

TI_GERICHTE 34.2022.28 vom 5. September 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-09-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2022.28

FR: TI_GERICHTE 34.2022.28 du 5 septembre 2022

IT: TI_GERICHTE 34.2022.28 del 5 settembre 2022

Erwägungen

E. 30

novembre 1993; STCA 34.200.43-46 del 27 agosto 2001). Come ribadito, non è infatti la diagnosi di una malattia o l'apparizione di eventuali disturbi in quanto tali a costituire l'evento assicurato ai sensi dell'art. 23 LPP, ma piuttosto l'intervento di un'incapacità lavorativa o una diminuzione di rendimento di una certa importanza (di almeno il 20%) dovuta all'affezione invalidante (STF 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008 consid. 3.3; STFA B 74/01 del 29 maggio 2002). In realtà, nella fattispecie vi è tutt'al più da ritenere che le medesime lesioni dovute alle lussazioni della spalla abbiano subito un sostanziale peggioramento a seguito dell'infortunio del 2010, circostanza questa di fatto confermata dal dr. _____ per il quale la lesione in questione era di origine post-traumatica, essendo verosimilmente da ricondurre all'infortunio del 2010 e, unitamente alle altre diagnosticate alla spalla infortunata, si era vieppiù acuita con un'instabilità anteriore della spalla sempre più evidente (cfr. i già citati scritti del 28 maggio 2015, doc. AI pag. 305 e del 27 aprile e 24 luglio 2014 e del 14 gennaio 2016). Gli accertamenti medici eseguiti nell'estate 2014 (in particolare l'artro RM del 16 luglio 2014, doc. AI pag. 201) avevano infatti permesso di accertare, nella spalla sinistra presentante un'importante instabilità anteriore, la lesione di Hill Sachs (e quella di Bankart), ovvero una lesione anatomopatologica da riferirsi al primo trauma iniziale. A mente di questo TCA non si può in ogni modo parlare di diverse patologie qualitativamente distinte, ma di diverse problematiche connesse e dipendenti una all'altra. Esse rappresentano la manifestazione di un danno alla salute sostanzialmente uguale che, a seguito dell'infortunio del marzo 2010, ha portato all'invalidità. Sia in effetti ribadito che il nesso causale materiale è dato quando il danno alla salute all'origine dell'invalidità è sostanzialmente lo stesso che ha, a suo tempo, causato l'incapacità lavorativa. In proposito non è invece rilevante che tra la malattia che ha portato all'incapacità lavorativa e quella che causa poi l'invalidità esista un rapporto di causalità adeguata (cfr. anche Hürzeler, op. cit., p. 343). Del resto il TCA, nella citata STCA del 11 giugno 2015 (STCA 35.2014.68), per quanto riguarda le lesioni di Hill Sachs e di Bankart (ferita anteriore del labbro glenoideo della spalla) aveva affermato che "non si tratta di reperti che non erano noti al momento in cui questa Corte ha emanato la sentenza del 9 settembre 2013", ovvero pronunciandosi sulla decisione dell'_____ del 26 febbraio 2013 (consid. 1.4). Nell'apprezzamento medico del 14 aprile 2015, citato nella STCA 35.2014.68, la dr.ssa _____, esprimendosi sul rapporto del 5 marzo 2015 del dr. _____ (menzionante le due nuove diagnosi), aveva in effetti ribadito che "non siamo in presenza di nuovi dati medici" (STCA 35.2014.68 consid. 2.5). Questo Tribunale deve quindi concludere che relativamente all'inabilità lavorativa riconducibile alle lesioni alla spalla causate dalle lussazioni (fra le quali quella importante del 15 marzo 2010) e alle lesioni che ne sono derivate, rispettivamente alle problematiche insorte successivamente all'intervento di stabilizzazione eseguito nel dicembre 2014 allo scopo di rimediare alla

