

TI_GERICHTE 34.2020.25 vom 30. August 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-08-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2020.25

FR: TI_GERICHTE 34.2020.25 du 30 août 2021

IT: TI_GERICHTE 34.2020.25 del 30 agosto 2021

Erwägungen

E. 28

febbraio 2017 e di una rendita intera dal 1. marzo 2017 in avanti; cfr. consid. 1.1). Nega tuttavia il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale, considerato come l'incapacità lavorativa accertata dall'Ufficio AI – che ha giustificato appunto l'attribuzione delle succitate rendite AI – sia da ricondurre agli infortuni occorsi nel 1980 e 1993. Dal canto suo, l'attore contesta in sostanza che l'inabilità lavorativa alla base dell'attribuzione dei tre quarti di rendita dal 1. aprile 2009 al 31 dicembre 2011 e della rendita intera dal 1. marzo 2017 sia da ricondurre solo agli infortuni del 1980 e del 1993 sostenendo “(...) che a seguito di nuovi ed ulteriori pregiudizi di salute, che non sono da ricollegare con gli infortuni nel 1980 e nel 1993 così come confermato dal TCA e dal TF (cfr. doc. F e G), nel frattempo il suo grado d'invalidità dopo essere salito al 65% nell'aprile del 2009 e sceso al 48% dal gennaio 2012 a far tempo dal marzo 2017 si è attestato costantemente al 100%. In altri termini, per i peggioramenti dello stato di salute rispetto al passato il grado d'invalidità è passato dal 50% al 100%. (...)” (I, punto 3, pag. 9). 2.3 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 LPGA), 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_456/2016 del 12 maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti, 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008 consid. 3.2; STF B 95/04 del 10 gennaio 2005; B 100/00 del 16 febbraio 2001; Pratique VSI 1998 pag. 126). Non è invece decisivo essere assicurati quando sorge l'invalidità vera e propria oppure il peggioramento della stessa (DTF138 V 419 consid. 6.2, 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, 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 in vigore fino al 31 dicembre 2007; DTF 123 V 264 consid. 1b e 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 BVG Nr. 14; DTF 118 V 98). D'altra parte, l'obbligo di un nuovo assicuratore di pagare prestazioni sorge solo se l'incapacità lavorativa esistente già prima dell'inizio del nuovo rapporto assicurativo risulta interrotta, cioè quando non vi è più alcun nesso materiale e temporale (SZS 2003 pag. 356). I medesimi principi valgono in materia di previdenza più estesa, in assenza di disposizioni regolamentari o statutarie divergenti (SZS 2005 pag. 243; SVR 1994 BVG Nr. 18 pag. 57, BVG Nr. 14 consid. 2b pag. 38; DTF 117 V 332 consid. 3). 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).

2.4 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 470, consid. 3.3.2 pag. 474). 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). 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 un mercato del lavoro equilibrato e quindi non solo quella di effettuare il proprio lavoro (DTF 117 V 335 consid. 5c, 109 V 28; SZS 1995 pag. 476). In ambito AI va pertanto valutato se l'assicurato dispone ancora di capacità di guadagno nella sua professione e parimenti se vi è possibilità di guadagno in altre professioni ammissibili in un mercato del lavoro equilibrato (DTF 109 V 28, 111 V 21; Brühwiler, Die betriebliche Personalvorsorge in der Schweiz, 1989, pag. 488). Le attività considerate non si limitano quindi a quelle che coincidono con l'ultima attività svolta o ad attività affini, ma anche ad attività diverse. Per la stretta relazione esistente tra la rendita d'invalidità dell'AI e quella del secondo pilastro emerge che, il concetto d'invalidità nell'ambito della previdenza obbligatoria e quello dell'assicurazione invalidità, è di principio il medesimo (DTF 115 V 210; R DAT I 1995 consid. 2.2 pag. 229). Secondo la giurisprudenza, nell'ambito della previdenza obbligatoria, gli istituti di previdenza sono vincolati da quanto pronunciato dall'assicurazione invalidità non solo per quel che riguarda

il grado di invalidità (DTF 115 V 208 consid. 2c e 215 consid. 4c; SZS 1996 pag. 48 consid. 2b e 2d; SVR 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c), ma ugualmente per quanto concerne la nascita del diritto alla rendita e, di conseguenza, parimenti per la determinazione del momento a partire dal quale la capacità al lavoro dell'assicurato si è deteriorata in maniera sensibile e duratura (DTF 134 V 64, 133 V 67, 129 V 73, 126 V 310 consid. 1, 123 V 271 consid. 2a e riferimenti, 120 V 108 consid. 3c, 118 V 39 consid. 2b/aa; SZS 2002 pag. 155, SZS 1997 pag. 68; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2, SVR 1994 BVG Nr. 15 pag. 42 consid. 3c). In tal caso il concetto di invalidità è infatti il medesimo (Stauffer, op. cit., n. 1018 ss). Accertamenti separati del grado di invalidità potrebbero condurre a risultati differenti in contraddizione con lo scopo della legge (DTF 115 V 210 consid. 2b e 218 consid. 4, 118 V 39 consid. 2b). A tale vincolo di principio degli istituti di previdenza alle constatazioni degli organi dell'AI nulla è mutato, secondo la giurisprudenza, dopo l'introduzione della LPGA (DTF 130 V 78, 132 V 1). Questo vincolo vale nell'ambito della previdenza sovraobbligatoria solo se il regolamento previdenziale si basa sul medesimo concetto di invalidità dell'assicurazione invalidità (DTF 126 V 308). L'istituto di previdenza non è tuttavia vincolato in maniera assoluta alle conclusioni dell'AI. Innanzitutto, a titolo generale, l'istituto previdenziale può scostarsi dalle conclusioni dell'assicurazione invalidità se queste appaiono di primo acchito insostenibili (DTF 134 V 64, 133 V 67, 129 V 73, 126 V 310 consid. 1, 123 V 271 consid. 2a, 115 V 208 consid. 2c e 215 consid. 4c, 109 V 24; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2a; SZS 1996 pag. 47; STF B 38/92 del 30 novembre 1993 in Plädoyer 1994 pag. 66; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgesgerichtes zum IVG, 2014, ad. art. 4 N. 116 pag. 43; cfr. anche DTF 126 V 308 dove si sottolinea che per la valutazione del quesito a sapere se la valutazione dell'AI è manifestamente errata, e per questo non vincolante per l'istituto di previdenza, sono primariamente determinanti gli atti esistenti al momento in cui la decisione è stata presa). D'altra parte, la giurisprudenza dell'Alta Corte ha stabilito che l'Ufficio dell'assicurazione invalidità è tenuto a notificare una decisione di rendita agli istituti di previdenza entranti in linea di conto, vale a dire che potrebbero essere chiamati a fornire prestazioni nel caso specifico. Se non viene coinvolto nella procedura pendente innanzi all'UAI, l'istituto LPP – che dispone di un diritto di opposizione e ricorso proprio nelle procedure rette dalla LAI – non è legato alla valutazione dell'invalidità (nel suo principio, quanto al grado e all'inizio del diritto così come anche con riferimento alla decisione sullo statuto di persona invalida, vale a dire di persona ritenuta attiva, parzialmente attiva o non attiva) effettuata dagli organi dell'AI (DTF 134 V 64, 133 V 67, 132 V 1, 130 V 273 consid. 3.1, 129 V 73 e 150, 126 V 310 consid. 1; cfr. anche le STF 9C_684/2008 del 18 settembre 2009; STF B 32/03 del 21 gennaio 2005, B 66/04 del 21 settembre 2004, B 81/02 del 9 gennaio 2004, B 3/03 del 31 dicembre 2003, B 68/03 del 16 dicembre 2003; vedi anche l'art. 49 cpv. 4 LPGA e l'art. 76 cpv. 1 lett. i OAI in vigore dal 1. gennaio 2003). La questione di sapere se un difetto di notifica di una decisione può venir sanato successivamente, segnatamente dal fatto che l'istituto di previdenza viene in seguito comunque in possesso della decisione, deve, secondo il TF, venir esaminata in ogni caso concreto ponderando gli interessi in gioco (SZS 2006 pag. 367; per una sintesi della giurisprudenza sul tema cfr. STF 9C_689/2008 del 25 febbraio 2009). Secondo il TF, considerato come lo scopo del vincolo alla pronuncia dell'AI sia quello di sgravare gli istituti di previdenza da accertamenti dispendiosi, bisogna ritenere che tale vincolo sia riferito unicamente a quegli accertamenti e a quelle valutazioni degli organi dell'AI che nell'ambito della procedura (dell'AI) erano determinanti per l'esame della pretesa alla rendita d'invalidità e sui quali andava effettivamente deciso; diversamente

