenza del danno alla salute l'assicurato era iscritto in disoccupazione, occorre riferirsi alle tabelle statistiche RSS (tabella TA1 - attività semplici e ripetitive, valore mediano), ammettendo quindi un salario annuo di fr. 67'148.- per il 2016. Per quanto riguarda il salario da invalido, facendo pure riferimento ai rilevamenti statistici ufficiali (tabelle RSS), e, quindi, ai valori nazionali (tabella TA1), nel 2016 l'assicurato avrebbe potuto realizzare il medesimo salario annuo di fr. 67'148 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Considerata una capacità lavorativa completa in tali attività, operata una riduzione del 15% per tener conto della necessità di effettuare solo attività leggere e altri fattori di riduzione (riduzione che secondo la giurisprudenza può essere riconosciuta ad assicurati che, a causa della particolare situazione personale e professionale, non possono mettere a frutto la loro capacità di guadagno residua e che pertanto non riescono a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato), come ammessa dall'Ufficio AI nella decisione del 29 aprile 2019, il salario da invalido ammonterebbe a fr. 57'075.80. Dal raffronto fra il reddito da valido (67'148) e quello da invalido (57'075.80) risulterebbe una perdita di guadagno del 15%. Essendo il grado d'invalidità inferiore al 40%, il diritto alla rendita non esisterebbe. A titolo abbondanziale va detto che il risultato non cambierebbe nemmeno qualora volessimo ammettere sul salario da invalido una riduzione nella percentuale massima consentita dalla giurisprudenza del 25%. In questo caso infatti al salario da valido di fr. 67'148 sarebbe da raffrontare un reddito da invalido di fr. 50'361 e ne risulterebbe una perdita di guadagno del 25%, comunque insufficiente per l'attribuzione di una rendita. Da quanto precede bisogna

concludere che a dipendenza dell'inabilità lavorativa da ricondurre alle affezioni somatiche successive all'incidente del 24 marzo 2010 di cui soffre l'attore, e per le conseguenze delle quali deve di principio rispondere la Fondazione convenuta, anche volendole considerare a sé stanti, ricordato che per il riconoscimento di prestazioni ai sensi degli artt. 23 e 24 LPP è necessario un grado d'invalidità di almeno il 40%, non vi è più diritto ad alcuna rendita di invalidità della previdenza professionale. Di conseguenza, dopo il 31 ottobre 2017, momento a partire dal quale in base agli accertamenti dell'AI non era più dato un grado di invalidità superiore al 40% a dipendenza delle affezioni somatiche postinfortunistiche, l'attore non ha più diritto ad alcuna rendita d'invalidità LPP. 2.10.2. Per quanto riguarda il danno alla salute psichica, sulla base di un'attenta valutazione degli atti all'inserto, questo TCA, secondo il grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (fra le tante: DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360), deve concludere che tale danno è insorto dopo il termine (26 marzo 2010) dell'affiliazione dell'attore alla Fondazione. In effetti, dagli atti dell'incarto AI non risulta che un medico (specialista e non), prima di tale data, abbia fatto anche il benché minimo accenno ad una problematica extra somatica. Nemmeno l'assicurato ne ha fatto menzione alcuna in sede di presentazione della domanda di prestazioni del 14 settembre 2010, nella quale ha indicato esclusivamente le problematiche somatiche successive ai traumi riportati in occasione dell'incidente del 24 marzo 2010 (doc. AI pag. 12). Neanche nei rapporti medici raccolti in evasione della domanda di prestazioni, segnatamente nel certificato del 14 ottobre 