marcata instabilità della spalla cagionante le lussazioni, sono adempiuti i presupposti di cui all'art. 23 LPP per il riconoscimento all'attore di una rendita del 2. pilastro da parte della fondazione di previdenza convenuta, nella sua qualità di istituto di previdenza presso il quale egli era assicurato nel mese di marzo 2010, ossia nel momento in cui, per la prima volta, la lesione della spalla e le conseguenze della lussazione riportata quel giorno hanno originato un'incapacità lavorativa rilevante e duratura che ha poi causato l'invalidità che ancora perdura. Come ribadito, non è infatti la diagnosi di una malattia o l'apparizione di eventuali disturbi in quanto tali a costituire l'evento assicurato ai sensi dell'art. 23 LPP, ma piuttosto l'intervento di un'incapacità lavorativa di una certa importanza (di almeno il 20%) dovuta all'affezione invalidante (STFA del 29 maggio 2002, B 74/01). Il fatto che l'intervento alla spalla del dicembre 2014 (che ha poi contribuito a originare un'inabilità lavorativa e un'invalidità pressoché continua), possa essere stato motivato anche da un'affezione (la lesione di Hill-Sachs) che era già stata diagnosticata nel 2001, non muta al fatto che la stessa non aveva provocato prima del 15 marzo 2010, un'incapacità lavorativa di rilievo ai sensi dell'art. 23 LPP.

2.10. Ammessa quindi di principio la responsabilità della convenuta anche per l'aumento del grado di inabilità lavorativa intervenuto nel corso dell'anno 2014 (da situare, secondo la decisione dell'AI del 14 marzo 2017, a dicembre 2014 con l'intervento effettuato dal dr. _____ il 18 dicembre 2014; cfr. doc. AI pag. 480), occorre stabilire in che misura la fondazione convenuta sia chiamata a rispondere per il peggioramento intervenuto.

2.10.1. Val la pena innanzitutto ribadire che qualora esiste 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). Il precedente istituto di previdenza rimane responsabile anche per l'aumento del grado di invalidità, a meno che sia nel frattempo intercorso un periodo di ritrovata completa abilità lavorativa interruzione del nesso temporale (Stauffer, Rechtsprechung, all'art. 23 pag. 76 con riferimenti; cfr. anche Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 54 pag. 376; DTF 123 V 265 consid. 1c e 2; STFA B 24/01 del 24 febbraio 2003; STF 9C_658/2016 del 3 marzo 2017 consid. 6.4.2). Questi principi sviluppati sull'art. 23 LPP valgono di massima anche nell'ambito della previdenza sovraobbligatoria, a meno che il Regolamento o gli statuti prevedano diversamente (segnatamente in riferimento al concetto di invalidità rilevante e al rischio assicurato; cfr. DTF 123 V 264 consid. 1b; STFA B 101/02 del 22 agosto 2003 consid. 4 e STFA B 536/2012 del 28 dicembre 2012 consid. 2.2). In particolare un precedente istituto di previdenza può rifiutare la copertura di prestazioni sovraobbligatorie per l'aggravamento del grado di invalidità intervenuto in un momento in cui un assicurato (già parzialmente invalido) non era più assicurato, qualora il Regolamento faccia dipendere la concessione di prestazioni di invalidità dal manifestarsi dell'invalidità (non solo dell'inabilità lavorativa) ancora durante la durata del rapporto assicurativo rispettivamente (legittimamente) preveda un limite temporale della copertura per il caso di aumento del grado di invalidità dopo la fine del rapporto di previdenza (Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 58 pag. 378; DTF 136 V 65 consid. 3.5 e riferimenti; Vetter-Schreiber, op. cit. all'art. 23 n. 46 con riferimento alla STFA B 91/02 del 24 aprile 2003).

2.10.2. Per quanto riguarda la situazione dopo l'intervento del dicembre 2014, come ricordato, l'Ufficio AI, nella sua decisione del 14 marzo 2017, ha concluso che il peggioramento delle condizioni dell'assicurato, con conseguente inabilità totale, fosse da situare al dicembre 2014, ossia al momento in cui egli è stato sottoposto all'intervento chirurgico alla spalla eseguito dal dr.