gli organi della previdenza professionale devono esaminare i presupposti della pretesa liberamente (STF 9C_684/2008 del 18 settembre 2009; STF B 83/04 del 25 aprile 2006, B 50/99 del 14 agosto 2000, B 79/99 e 4/00 del 26 gennaio 2001). Ne discende che la fissazione della data d'inizio del diritto alla rendita da parte dell'UAI non esclude che l'incapacità lavorativa motivante il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale sia subentrata, foss'anche in misura ridotta, già precedentemente all'inizio dell'anno di carenza secondo l'AI (Stauffer, op. cit., n. 1020ss; SZS 2005 pag. 241 e 2003 pag. 45; STF B 81/03 del 9 novembre 2004 e B 47/98 dell'11 luglio 2000). In virtù dell'art. 6 LPP (che stabilisce che la parte seconda della legge stabilisce unicamente esigenze minime), gli istituti di previdenza, oltre alla possibilità di introdurre la previdenza più estesa (art. 49 cpv. 2 LPP; cfr. SZS 1995 pag. 465-466 consid. 4b/aa), sono liberi di estendere il concetto di invalidità a favore dell'assicurato oppure di concedere prestazioni anche quando il grado d'invalidità è inferiore al 40%. Ciò non significa tuttavia che i fondi di previdenza dispongono di un margine di apprezzamento illimitato (SZS 1995 pag. 466 consid. 4b/aa; DTF 118 V 35). Se essi infatti fanno espresso riferimento al concetto di invalidità previsto dall'AI, sono vincolati dalla valutazione dell'invalidità fatta dall'assicurazione invalidità, a meno che la stessa appaia di primo acchito insostenibile (SZS 2002 pag. 155; 1996 pag. 48 consid. 2b e 2d; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2a, 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c; DTF 115 V 208 consid. 2c; 115 V 215 consid. 4c). 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, 1996 pag. 56; DTF 118 V 73 consid. 1, 117 V 335 consid. 5c, 115 V 220 seg.). Secondo la giurisprudenza la facoltà riservata agli istituti di previdenza in virtù dell'art. 6 e 49 cpv. 2 LPP non implica un potere di apprezzamento illimitato. Se essi adottano nei loro statuti o nei regolamenti un certo metodo di valutazione, devono conformarsi, nell'applicazione dei criteri, ai concetti delle assicurazioni sociali (per l'incapacità di esercitare la propria professione abituale: DTF 111 V 239 consid. 1b) e ai principi generali (DTF 113 II 347 consid. 1a). In altri termini se dispongono di piena libertà nella scelta della nozione, devono comunque assegnarle il significato usuale e riconosciuto in ambito assicurativo (STF non pubbl. in re A. del 25 marzo 1993 consid. 3). 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 (sovraobbligatoria) gli istituti di previdenza possono prevedere nel loro regolamento, in deroga all'art. 24 cpv. 1 LPP, che l'ammontare della rendita corrisponda al grado d'invalidità. Tuttavia l'importo della stessa deve corrispondere almeno alla rispettiva prestazione obbligatoria (STF B 115/06 del 5 ottobre 2007 consid. 2.2, B 72/06 dell'11 settembre 2007 consid. 2.1; Vetter-Schreiber, op. cit., art. 24 n. 23 pag. 108).

2.5 Secondo la giurisprudenza l'art. 23 LPP persegue anche lo scopo di delimitare la responsabilità tra più istituti di previdenza. La questione si pone ad esempio nel caso in cui il lavoratore, già colpito nella sua salute in una misura atta a influenzare la sua capacità di lavoro, entra al servizio di un nuovo datore di lavoro e viene in seguito posto al beneficio di una rendita di invalidità. In tale ipotesi, a determinate condizioni, le prestazioni vanno

versate dal precedente istituto di previdenza e non dall'attuale (DTF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c e 120 secondo cui "l'art. 23 LPP vise quant à lui à prolonger la responsabilité de l'institution de prévoyance au-delà de l'affiliation, lors de la survenance de l'éventualité assurée" ; cfr. anche SZS 2002 pag. 156 consid. 2b; STF B 64/99 del 6 giugno 2001). Secondo la giurisprudenza federale, affinché il precedente istituto di previdenza sia tenuto a versare la prestazione d'invalidità, l'incapacità di lavoro deve essersi manifestata in un'epoca in cui l'assicurato era affiliato presso quell'istituto e deve inoltre sussistere fra detta incapacità e l'invalidità uno stretto nesso materiale e temporale. Vi è connessione materiale se il danno alla salute all'origine dell'invalidità è essenzialmente lo stesso che si è già manifestato durante l'affiliazione al precedente istituto di previdenza e che ha causato un'incapacità di lavoro. La connessione temporale presuppone che l'assicurato, dopo l'insorgenza dell'inabilità lavorativa, non sia ridivenuto abile al lavoro per lungo tempo. Tale connessione è interrotta se, durante un certo periodo, l'assicurato è nuovamente abile al lavoro, ritenuto comunque che un breve periodo di remissione non basta per interrompere il rapporto di connessione temporale (DTF 144V 58, 138 V 419 consid. 6.2, 130 V 275 consid. 4, 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c e SZS 2002 pag. 156). In effetti secondo il TF: " L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c p. 264; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117)." (DTF 138 V 409, consid. 6.2 pag. 419) In tal caso il vecchio istituto di previdenza è liberato da qualsiasi obbligo (DTF 120 V 117; M. Moser, Die zweite Säule und ihre Tragfähigkeit, 1993, pag. 210). Si osservi 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, 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 10 ottobre 2001 consid. 4). In effetti per ammettere l'obbligo prestativo di un istituto di previdenza occorre che le condizioni previste dall'art. 23 LPP siano adempiute, ossia che esista un'invalidità ai sensi dell'AI, che la stessa sia di almeno il 40%, l'inabilità lavorativa che ha poi portato all'invalidità sia insorta durante il rapporto previdenziale, l'invalidità sia riconducibile alla medesima causa che ha portato all'inabilità lavorativa: in assenza di uno di questi presupposti l'obbligo prestativo va negato (Stauffer, op. cit. n. 1031 segg). Per i casi in cui già prima dell'inizio del rapporto previdenziale esisteva una parziale inabilità lavorativa che tuttavia non dava diritto a una rendita d'invalidità da parte dell'AI essendo il conseguente grado di invalidità inferiore al 40%, la rigorosa applicazione dei principi sanciti dall'art. 23 lett. a LPP, che appunto fa dipendere l'obbligo prestativo all'esistenza di un rapporto assicurativo nel momento del subentrare dell'incapacità lavorativa, fa sì che in questi casi nel caso di un aumento dell'inabilità lavorativa per la stessa causa l'istituto di previdenza non è tenuto a versare le prestazioni poiché l'inabilità lavorativa sussisteva già all'inizio del rapporto di previdenza (DTF 123 V 267 consid. 3; Stauffer, op. cit., n. 1058). A questo principio viene tuttavia parzialmente derogato nei casi di invalidità causata da un'infermità congenita e di invalidi minorenni giusta le lett. b e c dell'art. 23 LPP, nel senso che in questi casi gli assicurati hanno diritto a prestazioni da parte dell'istituto di previdenza in caso di

aggravamento dell'incapacità lavorativa ad almeno il 40% durante l'affiliazione anche se presentavano già un'incapacità al lavoro compresa fra il 20 e il 40 per cento all'inizio dell'attività lucrativa (in argomento cfr. Stauffer, op. cit, n. 1059).