2010 del dr. \_\_\_\_\_ rispettivamente in quello della curante dr.ssa \_\_\_\_\_ del 23 ottobre 2010, viene fatta menzione di problematiche psichiche (doc. AI pag. 37 e 65). Il primo, peraltro vago, riferimento ad una problematica extra somatica, quantunque manifestamente non ancora con valenza patologica e tantomeno invalidante, viene fatto dall'assicurato di fronte al SMR il 27 ottobre 2010 laddove menziona un peggioramento dell'umore ("... il tono dell'umore si sta a tratti deflettendo verso il polo negativo a causa della patologia e della mancanza di un'attività lavorativa"; doc. AI pag. 77). Del resto, come esposto, l'attribuzione della rendita di invalidità intera a far tempo dal 1. marzo 2011 è stata attribuita, mediante decisione del 28 ottobre 2011, esclusivamente sulla base dell'inabilità lavorativa completa causata dalle sole affezioni somatiche (segnatamente " Stato dopo Frattura acetabolare posteriore con lussazione dell'anca sinistra su trauma da collisione, stato dopo Frattura multiframmentaria dell'astragalo destro, stato dopo Frattura con avulsione di piccoli frammenti ossei a livello del margine postero-inferiore dell'osso cuboide destro, stato dopo Frattura non dislocata di tipo Weber A del malleolo laterale destro, stato dopo Riposizione chiusa della lussazione posteriore dell'anca sinistra il 24.03.2010, stato dopo Osteosintesi parete posteriore con placche (02.04.2010), Terapia conservativa per la frattura al piede destro"; cfr. annotazione SMR 8 giugno 2011, doc. AI 34), come ben si evince dal rapporto SMR dell'8 giugno 2011, nel quale il dr. \_\_\_\_\_ ha espressamente precisato che " allo stato attuale non vi sono documentate patologie extra-infortunistiche con influo sulla CL " (doc. AI 34 e 40; cfr. consid. 2.9.1). È solo nell'ambito della revisione della prestazione avviata nel novembre 2011 che è emersa l'esistenza di problematiche psichiatriche, e meglio sulla base del certificato 27 aprile 2011 con i quali i medici del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ hanno certificato di avere in cura l'assicurato dal 24 febbraio 2011 (doc. AI pag. 137), vale a dire a quasi un anno di distanza dalla fine dell'assicurazione presso la convenuta. Come già anticipato (cfr. consid. 2.6), 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 Hürzeler, op. cit., ad art. 23 n. 24 pagg. 350-351). Nella fattispecie dagli atti all'inserto bisogna dedurre che il danno psichico legato alle diagnosi poste dai sanitari del \_\_\_\_\_, e meglio la "sindrome post-traumatica da stress F43.1" diagnosticata la prima volta dallo stesso \_\_\_\_\_ con la presa a carico dal febbraio 2011 (doc. AI pag. 197) ed evoluta in seguito in "Episodio depressivo medio sviluppatosi da un disturbo da disadattamento ICD10 F 32.1" (doc. AI pag. 247), non si è manifestato già durante il rapporto di previdenza. Non risulta in effetti che durante il periodo in cui l'attore era assicurato alla Fondazione sia stata mai posta una diagnosi psichiatrica e men che meno che sia stata attestata una qualsivoglia inabilità lavorativa a motivo di una diagnosi psichiatrica. Ai fini della valutazione dello stato psichico nell'ambito della revisione della prestazione avviata nel novembre 2011, sono state allestite due perizie psichiatriche da parte del \_\_\_\_\_. Nella prima, del 12 maggio 2015, la dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, poste le diagnosi di "Episodio depressivo medio sviluppatosi da un disturbo da disadattamento ICD10 F 32.1, in remissione completa", in merito all'anamnesi psicopatologica, si è espressa, tra l'altro, come segue: "(...)"