_____ . Ora, come già espresso nella pronuncia del 15 novembre 2021, sebbene questa conclusione non appaia manifestamente errata, questo Tribunale, che su questo punto può decidere autonomamente (consid. 2.7), ritiene più plausibile che le condizioni di salute dell'interessato abbiano subito un deterioramento sensibile, con conseguente ulteriore diminuzione dell'abilità lavorativa, verosimilmente già dall'estate 2014. Tale peggioramento appare in effetti da ascrivere non (o comunque non solo) alle complicazioni dell'intervento, ma primariamente alle affezioni alla spalla provocate dall'infortunio del marzo 2010. Infatti, dall'incarto AI (cfr. in esteso al consid. 2.8.1) si evince da un lato che per il periodo successivo all'agosto 2012 e sino all'estate 2014 sono state rese certificazioni mediche relative a visite o controlli (per esempio al _____ il 29 marzo e il 9 settembre 2013, doc. AI pag. 1064 e 1099) che confermavano sostanzialmente la già nota situazione medica, definita stabilizzata, e non documentavano un'inabilità lavorativa per periodi di lunghezza rilevante. Del resto, anche il medico SMR, nell'annotazione del 3 aprile 2014, riferendosi alla documentazione richiamata dall'_____, aveva confermato che l'inabilità lavorativa completa era limitata al periodo dal 15 marzo 2010 al 7 agosto 2012 (doc. AI pag. 183). Dall'altro lato, come detto (cfr. consid. 2.9.1), dall'estate 2014 gli atti sembrano per contro documentare un deterioramento delle condizioni della spalla. Non solo le certificazioni dei sanitari del Centro per la terapia del dolore dell'_____ (cfr. referto del dr. _____ del 5 giugno 2014, doc. AI pag. 196), ma anche i medici della Clinica _____ (certificazione del 6 giugno 2014, doc. AI pag. 189), e il dr. _____ evidenziano l'intervento di un peggioramento (cfr. scritti del 7 e 24 luglio 2014; doc. AI pag. 197 e 204). L'assicurato viene visitato il 26 maggio e 23 giugno 2014 anche dal dr. _____, neurochirurgo (doc. AI pag. 198 e 200), e su indicazione del dr. _____, visti i gravi disturbi lamentati, viene eseguita la già menzionata artro RM il 16 luglio 2014 (doc. AI pag. 201), ciò che infine conduce alla decisione di eseguire l'intervento di stabilizzazione il 18 dicembre 2014. Del resto è proprio in questo periodo che l'assicurato, sulla base delle nuove certificazioni, aveva deciso di avviare la procedura di revisione e riconsiderazione in ambito _____ con l'obiettivo di riacquisire la copertura (cfr. l'istanza di revisione del 29 luglio/4 agosto 2014 chiedente la revisione della STCA 35.2013.24). In uno scritto del 29 luglio 2014 l'assicurato riferiva di aver deciso di effettuare l'operazione " vista la forte sintomatologia algica che non riesco a gestire" (doc. AI pag. 1170). Ora, precisato che, in assenza di certificazioni più precise e dettagliate, e ritenuto che essendo ormai trascorsi oltre dieci anni dai fatti non sarebbero attuabili atti istruttori su questo punto, non è possibile stabilire con esattezza il momento a partire dal quale l'assicurato abbia visto deteriorarsi ulteriormente la sua abilità lavorativa in questo periodo. Tuttavia, 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), appare altamente verosimile che la sua capacità lavorativa sia peggiorata in misura rilevante già nell'estate del 2014, verosimilmente dal luglio 2014 allorquando il dr. _____ ha ordinato l'artro RM e ha attestato un'inabilità completa (cfr. certificazioni del 7 e 24 luglio 2014, doc. AI pag. 197, 199). 2.10.3. L'inabilità lavorativa, dovuta alla medesima complessa situazione relativa alla spalla sinistra, è quindi proseguita inalterata anche nel periodo seguente, quantomeno sino al mese di giugno 2015 (sei mesi dopo l'operazione), come accertato dall'Ufficio AI, alle cui decisioni questo Tribunale è di principio vincolato anche in ambito LPP (consid. 2.7). In effetti, la documentazione agli atti documenta l'esecuzione dell'intervento di revisione alla spalla eseguito dal dr. _____ per l'indicazione "Instabilità anteriore con difetto osseo spalla