2.6 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'inabilità 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 cpv. 1 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 (Hürzeler, in Schneider/Geiser/Gächter, Commentaire LPP et LFLP, 2019, art. 23 n. 36, pag. 368; cfr. pure DTF 144 V 58). Il TF si è confermato nella propria giurisprudenza al consid. 2.3 della STF 9C_339/2011 del 19 marzo 2012 laddove ha rilevato che "(...) per determinare il momento in cui è sorta l'incapacità di lavoro la cui causa secondo l'art. 23 LPP ha portato all'invalidità, è decisiva la perdita di rendimento funzionale nella professione abituale o nello svolgimento delle mansioni finora esercitate (DTF 130 V 97 consid. 3.2 pag. 99; 114 V 281 pag. 286; cfr. pure DTF 130 V 35 consid. 3.1 pag. 36 con riferimenti). La connessione temporale con l'invalidità subentrata successivamente - quale ulteriore requisito per il diritto a prestazioni di invalidità dell'istituto di previdenza competente - si determina invece in funzione dell'incapacità lavorativa, rispettivamente della capacità lavorativa in un'attività ragionevolmente esigibile confacente al danno alla salute. Questa attività, raffrontata a quella abituale, deve però permettere di conseguire un reddito escludente il diritto a una rendita (DTF 134 V 20 consid. 5.3 pag. 27) (...)". La giurisprudenza federale ha inoltre precisato che, nel caso di interruzione dell'incapacità di lavoro, non si può procedere ad un'applicazione schematica, analogamente a quanto previsto agli art. 29ter e 88a cpv. 1 OAI (DTF 123 V 264 e 120 V 118 consid. 2c/bb), mitigando il tenore di una precedente sentenza, in cui aveva stabilito che il nuovo istituto di previdenza è obbligato a versare la rendita solo se l'assicurato ha lavorato per tre mesi interi, dopodiché si è ripresentata un'incapacità di lavoro (STF B 38/92 del 30 novembre 1993 in Plädoyer 1994 pagg. 66-67). Per risolvere tale questione si deve tener conto di tutte le particolarità del caso concreto, e meglio della natura del danno alla salute, della prognosi del medico e dei motivi che hanno indotto l'assicurato a riprendere il lavoro. Inoltre sono determinanti le circostanze relative al mondo del lavoro, come un guadagno intermedio ottenuto dall'assicurato o la sua capacità di collocamento (DTF 134 V 22, 123 V 264

consid. 1c e 267 consid. 2c, 120 V 118 consid. 2b; SZS 2003 pag. 510, 2002 pag. 156 consid. 2b; SVR 2001 BVG Nr. 18 pagg. 69ss). 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 consid. 3.2.1 con riferimenti; Vetter-Schreiber, op. cit., art. 23 n. 36, pag. 96). 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., art. 23 n. 37, pag. 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 (Vetter-Schreiber, op. cit., art. 23 n. 25, pag. 82 con riferimenti; cfr. anche STF 9C_597/2008 del 3 dicembre 2008 consid. 2.2.2 con riferimenti; Hürzeler, op. cit., 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). (...)” (regesto della DTF 144 V 58). Quanto al presupposto della connessione temporale va detto che parte della dottrina ritiene che la durata dell'esercizio dell'attività lavorativa, il cui motivo può essere terapeutico, non ha rilevanza determinante né prevalente nell'ambito della valutazione delle circostanze del caso concreto, bensì configura solo un indizio. Di conseguenza, il fattore tempo deve passare in secondo piano, rispetto ad altri aspetti della fattispecie, se si può ritenere che, in un ambiente normale, cioè non protetto né particolarmente comprensivo, il reinserimento sarebbe fallito (Moser, Eine Gesetzesnorm sorgt zur Verunsicherung: weitere Fragen zu art. 23 BVG, SZS 1997, Sonderheft, pagg. 120ss, in particolare 124). Ritornando al presupposto della connessione materiale va ancora detto che se l'invalidità che dà luogo a una rendita è da ricondurre a diverse affezioni alla salute, di cui però solo una ha avuto un influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurato durante la copertura previdenziale, l'istituto di previdenza deve unicamente rispondere per l'invalidità che risulta da quest'ultima. Per la parte dell'invalidità che è dovuta a dei disturbi che si sono manifestati in modo tale da dare luogo a prestazioni solo dopo che la persona assicurata ha lasciato l'istituto di previdenza, la connessione materiale necessaria fa infatti difetto (Hürzeler, op. cit., 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. 94s con riferimenti a STF B 46/06 del 29 gennaio 2007 consid. 3.3 e STF 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008 consid. 4.2; cfr. anche STF 9C_597/2008 del 3 dicembre 2008 consid. 2.2.2 con riferimenti; Hürzeler, in Schneider/Geiser/Gächter,

Kommentar BVG und FZG, 2019, 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 a motivi psichici che hanno finalmente condotto all'invalidità, ma a degli elementi somatici non invalidanti (Hürzeler, op. cit., art. 23 n. 28, pag. 360 con riferimento a STF B37/06 del 22 settembre 2006 consid. 3.3 e 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., art. 23 n. 29). 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., 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., art. 23 n. 30). 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., art. 23 n. 34, pag. 95 con riferimento a STF B 73/05 del 3 maggio 2006; riportata anche da Hürzeler, op. cit., 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 (STF 9C_928/2008 del 3 marzo 2009 consid. 3.2; cfr. anche Vetter-Schreiber, op. cit., 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. 69ss). Per quanto riguarda gli assicurati attivi solo parzialmente, l’obbligo prestativo dell’istituto di previdenza si decide, in applicazione dei suesposti principi generali, in base al primo manifestarsi dell’inabilità lavorativa che ha portato all’invalidità. Se un lavoro a tempo parziale viene svolto in presenza di un’inabilità lavorativa duratura di almeno il 20% e la successiva invalidità è da ricondurre alla stessa causa che aveva portato all’inabilità lavorativa, responsabile per la prestazione d’invalidità è l’istituto di previdenza presso il quale l’assicurato era assicurato nel momento del primo manifestarsi dell’inabilità lavorativa, nel caso in quel momento vi fosse effettivamente un rapporto assicurativo (Stauffer, op. cit., n. 1068 con riferimento a SZS 2000 pag. 369 consid. 1b). Ne discende che se una persona assicurata entra in una nuova istituzione di previdenza e già in quel momento subiva una imitazione della capacità lavorativa, in caso di successiva invalidità responsabile delle prestazioni sarà la precedente istituzione di previdenza, non quella nuova, se l’invalidità è da ricondurre alla stessa causa dell’inabilità lavorativa al momento dell’affiliazione. Se il grado di invalidità aumenta per lo stesso motivo, è sempre la precedente istituzione previdenziale a dover rispondere (SZS 1997 pag. 549 e Stauffer, op. cit., n. 1068). Per quanto concerne il caso dell’aumento del grado di invalidità, per la giurisprudenza, se un lavoratore già titolare di una mezza rendita d’invalidità dell’AI intraprende un’attività lavorativa parziale rispettivamente la cambia e, di conseguenza, si affilia ad un nuovo istituto di previdenza (con o senza riserve) e in seguito le sue condizioni di salute peggiorano per la medesima causa, rendendolo di conseguenza titolare di una rendita intera dell’AI, perdurando la pregressa invalidità parziale anche durante la durata del rapporto di lavoro e previdenziale, non esiste alcun diritto a prestazioni della previdenza professionale nei confronti del nuovo istituto di previdenza cui si era affiliato poiché ciò contravverrebbe al principio assicurativo. Il precedente istituto di previdenza rimane responsabile anche per l’aumento del grado di invalidità. Un diritto a prestazioni della LPP potrebbe soltanto nascere qualora fosse intercorso un periodo di ritrovata completa abilità lavorativa interruzione del nesso