L'assicurato nega antecedenti psichiatrici maggiori fino al febbraio del 2011 quando inizia la presa a carico presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ su invio della sua Dr.ssa curante, \_\_\_\_\_. Il 24.03.2010 ha un infortunio della circolazione con uno scontro frontale mentre era alla guida della sua auto con un'altra auto. A seguito dell'incidente riporta una lussazione e frattura posteriore acetabolare a sinistra e una frattura del telo/piede destro con coinvolgimento dell'articolazione dell'osso navicolare, strappo osseo all'osso cuboide. Viene quindi ricoverato in urgenza dove si procede alla stabilizzazione della situazione e all'intervento di osteosintesi all'anca sinistra e una terapia conservativa per le fratture al piede destro. L'assicurato quindi nell'aprile/maggio 2010 viene ricoverato presso la Clinica di \_\_\_\_\_ dalla quale viene dimesso in buone condizioni fisiche generali e in uno stato di compensa cardiocircolatorio. Agli atti risulta che l'assicurato continua a riferire la persistenza di dolori a carico dell'anca sinistra che interessa anche il ginocchio durante il cammino. (...) A livello psichiatrico come detto sopra ha iniziato a essere seguito presso il servizio psicosociale di \_\_\_\_\_ dal 24.02.2011, su invio della Dr.ssa curante in seguito alla comparsa di disturbi del sonno e sintomatologia depressiva secondo i curanti verosimilmente legata all'incidente della strada avvenuto l'anno prima. Il servizio psicosociale di \_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 28.07.2011 indirizzato alla \_\_\_\_\_ riporta che l'assicurato lamentava la presenza di disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento e mantenimento) irritabilità, tensione endopsichica, pensieri intrusivi legati all'incidente, perdita dell'appetito, dolori nucali e soprattutto all'anca. Segnalavano inoltre che tendeva a evitare situazioni che evocavano l'incidente, manifestava preoccupazione sia a livello personale che familiare in relazione alle conseguenze dell'infortunio. Obiettivamente rilevavano una cura nella persona, una difficoltà nella relazione attribuita alla difficoltà nella lingua oltre che a una bassa scolarizzazione, sul piano cognitivo registravano difficoltà di concentrazione e di memoria verosimilmente secondarie con un tono dell'umore deflesso e associato a una discreta componente ansiosa

che lo lasciava in una condizione di passiva attesa, assenza di fenomeni asserenti alla sfera psicotica. La diagnosi quindi posta è stata di una sindrome post traumatica da stress, reazione mista ansiosa depressiva (ICD10:F43.22). Ha iniziato quindi a essere seguito con colloqui di sostegno finalizzati all'elaborazione del vissuto traumatico e alle conseguenze sulla propria qualità di vita e allo stesso tempo è stato iniziato un trattamento psicofarmacologico sebbene con una certa difficoltà dovuta alla diffidenza dell'assicurato verso i medicinali. Sono stati quindi introdotti vari antidepressivi e ipnotici che però non hanno sortito alcun effetto se non collaterale, richiedendone quindi la sospensione. Hanno quindi impostato una terapia con Duloxetina con cui hanno avuto una risposta parziale in particolare sull'irritabilità e sull'ansia, invariati invece i disturbi del sonno. Per tale quadro quindi ritenevano l'assicurato completamente inabile al lavoro. L'assicurato ha quindi sospeso i contatti con il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 18.06.2013 (su tale dato al colloquio l'assicurato A piuttosto vago). Riporta dapprima di essere seguito dal Dr. \_\_\_\_\_ presso il suo studio privato a \_\_\_\_\_, e di averlo visto l'ultima volta nell'ottobre scorso e di avere un prossimo appuntamento il 5 maggio prossimo (affermando che la distanza tra l'ultimo appuntamento e il prossimo è dovuto al fatto che è stato disdetto un appuntamento e che generalmente si incontrano ogni 2-3 mesi).” (doc. AI 99; le sottolineature sono della redattrice ) In sede di discussione, la specialista ha quindi ritenuto nulla la