sinistra ” il 18 dicembre 2014 (doc. AI pag. 251 e 1287) con relativa attestazione di inabilità, incluso il successivo decorso postoperatorio difficoltoso, con dolori “ insopportabili ” (certificato dr. _____ del 20 gennaio 2015, doc. AI pag. 255) e con/su sospetto Sudeck, “ sintomatologia dolorosa/ipoestesica a partenza del gomito fino ad interessare tutta la mano sinistra ”, esantema cutaneo pruriginoso (doc. AI pag. 242 segg.). Nelle già citate certificazioni del 5 marzo, 9 aprile e 28 maggio 2015 il dr. _____ si è espresso in merito alla situazione e ha confermato un’ inabilità lavorativa completa (doc. AI pag. 271, in esteso al consid. 2.8.2; doc. AI pag. 275 e 305). Esaminati i vari atti medici, nei rapporti finali del 18 maggio e 27 luglio 2015 il medico SMR dr. _____, poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ Scapola alata sinistra su probabile lesione traumatica del nervo toracico lungo dopo lussazione posteriore del 15.3.2010 con discinesia scapulotoracale; 18.12.2014 intervento di stabilizzazione secondo Latarjet con sospetto di sudeck transitorio, attuale miglioramento funzionale ma persistenza di dolore neuropatico” – ovvero sempre le note diagnosi riferite alle problematiche alla spalla sinistra insorte a seguito dell’ infortunio del marzo 2010 – ha concluso per un’ inabilità completa dal 15 marzo 2010, con ripresa, in attività adeguate, di un’ abilità dell’ 80% dal 30 settembre 2012, nuovamente nulla dal 18 dicembre 2014 e del 50% dal 18 giugno 2015 (doc. AI pag. 294 e 321). Il 19 maggio 2016 il dr. _____ del SMR ha reso un nuovo rapporto finale, nel quale, confermate le note diagnosi con valenza invalidante di “ Scapola alata sinistra da lesione traumatica del nervo toracico lungo dopo lussazione posteriore del 15.3.2010 con discinesia scapulo toracale; 18.12.2014 intervento di stabilizzazione secondo Latarjet per instabilità con sospetta CRPS II e solo minimo miglioramento funzionale in persistenza di dolore neuropatico in/su plessopatia brachiale postoperatoria ”, ha confermato integralmente le precedenti conclusioni sull’ abilità lavorativa, correggendola al 60% dal 18 giugno 2015 (doc. AI pag. 409, cfr. in esteso al consid. 2.8.2). Questa conclusione merita integrale adesione, considerato come la stessa si basi sull’ attenta valutazione dei vari certificati medici che sono nel frattempo pervenuti agli atti e che hanno dimostrato che l’ inabilità lavorativa è perdurata, nella misura indicata dal medico SMR, e che la stessa sia sempre stata da ascrivere al medesimo quadro patologico (post-traumatico) attinente alla spalla sinistra. In effetti, tali conclusioni erano confermate non solo dal dr. _____ (cfr. certificazioni del 14 gennaio e 18 febbraio 2016 confermanti l’ inabilità lavorativa per le diagnosi di “ Scapola alata da neuropatia del nervo toracico lungo post-traumatica in seguito ad un trauma di Marzo 2010, esiti di instabilità anteriore post-traumatica alla spalla sx, Plessopatia brachiale sinistra in esiti di intervento di stabilizzazione secondo Latarjet con complex regional pain sindrom (CRPS) ”, doc. AI pag. 367), ma anche dal dr. _____ (cfr. certificato del 10 dicembre 2015 con il quale ha riferito che il paziente “ c ontinuava a soffrire a distanza di 5 anni di dolori misti neuropatici e nocicettivi alla spalla e al braccio sinistro, a causa di un trauma con lesione del nervo toracico lungo a sinistra. Da circa un anno si è aggiunta anche una nuova complicazione (CRPS) a seguito dell’ intervento di stabilizzazione Latarjet per via artroscopica eseguito il 12/2014 ” ; doc. AI pag. 336) e dai neurologi dell’ EOC [cfr. certificati del 2 e 22 febbraio 2016, riferenti di accertamenti eseguiti sul paziente “ affetto da scapola alata sx da neuropatia del n. toracico lungo sx in seguito a trauma del 03.2010 e plesso patia brachiale sx peri-operatoria (DD da posizionamento, DD blocco anestetico intrascalenico), complicata da complex regional pain syndrome (CRPS) tipo II nell’ ambito di intervento di stabilizzazione sec. Latariet assistita artroscopicamente alla scapola sx (12.2014) ”], doc. AI pag. 358; le sottolineature sono della redattrice). Con la decisione del 14 marzo 2017, l’ Ufficio AI ha