temporale (Stauffer, Rechtsprechung, art. 23 pag. 76 con riferimenti; cfr. anche Hürzeler, op. cit., 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., art. 23 n. 54, pag. 377). Una responsabilità del nuovo istituto di previdenza è invece da ammettere se subentra una nuova causa invalidante che giustifica di per sé una prestazione d'invalidità (Stauffer, op. cit., n. 1068). Tale giurisprudenza è valida analogicamente anche ai casi di applicazione delle lett. b e c dell'art. 23 LPP (Hürzeler, op. cit., 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'invalidità (non solo dell'inabilità lavorativa) ancora durante la durata del rapporto assicurativo rispettivamente (legittimamente) preveda un limite temporale della copertura per il caso di aumento del grado di invalidità dopo la fine del rapporto di previdenza (Hürzeler, op. cit., art. 23 n. 58, pag. 378; DTF 136 V 65 consid. 3.5 e riferimenti; Vetter-Schreiber, op. cit., art. 23 n. 46, pag. 100, 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., art. 23 n. 60, pag. 378 e Stauffer, op. cit., pag. 346; cfr. anche Stauffer, Rechtsprechung, op. cit., art. 23 pag. 76, con riferimento a STF B 101/02 del 22 agosto 2003, pubbl. in SVR 2005 LPP n. 17 pag. 55; Bollettino LPP UFAS n. 74 cifra 433; cfr. anche STF 9C_658/2016 del 3 marzo 2017).

2.7 Le Disposizioni generali (DG) del Regolamento di previdenza (doc. A, valido dal 1° gennaio 2020 e in concreto applicabile), con riferimento alle prestazioni in caso di invalidità, prevedono, tra l'altro, che: " (...) Art. 22 Presupposti La persona assicurata ha diritto a prestazioni di invalidità se tali prestazioni sono assicurate nel piano di previdenza e se: a. è invalida per almeno il 40% e, al momento in cui è insorta l'incapacità lavorativa la cui causa ha portato all'invalidità, era assicurata presso la Fondazione; oppure b. in seguito a un'infermità congenita, all'inizio di un'attività lucrativa era inabile al lavoro per almeno il 20%, ma non per più del 40%, e, con l'aumentare dell'incapacità lavorativa la cui causa ha portato all'invalidità, era

assicurata per almeno il 40%; oppure c. è diventata invalida quando era minorenni e all'inizio di un'attività lucrativa era inabile al lavoro per almeno il 20%, ma non per più del 40%, e, con l'aumentare dell'incapacità lavorativa la cui causa ha portato all'invalidità, era assicurata per almeno il 40%. Art. 23 Rendita d'invalidità Inizio 1 Il diritto alla rendita di invalidità inizia contemporanea-mente a quello alla rendita di invalidità dell'AI, al più presto tuttavia all'esaurimento delle indennità giornaliere di un'assicurazione malattia o dell'assicurazione infortuni ai sensi della LAINF, qualora queste ultime corrispondano almeno all'80% del salario e siano state finanziate dal datore di lavoro per almeno il 50%.

Ammontare 2 L'ammontare della rendita di invalidità intera è indicato nel piano di previdenza. La persona assicurata ha diritto a: a. una rendita di invalidità intera, se è invalida per almeno il 70% ai sensi dell'AI; b. una rendita di invalidità di tre quarti, se è invalida per almeno il 60%; c. una mezza rendita di invalidità, se è invalida per almeno il 50%; d. un quarto di rendita di invalidità, se è invalida per almeno il 40%. Fine 3 Il diritto alla rendita di invalidità si estingue alla fine del mese in cui cessa l'invalidità o la persona assicurata decede. Per le persone assicurate che sono sottoposte alla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati e per quelle che continuano la loro previdenza a titolo facoltativo conformemente all'art. 47 cpv. 2 LPP, il diritto alla rendita di invalidità si estingue al più tardi al raggiungimento dell'età di pensionamento ordinaria. (...)" (doc. A)

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 dall'art. 23 LPP, anzi l'art. 22 ne conferma i principi, ragione per cui la suesposta giurisprudenza sviluppata su questa norma è in concreto applicabile (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. 2.3 e 2.5) tra le affezioni che hanno portato al riconoscimento del diritto a tre quarti di rendita AI dal 1. aprile 2009, ad un quarto di rendita AI dal 1. gennaio 2012 e ad una rendita intera AI dal 1. marzo 2017 in avanti 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. 2.4). La Fondazione, come accennato (cfr. consid. 1.5), nega un proprio obbligo prestativo sostenendo, da una parte, che l'invalidità riconosciuta dall'Ufficio AI con le decisioni del 31 agosto 2017 (cfr. consid. 1.1) andrebbe ricondotta ad una causa preesistente rispetto alla copertura assicurativa LPP e, dall'altra parte, che l'inabilità lavorativa sarebbe riconducibile solo agli infortuni del 1980 e 1993. A torto. Dagli atti risulta innanzitutto che nella perizia pluridisciplinare del 24 febbraio 2014 (doc. 232/821-896) – chiamati ad esprimersi nell'ambito della domanda di aumento della rendita del 30 marzo/3 aprile 2009 (cfr. consid. 1.1) e vista la proposta del dr. _____ che, nell' "Annotazione per/da SMR" del 5 agosto 2013, ha evidenziato che "(...) essendoci patologia sia locomotoria post infortunistica che non, oltre a componente sia neurologica e psichica in paziente con nell'anamnesi anche disfunzione cardiologica si impone a questo punto una globale valutazione pluridisciplinare che si possa anche paragonare alla ben redatta valutazione del centro peritale di _____ dell'agosto 2012 (purtroppo però effettuata solo ai fini infortunistici). A perizia neutrale pluridisciplinare clinica (reuma – neuro – psi e cardio) . (...)” (doc. 214/769) – i periti del _____ hanno posto le seguenti diagnosi con