capacità lavorativa nella sua precedente professione o in qualsiasi attività medico teorica, per i soli aspetti psichiatrici, a partire dal 24 febbraio 2011 , data della presa a carico al \_\_\_\_\_; successivamente dal 18 giugno 2013 (ovvero dalla data di interruzione della presa a carico psichiatrica) la capacità lavorativa era invece del 50% e dal 28 aprile 2015, data della valutazione peritale, dell'80%. In sede di discussione, dopo aver ricordato che anche la \_\_\_\_\_ avesse escluso che la patologia psichiatrica avesse un nesso causale con l'infortunio, ha osservato che “ il disturbo da disadattamento è esordito a seguito delle limitazioni determinate dalla problematica infortunistica che hanno minato l'integrità fisica dell'assicurato e il suo ruolo sociale e familiare. La persistenza delle limitazioni fisiche ha comportato la persistenza del disturbo depressivo che è evoluto in un episodio depressivo di grado medio, ora in remissione parziale ” (doc. AI 99). Nella nuova valutazione peritale eseguita l'8 giugno 2016, la stessa dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha ribadito sostanzialmente le medesime considerazioni in merito al momento e alla causa dell'insorgenza delle problematiche psichiatriche, ritenendo che il quadro clinico non si discostava da quello presente nel 2015 con uguali conclusioni circa la capacità lavorativa (doc. AI pag. 338). Anche lo psichiatra curante dr. \_\_\_\_\_, nella sua certificazione del 25 ottobre 2017 prodotta di fronte al TCA, ha riferito che il paziente aveva sviluppato “ nel tempo ” una sintomatologia ansiosa, secondaria al trauma dell'incidente, che negli ultimi mesi aveva quindi assistito ad un progressivo peggioramento, legato a situazioni spiacevoli avvenute nel contesto familiare (perdita del padre, del suocero e malattia oncologica della moglie; doc. AI pag. 399). Nella nuova perizia del 19 dicembre 2018 i sanitari del \_\_\_\_\_ hanno confermato quanto attestato in precedenza, rilevando tuttavia un peggioramento delle condizioni dal settembre 2017 con un'inabilità lavorativa del 50% in ogni attività. Esprimendosi nuovamente sull'anamnesi psicopatologica, gli specialisti hanno osservato come l'assicurato fosse stato inviato all'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nel febbraio 2011, precisando che il motivo dell'invio psichiatrico era legato ai disturbi del sonno ed alla sintomatologia depressiva, ma soprattutto la difficoltà ad accettare la situazione di disabilità fisica, tensione, irritabilità, presenza di pensieri intrusivi legati all'incidente, diminuzione dell'appetito . Già allora si registrava difficoltà di concentrazione e memoria che venivano

definite secondarie all'umore deflesso e veniva posta la diagnosi di sindrome post-traumatica da stress, reazione mista ansioso-depressiva.” (doc. AI pag. 500 e consid. 2.9.2). Ora, alla luce di queste certificazioni appare evidente che le problematiche psichiatriche si sono manifestate in un'epoca successiva all'incidente del 24 marzo 2010 e in un momento in cui l'assicurato non era più assicurato presso la Fondazione convenuta. Come dianzi esposto, prima della presa a carico presso il \_\_\_\_\_ (dal 24 febbraio 2011; doc. AI pag. 137), nessun medico ha mai segnalato la benché minima problematica extra somatica. Pertanto non è possibile concludere per l'esistenza (prima del termine dell'affiliazione dell'attore alla Fondazione, il 26 marzo 2010) di un danno alla salute psichica che, ai sensi della giurisprudenza menzionata (cfr. in esteso al consid. 2.6), si sia manifestato durante il periodo assicurativo e abbia contribuito all'evolversi della malattia ortopedica/reumatologica rispettivamente che sia indissolubilmente legato col danno somatico. Un nesso materiale tra le incapacità lavorative dei due complessi patologici (somatico e psichiatrico) va pertanto negato. In ogni caso, fintanto che l'attore era assicurato presso la Fondazione, nessuna diagnosi psichiatrica è stata formulata (cfr. STF B 3/03 del 31 dicembre 2003 con riferimento alla necessità che una diagnosi psichica sia stata posta ancora durante il periodo di assicurazione per ammettere il nesso materiale tra l'affezione psichica e le affezioni somatiche invalidanti) e nessuna inabilità lavorativa riconducibile alla patologia extra somatica è stata certificata. Richiamata dunque la giurisprudenza citata al consid. 