quindi riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. marzo 2011 con grado AI del 100 %, versata dal 1. aprile 2011 fino al 31 dicembre 2012 (art. 88a cpv. 1 OAI - tre mesi dal miglioramento). Dal 1. dicembre 2014 (risorgere dell'invalidità - art. 29bis OAI) ha nuovamente concesso una rendita intera con grado AI del 100%, diminuito al 64% dal 1. ottobre 2015 e conseguente attribuzione di tre quarti di rendita (art. 88a cpv. 1 OAI). Effettuato il confronto dei redditi ha stabilito un grado di invalidità del 28% per il periodo dal 30 settembre 2012 (inabilità del 20% in attività adeguate) e del 64% dal 18 giugno 2015 (doc. AI pag. 480). Si deve peraltro osservare che seppur dall'inserito si evincano altre problematiche alla salute che hanno interessato l'attore – come la discopatia cervicale, alcuni problemi al rachide lombare e problematiche psichiche – le stesse non sono tuttavia rilevanti al fine del presente contendere, giacché scarsamente influenzanti la capacità lavorativa, la quale appare essere stata compromessa, nei modi e nei tempi dianzi menzionati, già esclusivamente a motivo delle affezioni post traumatiche alla spalla sinistra (cfr. anche in proposito la STCA 35.14.68). Per quanto precede a tali conclusioni, tratte dall'Ufficio AI, questo TCA deve aderire, le menzionate conclusioni circa i gradi di inabilità lavorativa (e i conseguenti gradi di invalidità; cfr. ancora al consid. 2.12) potendo essere ripresi anche per quanto riguarda le prestazioni di invalidità dovute in ambito della LPP (cfr. consid. 2.3 e 2.7). Il TCA reputa quindi dimostrato, perlomeno secondo il già sopra menzionato criterio della verosimiglianza preponderante caratteristico del settore della sicurezza sociale, che l'assicurato sia stato, nel periodo interessato, inabile al lavoro nella misura e nei tempi decisi dall'assicuratore invalidità. 2.10.4. Alle conclusioni dell'AI questa Corte deve aderire anche nella misura in cui l'Ufficio AI, avviata una procedura di revisione, mediante decisione del 1. giugno 2018, ha ravvisato un peggioramento delle condizioni dell'assicurato, per le medesime diagnosi, con un'inabilità lavorativa totale dal giugno 2017 e un conseguente grado d'invalidità del 100% (doc. AI pag. 590). In effetti tali conclusioni si sono correttamente fondate sulle certificazioni del dr. _____, il quale nel giugno 2017 (e ulteriormente il 9 novembre 2017, doc. AI pag. 540) ha fatto valere un ulteriore peggioramento con inabilità lavorativa completa in ogni attività, sempre per le diagnosi di “esiti di un intervento di Latarjet con una plessopatia postchirurgica e una discinesia scapolo-toracica della spalla sinistra in esiti di lesione del nervo toracico lungo già precedente all'intervento chirurgico datante marzo 2010”, precisando che ormai il paziente presentava “una condizione funzionale dell'arto superiore sinistro pressoché totalmente deficitaria” e non più suscettibile di miglioramento (doc. AI pag. 525). Anche la neurologa dr.ssa _____ il 30 ottobre 2017 (e il 7 febbraio 2018; doc. AI pag. 572) ha dichiarato: “ (...) vi scrivo a proposito del summenzionato paziente allegandovi l'ultimo rapporto clinico. Come ben noto si tratta di un paziente noto per una patologia posttraumatica alla spalla sinistra con una scapola alata e insufficienza del muscolo serrato anteriore (esordio 2010) che ha determinato una instabilità della spalla. Ricordo che il paziente è stato operato nel dicembre 2014 per un intervento di stabilizzazione alla spalla presso l'_____ di _____. L'intervento si è purtroppo complicato con una grave lesione del plesso brachiale sinistro peri-operatoria, DD effetto tossico diretto dell'anestetico o di origine compressive, che ha determinato una severa sindrome dolorosa algodistrofica e una paresi dell'arto superiore sinistro. Si assisteva anche l'apparizione di una capsulite adesiva alla spalla sinistra, che tuttora comporta limitazione dei movimenti passivi del braccio. Purtroppo le condizioni cliniche del paziente rimangono gravi. Permane un severo dolore neuropatico resistente alle terapie conservative. Permane anche una severa limitazione dei movimenti della spalla sinistra. Il paziente è seguito regolarmente dalla