influenza sulla capacità lavorativa: “(...) Stato dopo lesione del nervo sciatico ds. su incidente nel 1980 con: - Gravi deficit senso motori residui; - Dolori neuropatici residui. Lieve sindrome della loggia di Guyon ds. Sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative in particolar modo a livello C5-C6 con componente cervicocefale, stato dopo trauma distorsivo della colonna cervicale nel 2008. Sindrome lombo-vertebrale su alterazioni statiche nonché degenerative, stato dopo morbo di Scheuermann toracolombare, alterazione osteocondrotica e spondilolica soprattutto L3-L4. Periartrite dell'anca ds. su iniziale coxartrosi e presenza di calcificazioni periarticolari in stato dopo lussazione posteriore dell'anca ds. e frattura acetabolare per incidente stradale avvenuto il 15.8.1980 e concomitante paresi del nervo sciatico. Gonalgia a sin. e iniziale gonartrosi del compartimento mediale in stato dopo lesione complessa del ginocchio sin. nel 1993 e plastica del legamento crociato anteriore a sin., nonché stato dopo revisione artroscopica del ginocchio sin. con artroli e mobilizzazione il 8.7.1994. Dolori al piede ds. in stato dopo due interventi chirurgici per deformazione in dita a martello, dapprima correzione delle dita I-II-III-IV e in seconda istanza del dito V. Sindrome depressiva a tinta distimica (ICD-10 F 34.1). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Ansia non altrimenti specificata (ICD-10 F 41.9). Accentuazione di tratti di personalità (ICD-10 Z 73.1). (...)” (doc. 232/846). Ritenute le svenunciate diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa, poste dai periti del _____, questo Tribunale non può seguire la Fondazione laddove, con la risposta, pretende che dalle succitate decisioni del 31 agosto 2017 “(...) si deve constatare come l'Al abbia sostanzialmente riesaminato il grado di inabilità lavorativa dell'attore sulla base di criteri di natura economica (in particolare tenendo conto delle specificità reddituali dell'assicurato nella propria qualità di titolare d'azienda); questo esercizio ha comportato una ricalcolazione del grado d'inabilità di AT 1 sin dal 2009 giungendo tuttavia a sancire puramente e semplicemente un grado d'inabilità totale dell'attore (rendendo così superfluo ogni metodo di calcolo) a far tempo dal 16 dicembre 2016 ("dal 16.12.2016 il signor AT 1 è inabile al lavoro in misura completa ed in qualsiasi ambito..."). Va rammentato che l'attore è stato sottoposto ad un intervento chirurgico in data 16 dicembre 2016 (operazione decompressiva e stabilizzatrice lombare con TLIF destro L5-S1) e che è in seguito a tale intervento che gli è stata riconosciuta una "IL 100 per ogni tipo di attività lucrativa..." , il tutto come risulta inequivocabilmente dagli atti Al (cfr. doc. 2, "incarto AI Parte 3", pp. 1595 e segg. - si sottolinea che i numeri di pagina sono quelli originali dell'incarto AI il cui indice si trova in coda alla quarta parte -). L'intervento chirurgico summenzionato dal canto suo si rendeva necessario a fronte di una "Sindrome lomboradicolare destra deficitaria per neuropatia in esito da lesione traumatica del nervo sciatico destro su incidente nella circolazione 1980" (doc. 2, "incarto AI Parte 2, p. 1447, sottolineatura nel testo originale, evidenziazione del redattore). A fronte di quanto precede si deve rilevare come l'inabilità ai sensi dell'Al debba esser ricondotta ad una causa preesistente rispetto alla copertura assicurativa LPP. (...)” (III, punto 2.2, pagg. 5 e 6). Orbene, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi sulla decisione del 16 aprile 2018 con cui l'_____ – negata l'esistenza di un nesso causale naturale tra l'infortunio occorso nel 1980 e i disturbi trombotici agli arti inferiori, lombosacrali e cervico-brachiali – ha confermato la rendita d'inabilità in vigore (50%) e assegnato all'assicurato un'indennità per menomazione dell'integrità (IMI) del 17.5% a dipendenza dei postumi residui dell'evento traumatico del 15 agosto 1980, nella STCA 35.2018.75 del 3 luglio 2019 (doc. F) (confermata dal Tribunale federale con STF 8C_561/2019 dell'11 maggio 2020 sub doc. G) ha, tra l'altro, sviluppato le seguenti considerazioni: “(...) Trattandosi dei disturbi

lombari, è utile segnalare che i dottori _____ e _____, periti giudiziari nell'ambito della causa 35.2011.9, il cui parere è stato fatto proprio da questa Corte nella pronunzia del 12 dicembre 2012, interrogati a proposito dell'esistenza di una relazione causale tra i disturbi lombari e l'infortunio del 1980, avevano dichiarato che "die klinischen und radiologischen Abklärungen ergeben klare degenerative Veränderungen und keine Hinweise auf irgendwelche posttraumatischen Veränderungen im Bereich der LWS. Entsprechend sind die heutigen Beschwerden im Bereich der LWS im Rahmen einer degenerativen Erkrankung zu sehen." (cfr. doc. 415, p. 31 s. – fasc. 3 – il corsivo è del redattore). Essi avevano inoltre precisato che il ricorrente a quel livello presentava già antecedentemente all'infortunio del 2009 uno stato degenerativo da ricondurre alla malattia di Baastrup di cui è affetto (e pertanto non a eventuali lesioni residuali dell'infortunio dell'agosto 1980, il quale aveva d'altronde interessato una parte diversa del corpo) (cfr. doc. 415, p. 26 – fasc. 3: "Die Problematik im Bereich del LWS muss auf Grund der neuen Röntgenbilder heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht mehr unfallkausal betrachtet werden. Durch den Unfall vom 27.04.2009 kam es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung von vorbestehenden degenerativen Veränderungen der LWS. Erfahrungsgemäss kann diese Verschlimmerung bis maximal 12 Monate nach der Prellung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal betrachtet werden. Nachher wird diese unfallbedingte Verschlimmerung vom schicksalhaften Verlauf der degenerativen Veränderungen abgelöst, bei Herrn AT 1 von den Beschwerden des M. Baastrup." – il corsivo è del redattore) che era stato soltanto temporaneamente peggiorato dal sinistro appena menzionato (nella sentenza in questione, cresciuta incontestata in giudicato, il TCA ha in effetti ritenuto accertato che AT 1 aveva raggiunto lo status quo sine a distanza di 6 mesi dall'infortunio dell'aprile 2009 – cfr. doc. 431, p. 10 s. – fasc. 3). Il fatto che, nel novembre 2016, sentito preliminarmente il parere del medico di circondario (doc. 384 – fasc. 5), l'_____ abbia accordato il proprio benessere all'intervento di stabilizzazione L5-S1 proposto dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia (doc. 386 – fasc. 5), non è atto a giustificare una diversa soluzione. In effetti, nella DTF 130 V 380, l'Alta Corte ha stabilito che l'assicuratore infortuni ha la possibilità di porre fine, con effetto ex nunc et pro futuro, al proprio obbligo prestativo, inizialmente riconosciuto mediante il versamento d'indennità giornaliere e l'assunzione di spese di cura, senza doversi richiamare a un motivo di revoca (riconsiderazione o revisione processuale). (...)" (doc. F, punto 2.3, pagg. 9 e 10). Il TCA ha quindi concluso che "(...) nella misura in cui l'insorgente chiede che l'assicuratore convenuto sia tenuto a riconoscere la propria responsabilità in relazione ai disturbi localizzati al rachide lombo-sacrale, la sua impugnativa va respinta. (...)" (doc. F, punto 2.3, pag. 11). A detta conclusione il TCA è giunto anche considerando il rapporto operatorio del 16 dicembre 2016 – richiamato dalla Fondazione per sostenere che "(...) l'invalidità ai sensi dell'Al debba esser ricondotta ad una causa preesistente rispetto alla copertura assicurativa LPP. (...)" (III, punto 2.2, pag. 6) – nel quale il dr. _____ ha sottolineato la diagnosi di "(...) Sindrome lomboradicolare destra deficitaria per neuropatia in esito da lesione traumatica del nervo sciatico destro su incidente nella circolazione 1980 (...)" (doc. 362/1447). Questo Tribunale – ritenuto, visto quanto sopra esposto e meglio, da una parte che i disturbi lombari non sono legati all'infortunio del 1980 bensì ad uno stato degenerativo da ricondurre alla malattia di Baastrup esacerbata dall'infortunio del 2009 e, dall'altra parte, che 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) – applicando la succitata giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.3 e 2.5) deve pertanto concludere che per il peggioramento dello stato di salute riconducibile ai disturbi lombari insorti dopo l'infortunio del 2009 deve rispondere la Fondazione quale istituto di previdenza al quale l'attore era assicurato in quel momento. Quanto ai disturbi a livello del rachide cervicale – visto che i periti del _____ hanno posto la “(...) Sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative in particolar modo a livello C5-C6 con componente cervicocefale, stato dopo trauma distorsivo della colonna cervicale nel 2008 (...)” (doc. 232/846) quale diagnosi con effetto sulla capacità lavorativa e ritenuto che dalla succitata STCA 35.2018.75 del 3 luglio 2019 (doc. F; confermata dal Tribunale federale con STF 8C_561/2019 dell'11 maggio 2020 sub doc. G) risulta che “(...) per quanto concerne invece i disturbi a livello del rachide cervicale, il TCA constata che nemmeno il rappresentante del ricorrente sostiene che essi sarebbero in qualche modo addebitabili al sinistro del 1980, il quale non ha interessato quella parte del corpo. D'altro canto, nella misura in cui l'avv. RA 1 sostiene che la problematica in questione costituirebbe una conseguenza naturale dell'infortunio del maggio 2008 (opinione che parrebbe del resto essere condivisa anche dal chirurgo ortopedico dott. _____ – doc. XXIII 1: “Sindrome cervico-vertebrale postraumatica dopo incidente da decelerazione”) (cfr. doc. X: “Il pregiudizio alle vertebre [cervicali, n.d.r.] risulta poi effettivamente assicurato dalla _____ (9) ed in concreto con il numero di sinistro 10.20560.08.4.” – il corsivo è del redattore), questo aspetto esula dall'oggetto litigioso, così come è definito dalla decisione impugnata. (...)” (doc. F punto 2.3, pag. 10) – questo Tribunale, ribadito ancora una volta che l'istituto di previdenza 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), in applicazione della succitata giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.3 e 2.5) deve concludere che anche per il danno alla salute riconducibile ai disturbi a livello del rachide cervicale insorti dopo l'infortunio del 2008 deve rispondere la Fondazione quale istituto di previdenza al quale l'attore era assicurato in quel momento. Riguardo al danno alla salute riconducibile alla patologia extra somatica va rilevato che la diagnosi di “(...) Sindrome depressiva a tinta distimica (ICD-10 F 34.1). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Ansia non altrimenti specificata (ICD-10 F 41.9). Accentuazione di tratti di personalità (ICD-10 Z 73.1). (...)” (doc. 232/846) è stata ritenuta dai periti del _____ quale diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa e che prima dell'inizio dell'assicurazione (il 15 gennaio 2001; cfr. doc. C) presso la Fondazione nessun danno psichico si era già manifestato. Infatti, i periti del _____, quanto alla percentuale d'incapacità lavorativa del 30% massimo per motivi psichiatrici, hanno precisato che “(...) secondo la nostra consulente tale percentuale vale dall'inizio del trattamento psichiatrico presso il Dr. med. _____ da luglio 2013. La diminuzione della capacità lavorativa è giustificata dal fatto che l'A. appare depresso, ansioso, ipostenico, affaticato e facile alla stanchezza, concentrato su temi di sofferenza somatica adducendo i limiti di un cognitivo per il resto normale. (...)” (doc. 232/856). Stante quanto precede, si deve concludere che anche per i danni legati alla patologia extra somatica – visto che il danno psichico si é manifestato dopo l'inizio dell'assicurazione e conformemente alla succitata giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.3 e 2.5) – deve rispondere la Fondazione quale istituto di previdenza a cui l'attore era assicurato al momento del loro insorgere. 2.9 Ritenuto che le decisioni dell'Ufficio AI del 31 agosto 2017 (doc. D = doc. 392/1649-1650, 393/1651-1652 e 394/1653-1654 con le motivazioni