2.6 che precede, nel presente caso, considerato come le affezioni somatiche e psichiche siano chiaramente distinte, ritenuto che durante il periodo assicurato non è ravvisabile alcuna inabilità lavorativa motivata dalle affezioni psichiche che hanno infine portato all'invalidità pensionabile (a far tempo dal settembre 2017), ma unicamente un'inabilità lavorativa causata dalle affezioni post-traumatiche somatiche che infine non hanno tuttavia avuto più influsso sull'invalidità a far tempo dal settembre 2017, il nesso materiale necessario ai sensi dell'art. 23 LPP fa chiaramente difetto. E questo malgrado appaia senz'altro verosimile non solo che l'incidente del 24 marzo 2010 sia stata la causa scatenante di tutti i problemi alla salute dell'attore, inclusi quelli psichici, ma anche che le affezioni somatiche abbiano avuto un influsso sulle condizioni psichiche dell'attore (cfr. in merito STF B 9/06 del 21 novembre 2006 cit. in Hürzeler, op. cit., ad art. 26 n. 25). Decisivo tuttavia ai fini dell'obbligo prestativo della convenuta è in ogni modo soltanto se l'attuale problema psichico invalidante era stato anche causa di un'inabilità durante il rapporto di previdenza, circostanza questa che, come detto, nella specie va negata (cfr. DTF 9C-928/2008 del 3 marzo 2009 consid. 3.2). Di conseguenza per l'invalidità riconducibile al danno extra somatico, insorto in un periodo posteriore al 26 marzo 2010 (termine dell'affiliazione dell'attore alla Fondazione) non essendovi una connessione materiale, visto che tale danno non si era manifestato durante l'affiliazione, la Fondazione non deve versare alcuna rendita LPP. 2.11. In conclusione, secondo il già richiamato grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (fra le tante: DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221), questo TCA non può concludere che l'incapacità lavorativa che ha portato all'attuale invalidità (di natura psichiatrica) riconosciuta dall'AI mediante la decisione del 29 aprile 2019 sia sorta durante il rapporto previdenziale con la Fondazione terminato il 26 marzo 2010 (cfr. consid. 2.4 e 2.6). Mancando il nesso materiale tra le patologie che hanno portato l'Ufficio AI a riconoscere il diritto a prestazioni d'invalidità con decisione del 29 aprile 2019 e il danno alla salute all'origine dell'inabilità lavorativa che era presente durante il periodo in cui l'attore era assicurato presso la Fondazione convenuta, non è necessario esaminare il nesso temporale. Ne consegue che la

convenuta non deve rispondere dell'invalidità dovuta al danno alla salute psichica e ha quindi rettamente negato il proprio obbligo prestativo successivamente all'ottobre 2017. Considerato infatti come la convenuta sia tenuta a versare prestazioni d'invalidità unicamente per un'invalidità riconducibile alle patologie somatiche (uniche affezioni già presenti durante l'affiliazione dell'attore alla Fondazione), non invece per quella da ascrivere alle problematiche psichiche, da un lato, e che la prestazione (mezza rendita d'invalidità) erogata dall'AI con effetto dal 1. ottobre 2017 mediante la decisione del 29 aprile 2019 sia motivata unicamente dall'invalidità causata dall'inabilità per motivi psichiatrici (inabilità del 50% con conseguente grado di invalidità del 58% dal settembre 2017), ossia da un danno alla salute differente da quello che aveva giustificato l'attribuzione della rendita LPP dal 1. aprile 2012 conformemente alla decisione dell'AI del 28 ottobre 2011, dall'altro, all'attore non può essere riconosciuto alcun diritto ad una rendita d'invalidità della previdenza professionale dopo il 31 ottobre 2017.

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