sottoscritta, dal collega ortopedico, presso il Centro _____ e sul piano psichiatrico. Con la vostra decisione il paziente è stato ritenuto inabile al lavoro al 100% per i primi 6 mesi post-operatori e poi inabile al 60%. A mio avviso questa valutazione non considera la presenza di una grave sindrome algica all'arto superiore sinistro che impedisce al paziente qualsiasi movimento funzionalmente valido con l'arto superiore sinistro, limita quindi la guida se non per tragitti molto brevi, limita le attività diurne, compresa l'igiene personale. Il dolore causa anche una depressione del tono dell'umore. Concordo con l'opinione del Dr. _____ che il paziente sia da considerarsi inabile al lavoro in misura totale. La sintomatologia algica e le limitazioni motorie dell'arto superiore sinistro sono verosimilmente da considerarsi definitive, visto che il dolore si è ormai cronicizzato. Mi associo quindi al parere del Dr. _____ chiedendo di rivedere la percentuale dell'abilità lavorativa.” (doc. AI pag. 533) Il dr. _____, il 9 novembre 2017, ha fatto ancora valere: " Ricordo solo brevemente che il paziente ha subito un intervento di stabilizzazione secondo Latarjet artroscopicamente assistita alla spalla sinistra nel 2014; è affetto da scapola alata sinistra e da neuropatia del nervo toracico lungo post-traumatica (2010); plessopatia brachiale sinistra di insorgenza peri-operatoria. In aggiunta alla valutazione neurologica descritta dalla Dottoressa _____ (vedi lettera del 25 ottobre 2017) si aggiunge che il paziente, all'ultima consultazione specialistica eseguita nel giugno 2017 presso il nostro ambulatorio (Dottor _____), lamentava dolore intenso e continuo alla spalla sinistra accentuato dal tentativo di mobilizzare attivamente il braccio; la mobilità e la motilità sono ridotte con un'escursione massima attiva e passiva di 45° circa di elevazione/abduzione; i dolori residui alla spalla persistono in modo intenso ed è evidente anche un deficit di forza della muscolatura del cingolo scapolo omerale della muscolatura intrinseca della mano che si presenta ipotrofica con un'intolleranza al tatto e un edema persistente con parestesie e disestesie. Il paziente non è più in grado di svolgere attività né leggere né pesanti con l'arto superiore sinistro, nemmeno al di sotto dei 90° di elevazione/abduzione; è in difficoltà nel controllare i movimenti fini della mano sinistra; non appena stimolata presenta subito dolore urente con alterazioni termo-tattiche ed edema. La suddetta condizione clinica è da considerare ormai stabilizzata e non più migliorabile con trattamenti conservativi né chirurgici; riteniamo il paziente inabile al 100% anche per attività lavorative leggere come operaio generico, vendita al dettaglio o venditore non qualificato. (...)” (doc. AI pag. 540) Appurato quindi il peggioramento delle condizioni documentato dai curanti, per persistenza di un grave dolore neuropatico e deficit motorio sempre alla spalla sinistra (confermato anche dal dr. _____, internista, nel certificato del 26 febbraio 2018 che attestava un'inabilità lavorativa completa per le diagnosi di “ plessopatia brachiale sx, scapola alata sx da neuropatia del nervo toracico lungo sx post traumatico (2010)”); doc. AI pag. 586), il SMR, con annotazione del 1. marzo 2018, ha ammesso un'inabilità lavorativa totale per ogni attività “ con costante peggioramento sia locomotorio che algico ” (doc. AI pag. 583). Di conseguenza, mediante decisione del 1. giugno 2018, l'Ufficio AI ha ammesso un peggioramento con inabilità lavorativa completa dal giugno 2017, e ha riconosciuto un aumento dei tre quarti di rendita a intera dal 1. settembre 2017 (doc. AI pag. 590). Va osservato che nella sua Annotazione del 26 aprile 2018, esprimendosi sulla domanda di assegno grandi invalidi, il SMR ha osservato che era “ corretto ritenere che la dipendenza da terzi è dovuta alla limitazione motoria dell'arto superiore sinistro in seguito all'infortunio tutelato dalla _____ e le sue conseguenze funzionali” (doc. AI pag. 604). A tali conclusioni questa Corte deve aderire, la conclusione circa un peggioramento – con una conseguente inabilità lavorativa completa in ogni attività