sub doc. 388/1627-1637) sono state notificate alla Fondazione che non le ha impugnate, in applicazione della succitata giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.4) questo Tribunale deve ritenere vincolanti le conclusioni a cui è giunta l'amministrazione secondo cui AT 1 ha diritto a una rendita AI di tre quarti dal 1. aprile 2009 al 31 dicembre 2011, ad un quarto di rendita dal 1. gennaio 2012 al 28 febbraio 2017 e a una rendita intera dal 1. marzo 2017. Al riguardo va segnalato pure che questo Tribunale, nell'ambito del ricorso del 6 ottobre 2017 (doc. 398/1661-1669) interposto da AT 1 contro le succitate decisioni – premesso che “(...) oggetto litigioso è unicamente, come da richiesta ricorsuale, il diritto per l'assicurato di ottenere gli interessi di mora sulle prestazioni arretrate riconosciute con la decisione impugnata. Esula, per contro, dalla presente vertenza e non sarà quindi oggetto di approfondimento da parte di questo Tribunale il calcolo del grado di invalidità e, di conseguenza, della rendita riconosciuta all'assicurato nella decisione impugnata, in via di revisione, a partire dal 1° aprile 2009. (...)” (doc. 417/1814) –, lo ha respinto con STCA del 18 aprile 2018 (incarto 32.2017.165) cresciuta incontestata in giudicato (doc. 417/1808-1820). Inoltre va da una parte rilevato che, come accennato (cfr. consid. 1.2), chiamato a pronunciarsi sul ricorso interposto contro la decisione di soppressione della rendita del 21 febbraio 2006 – decisione emessa nell'ambito della revisione intrapresa d'ufficio nel 2005 dopo che l'Ufficio AI, a seguito del grave incidente della circolazione avvenuto nel luglio 1993 e della richiesta di prestazioni presentata nel luglio 1994, aveva riconosciuto a AT 1 il diritto ad una mezza rendita dal 1. luglio 1994 confermandolo, in seguito, con comunicazioni del 27 gennaio 1998 e del 2 settembre 2003 – questo Tribunale con STCA del 31 maggio 2007 (doc. 123/451-484) ha rinviato gli atti all'Ufficio AI per accertamenti di natura economica ritenuto che, quanto all'evoluzione dello stato di salute, “(...) dopo attento esame degli atti all'inserto, questo Tribunale ritiene che le condizioni di salute dell'assicurato non siano né migliorate, né peggiorate nel corso del tempo, ma siano rimaste invariate, come peraltro indicato dall'interessato stesso nel questionario per la revisione della rendita (doc. AI 94). Come rilevato dal dr. _____ nelle sue annotazioni 1° febbraio 2006, dalla documentazione medica agli atti risulta che lo stato di salute dell'assicurato non ha subito modifiche di rilievo dal 1995, allorquando dalla valutazione peritale della Clinica _____ emergeva un grado di inabilità al lavoro del 50% come meccanico e, dalla valutazione _____ di _____, risultava esigibile sull'arco di un'intera giornata lavorativa un'attività con possibilità di alternare la posizione seduta con quella eretta, che non richiedesse il mantenimento di una posizione prolungata (oltre 30-40 minuti), che non implicasse il sollevamento di pesi superiori ai 15-20 kg e che non prevedesse lavori prolungati in posizione accovacciata. Il dr. _____ ha quindi concluso che essendo la situazione valetudinaria dell'assicurato sostanzialmente rimasta inalterata, egli continua ad essere inabile al lavoro al 50% nella sua precedente professione di meccanico, mentre è da considerare pienamente abile al lavoro in attività leggere adeguate, rispettose dei limiti funzionali citati (doc. AI 112). (...)” (doc. 123/470-471). Dall'altra parte va evidenziato che, sempre questo Tribunale, nella succitata STCA 35.2018.75 del 3 luglio 2019 (doc. F) (confermata dal Tribunale federale con STF 8C_561/2019 dell'11 maggio 2020 sub doc. G), ha negato la revisione della mezza rendita LAINF in vigore sviluppando in particolare le seguenti considerazioni: “(...) Ricordato che entrano qui in discussione soltanto i disturbi infortunistici, addebitabili al sinistro del 1980 (e che occorre dunque fare astrazione, in particolare, dalle problematiche interessanti il rachide lombare e cervicale, le ginocchia e da quella psichica), questo Tribunale non vede alcuna valida ragione per discostarsi dalla valutazione espressa dai fiduciari

dell' _____, secondo i quali lo stato di salute infortunistico dell'assicurato non è peggiorato né dal profilo ortopedico né da quello neurologico, in misura tale da giustificare una modifica nell'esigibilità lavorativa a suo tempo stabilita (in occasione della chiusura della ricaduta del 2008). Contrariamente a quanto sostiene il ricorrente, la restante documentazione agli atti non permette di giungere a una diversa conclusione. Da una parte, all'assicurato non può essere di nessun soccorso il fatto che, nel loro referto del 13 agosto 2012, i periti giudiziari abbiano ammesso l'intervento di un aggravamento dello stato di salute neurologico, nel senso di un incremento dei dolori neuropatici. Il TCA ha in effetti già tenuto conto di tale circostanza nel suo giudizio 35.2011.9, laddove ha stabilito che, nonostante il peggioramento, AT 1 continuava ad essere in grado di lavorare alle dipendenze della ditta _____ con un pensum del 50% (cfr. doc. 431 – fasc. 3). Dall'altra, se è vero che l'assicurazione per l'invalidità ha posto l'assicurato al beneficio di una rendita intera (con un corrispondente grado d'invalidità del 100%) a contare dal 1° marzo 2017, è altrettanto vero che in quel contesto sono stati presi in considerazione tutti i danni alla salute di cui è portatore il ricorrente, dunque anche quelle problematiche che non riguardano l' _____, rispettivamente la presente procedura. Occorre infine rilevare come nessuno dei medici curanti che si sono pronunciati sul caso di specie, si sia confrontato con la questione di sapere se, in ragione di un aggravamento delle condizioni di salute infortunistiche, l'esigibilità lavorativa stabilita in occasione dell'ultima revisione della rendita sia o meno ancora valida (si vedano, ad esempio, le certificazioni agli atti del reumatologo dott. _____ – allegati ai doc. X e XXV). Sulla scorta di quanto precede, non essendo intervenuto alcun rilevante cambiamento nell'esigibilità lavorativa dell'insorgente, questo Tribunale non ritiene adempiute le condizioni per procedere all'auspicato aumento della rendita d'invalidità in vigore, assegnata dall'assicuratore convenuto a dipendenza dell'infortunio dell'agosto 1980. Non può giustificare una diversa soluzione neppure la circostanza che, a contare dal mese di luglio 2017, AT 1 non risulta più essere direttore della ditta _____ (cfr. allegati ai doc. VIII e X), posto che, non essendo dimostrato un peggioramento dello stato di salute infortunistico con incidenza sull'esigibilità lavorativa a suo tempo stabilita, l'abbandono dell'abituale posto di lavoro è da imputare a ragioni extra-infortunistiche. (...)” (doc. F, punto 2.6.1.6, pagg. 20 e 21). Dalle suesposte considerazioni risulta che il TCA, avuto riguardo alle conseguenze degli infortuni del 1980 e del 1993, ha riconosciuto una situazione valetudinaria stabile nel tempo. Pertanto, a mente di questo Tribunale, l'aumento del diritto a una rendita AI di tre quarti dal 1. aprile 2009 al 31 dicembre 2011 (grado d'invalidità del 65%) e a una rendita intera dal 1. marzo 2017 in avanti (grado d'invalidità del 100%) – aumento, come visto sopra, stabilito con le decisioni dell'Ufficio AI del 31 agosto 2017 che, lo si ribadisce, sono vincolanti anche per la Fondazione che non le ha impugnate – va ricondotto alle conseguenze degli infortuni del 2008 e del 2009 e ai problemi psichici in seguito sorti. Per i motivi sopra esposti (cfr. consid. 2.7), tanto per il peggioramento dello stato di salute riconducibile ai disturbi lombari insorti dopo l'infortunio del 2009, quanto per i disturbi a livello del rachide cervicale insorti dopo l'infortunio del 2008 che per il danno alla salute di natura psichica, deve di principio rispondere la Fondazione quale istituto di previdenza al quale l'attore era assicurato al momento del loro sorgere. 2.10 Si tratta ora di stabilire, sulla scorta delle risultanze AI, l'entità della rendita a carico della Fondazione convenuta, la quale dev'essere determinata in funzione del tasso effettivo d'occupazione (DTF 144 V 63 consid. 6.2, DTF 144 V 72 consid. 4.2 e 4.3, DTF 141 V 127 consid. 5.3.2; STF 9C_837/2017 del 7 giugno 2017 consid. 5.3 e ivi riferimenti; STFA B 47/97 del 15 marzo

1999 pubblicata in SZS 2001 pagg. 85ss; Hürzeler, Invaliditätsproblematiken in der beruflichen Vorsorge, 2006, n. 489s pagg. 205ss), ossia, nel caso concreto, tenuto conto di un pensum del 50% e non, come stabilito in ambito AI, in considerazione di un carico di lavoro a tempo pieno (cfr. decisione AI del 31 agosto 2017 in doc. D), ritenuto che, nella misura in cui il rischio invalidità si realizza solo nella parte non assicurata ai fini previdenziali, non sussiste nei confronti dell'istituto di previdenza il diritto a prestazioni d'invalidità (STF 9C_821/2010 del 7 aprile 2011 consid. 4.2; STF 9C_161/2007 del 6 settembre 2007 consid. 2; DTF 141 V 135 consid. 5.3.2). Occorre pertanto in un primo momento determinare in che misura il danno invalidante si ripercuote sull'attività assicurata ai fini previdenziali, per poi procedere, in un secondo tempo, alla ponderazione della limitazione dovuta al danno alla salute in funzione del grado d'occupazione assicurato (Hürzeler, Teilinvalidität-Teilzeitarbeit: Neue Lösungen, neue Herausforderungen?, in Kieser/Stauffer (Hrsg), BVG-Tagung 2016, Aktuelle Fragen der beruflichen Vorsorge, IRP-HSG, 2017, pagg. 12s; cfr. STF 403/2015 del 23 settembre 2015 consid. 5 [ripresa anche in Bollettino LPP UFAS n. 142 cifra 944] dove il discapito in ambito LPP è stato stabilito con riferimento al grado d'invalidità AI determinato, come nel presente caso [cfr. anche STF 9C_161/2007 del 6 settembre 2007], per mezzo del raffronto dei redditi; cfr. anche STF 9C_634/2006 del 19 dicembre 2008 consid. 5 dove il discapito economico in ambito LPP è stato invece determinato senza raffronto dei redditi con riferimento al grado d'incapacità lavorativa). Nella fattispecie in esame, tenendo conto del grado d'invalidità AI determinato, tramite raffronto dei redditi, con riferimento all'esercizio di attività lavorativa a tempo pieno (cfr. decisione AI in doc. D) e alla luce dell'art. 23 delle Disposizioni generali del Regolamento di previdenza (riportato sopra al consid. 2.6; cfr. doc. A), stante un pensum del 50% è solo a partire da dicembre 2016 che l'assicurato presenta un discapito economico pensionabile in ambito LPP. Infatti, dal 2009 (aprile) al 2011 (dicembre) con un grado AI del 65% si ha – dopo ponderazione – un grado d'invalidità LPP del 30% (15 [parte assicurata] : 50 [pensum] x 100 ; cfr. per es. STF 403/2015 del 23 settembre 2015) che non apre il diritto a prestazioni (cfr. art. 23 Disposizioni generali del Regolamento, citato al consid. 2.7, che prevede il diritto ad una rendita a partire da un grado d'invalidità del 40%; cfr. al proposito il consid. 5.3 della citata STF 403/2015 del 23 settembre 2015). A maggior ragione non vi è diritto a prestazioni LPP sino ad aprile 2009, il tasso d'invalidità AI del 50% corrispondendo al tasso d'occupazione del 50% e non essendovi pertanto alcuna parte d'attività assicurata. Quindi neppure dal 2012 sino a novembre 2016, stante un grado AI del 48%, vi è invalidità in ambito LPP. Da dicembre 2016, per contro, considerato un grado AI del 100%, l'assicurato presenta un grado d'invalidità del 100% anche in ambito LPP (50 [parte assicurata]: 50 [pensum] x 100). Come per la rendita AI (cfr. consid. 1.3 e decisione AI in doc. D), stante il peggioramento dell'incapacità al guadagno a far tempo da dicembre 2016, l'erogazione della rendita intera LPP ha effetto a partire dal 1. marzo 2017 (ossia non appena l'aggravamento dell'incapacità al guadagno perdura da tre mesi (art. 88a cpv. 2 OAI). Occorre infatti ricordare che secondo la giurisprudenza federale, una rendita d'invalidità del secondo pilastro dev'essere modificata o soppressa in via di revisione alle medesime condizioni materiali di una rendita dell'assicurazione invalidità, riservate eventuali diverse disposizioni regolamentari – in casu non presenti – per quanto riferito alle prestazioni sovraobbligatorie (DTF 143 V 434 consid. 2.3, 3.3 e 3.4; DTF 138 V 409 consid. 3.2 con riferimento a DTF 133 V 67 consid. 4.3.1; Hürzeler, Commentaire LPP et LFLP, cit., art. 23 n. 23, pag. 351; Stauffer, Berufliche Vorsorge, 2012, n. 1122 pag. 412). Al medesimo risultato si giunge operando una valutazione basata non sul grado d'invalidità