– a far tempo dal giugno 2017, a causa delle medesime patologie che già avevano motivato le prestazioni d’invalidità per il periodo precedente, apparendo ineccepibile. Sia peraltro osservato che questa conclusione è stata confermata nuovamente dal dr. _____ nella certificazione del 25 marzo 2021 (prodotta in corso di causa nell’ambito della precedente procedura STCA 34.2021.3), con la quale egli ha ribadito che l’assicurato, affetto in modo non migliorabile da “ plessopatia brachiale sinistra associata a sintomi di complex regional pain syndrome tipo 2 con annessa scapola alata sinistra da neuropatia del nervo toracico lungo post-traumatica da ormai più di 10 anni, esiti di una stabilizzazione secondo Latarjet alla spalla sinistra ed una cervicaglia cronica ”, con l’arto superiore sinistro che “ non è utilizzabile dal paziente né per lavori pesanti né per lavori leggeri, né al di sopra né al di sotto al livello delle spalle ”, confermando che l’assicurato era ormai da tempo inabile al 100% a qualsiasi tipo di inabilità lavorativa (doc. XV/1). 2.11. Sulla base di quanto precede questo Tribunale ritiene che la documentazione agli atti, richiamata dall’assicuratore infortuni e dall’AI, possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario esperire ulteriori accertamenti (cfr. STF U 350/06 del 20 luglio 2007 in cui l’Alta Corte ha ricordato che “ nell’ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l’amministrazione e il giudice delle assicurazioni sociali si fondino esclusivamente su basi di giudizio interne all’istituto assicuratore. ”). In base al già menzionato grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali, questo Tribunale ritiene che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per ammettere il necessario stretto nesso materiale tra le affezioni che hanno portato l’Ufficio AI a riconoscere prestazioni d’invalidità dopo il dicembre 2014 e il danno alla salute all’origine dell’invalidità insorto durante l’affiliazione alla convenuta e per concludere che l’interessato sia stato, nel periodo interessato, inabile al lavoro nella misura e nei tempi decisi dall’assicuratore invalidità. Al riguardo va ricordato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduca 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF U 349/06 dell’11 luglio 2007 consid. 6; SVR 2003 IV Nr. 1; STFA dell’11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell’11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell’11 gennaio 2002 nella causa D.SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Del resto, va osservato che un’ulteriore valutazione non potrebbe portare ad una diversa valutazione ritenuto anche che, secondo giurisprudenza, una riduzione della capacità lavorativa deve essere comprovata da certificazioni rilasciate in tempo reale e che un’incapacità lavorativa medico-teorica constatata solamente anni dopo con effetto retroattivo non è sufficiente (cfr. STF 9 C_210/2018 del 29 agosto 2018 consid. 2.2: “Korrekt ist schliesslich auch, dass der