AI ma sulla ponderazione del reddito senza invalidità – cui è di principio vincolato l'istituto di previdenza – in funzione del tasso d'occupazione e procedendo quindi ad un nuovo raffronto dei redditi (metodo, questo, non esclusivo ma che viene raccomandato per motivi di praticità dalla giurisprudenza federale; cfr. DTF 144 V 63 consid. 6.3; Bollettino LPP UFAS n. 148 cifra 990). Nel caso in disamina, considerando i redditi stabiliti in ambito AI (cfr. decisione AI in doc. D), in effetti è solo a partire dal dicembre 2016 che dal raffronto dei redditi e dopo ponderazione in base al tasso d'occupazione (50%) si ottiene – pur considerando un aggiornamento del reddito da valido a tale anno ma stante una incapacità del 100% dell'assicurato nell'esercizio di qualsiasi attività lavorativa – un grado d'invalidità pensionabile (100%) in ambito LPP. Infatti per il 2009 dal raffronto di fr. 45'480 (reddito da valido ponderato) e fr. 32'115 (reddito da invalido) risulta una incapacità al guadagno del 31.5% ($[45'480 - 32'115] : 45'480 \times 100$). Per il 2010 si ha invece un grado d'invalidità del 29.4% ($[45'859 - 32'389] : 45'859 \times 100$). Pure non pensionabile è l'incapacità di guadagno per il 2011, a fronte di un (leggero) aumento del reddito da invalido rispetto al 2010 non essendovi infatti stato un aumento della perdita di guadagno riconducibile a un peggioramento dello stato di salute (cfr. decisione AI in doc. D). Dal 2012 al 2016 (novembre), infine, il reddito da invalido avendo sempre superato quello (ponderato) da valido (cfr. decisione AI in doc. D), non si ha alcun discapito economico per la parte assicurata LPP. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la petizione va parzialmente accolta nel senso che la CV 1 deve versare all'attore una rendita intera d'invalidità della previdenza professionale per un grado d'invalidità del 100% (art. 23 cpv. 2 lett. a Disposizioni generali del Regolamento di previdenza) dal 1. marzo 2017 in avanti.

2.11 AT 1 ha chiesto anche il riconoscimento di interessi moratori sulle prestazioni dovute. A tal proposito va rilevato che, in materia di previdenza professionale, il Tribunale federale ha stabilito che in caso di versamento tardivo di una prestazione gli interessi di mora sono dovuti (DTF 119 V 131 consid. 4 pag. 134, confermata in DTF 137 V 373 e 130 V 414; vedi anche STF 9C_66/2012 del 25 giugno 2012 e 9C_334/2011 del 2 agosto 2011). In tal caso va applicato il tasso previsto dal regolamento (cfr. art. 104 cpv. 2 CO; SZS 1994 pag. 468; DTF 119 V 133; DTF 117 V 350; STF 9C_66/2012 del 25 giugno 2012).

Nell'evenienza in cui la questione non è stata disciplinata, si applica l'art. 104 cpv. 1 CO, di natura dispositiva, secondo cui l'interesse dovuto ammonta al 5% annuo. Per quanto riguarda la decorrenza degli interessi di mora l'Alta Corte applica l'art. 105 cpv. 1 CO secondo cui “ il debitore in mora al pagamento di interessi o alla corresponsione di rendite od al pagamento di una somma donata non deve gli interessi moratori se non dal giorno in cui si procedette contro di lui in via esecutiva o mediante domanda giudiziale” (DTF 119 V 135 consid. 4c con riferimenti; STF 9C_66/2012 del 25 giugno 2012). Per la giurisprudenza inoltre, gli interessi di mora sono dovuti sia nella previdenza obbligatoria che in quella sovraobbligatoria, considerato come il rapporto giuridico tra gli assicurati e l'istituto previdenziale nella previdenza sovraobbligatoria è di natura contrattuale, come quello relativo alla previdenza preobbligatoria (contratto innominato; DTF 119 V 134 consid. 4a e 115 V 37 consid. 8c). Di conseguenza anche in tal caso si applica la parte generale del codice delle obbligazioni e quindi gli art. 102 seguenti (DTF 119 V 134 consid. 4a, 115 V 37 consid. 4c). Nel caso di specie l'art. 34 delle Disposizioni generali del Regolamento di previdenza regola gli interessi di mora e al cpv. 1 stabilisce che “(...) Se la Fondazione è in mora con il pagamento delle prestazioni di previdenza, l'interesse di mora corrisponde al tasso di interesse LPP. Sui pagamenti di rendite retroattivi non sussiste alcun diritto a un interesse. (...)” (doc. A). Ora, il tasso d'interesse LPP è quello stabilito dal Consiglio

federale all'art. 12 OPP2 ("Saggio minimo d'interesse") e che dal 1. gennaio 2017 corrisponde al 1% al minimo. Nel caso in esame, non prevedendo il Regolamento di previdenza (cfr. art. 12 Disposizioni generali) un tasso superiore, va applicato il tasso dell'1%. Ne discende che sulle prestazioni d'invalidità dovute all'attore a contare dal 31 luglio 2020 (data dell'introduzione della presente azione giudiziaria) deve essere riconosciuto un interesse moratorio dell'1% dalla scadenza di ciascuna rendita mensile.

2.12 La procedura è gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP, art. 29 cpv. 1 LPTCA). Vincente in causa e rappresentato da un avvocato, AT 1 ha diritto alla rifusione di fr. 1'800 a titolo di ripetibili (IVA inclusa).

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