Nachweis einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen grundsätzlich durch echtzeitliche ärztliche Atteste zu erbringen ist. Nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, reichen nicht aus (vgl. statt vieler Urteile 9C_96/2008 vom 11. Juni 2008 E. 2.2, 9C_368/2008 vom 11. September 2008 E. 2 Abs. 2; ausserdem Urteil 9C_52/2018 vom 21. Juni 2018 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

2.12. Ne discende che, essendo adempiuti i presupposti di cui all'art. 23 LPP, la Fondazione, nella sua qualità di assicuratore per la previdenza professionale dell'assicurato nel momento dell'infortunio del 15 marzo 2010, ossia nel momento in cui è insorto il danno alla salute che ha causato la successiva inabilità lavorativa, è tenuta a rispondere delle prestazioni previdenziali, incluso l'esonero dal pagamento dei premi nella misura non ancora accordata (cifra 5.10 del Regolamento), relativamente all'inabilità lavorativa riconducibile alle problematiche alla spalla sinistra, anche oltre il periodo di inabilità lavorativa completa attestata dal giorno dell'infortunio sino al mese di agosto 2012. Non solo infatti, come stabilito dal TF, è dato il legame temporale ai sensi dell'art. 23 LPP, tra le affezioni post-infortunistiche alla spalla sinistra invalidanti insorte durante l'affiliazione alla Fondazione convenuta, e la causa dell'inabilità lavorativa nuovamente attestata in misura rilevante a far tempo dall'estate 2014, e che ha portato alla nuova attribuzione di una rendita AI (secondo l'Ufficio AI tuttavia "solo" dal dicembre 2014), ma, per i motivi dianzi esposti, è dato anche il legame materiale. Come esposto, il danno alla salute causa dell'inabilità lavorativa è in effetti sempre rimasto sostanzialmente lo stesso e le problematiche che si sono aggiunte (le complicazioni insorte a seguito dell'intervento del dicembre 2014 rispettivamente le infine diagnosticate lesioni di Hill-Sachs e Bankart) sono pure strettamente collegate al danno primario e vanno quindi considerate appartenenti allo stesso complesso patologico. All'assicurato sono quindi dovute le prestazioni d'invalidità della previdenza professionale anche per il periodo successivo al novembre 2012. Per le ragioni dianzi esposte, alle conclusioni dell'AI circa i periodi di inabilità lavorativa (e i conseguenti gradi di invalidità) va prestata integrale adesione, fatto salvo per il periodo di decorrenza del peggioramento (con conseguente inabilità lavorativa completa), successivo al periodo di inabilità lavorativa del 20% decorrente dal mese di ottobre 2012, che secondo l'Ufficio AI va situato al dicembre 2014 (con l'intervento chirurgico del 14 dicembre 2014), mentre secondo questo Tribunale è da datare "già" al luglio 2014. In seguito l'assicurato è rimasto inabile completamente sino al 18 giugno 2015, momento a partire dal quale, in base agli accertamenti dell'AI cui va prestata integrale adesione, egli va considerato inabile nella misura del 60%. Infine, dal giugno 2017 egli va considerato nuovamente inabile completamente. Anche le conclusioni circa i gradi di invalidità dell'Ufficio AI meritano integrale conferma (cfr. l'art. 5.8.3 del Regolamento; cfr. la decisione del 14 marzo 2017, cresciuta incontestata in giudicato, doc. AI pag. 480; cfr. in esteso al consid. 2.8.2). In effetti, per quanto riguarda il periodo, dall'agosto 2012 al luglio 2014, l'Ufficio AI, per determinare il reddito da valido, considerato come al momento dell'infortunio e, quindi dell'insorgenza del danno alla salute, l'assicurato era già stato licenziato, si è riferito correttamente alle tabelle statistiche RSS (tabella TA1 - attività semplici e ripetitive, valore mediano, anno 2012), imputando un salario annuo di fr. 65'177 per il 2012. Per quanto riguarda il salario da invalido, facendo pure riferimento ai rilevamenti statistici ufficiali, rilevato che l'assicurato avrebbe potuto realizzare un salario annuo di fr. 65'177 (attività semplici e ripetitive, valore mediano), considerata una capacità lavorativa dell'80% in tali attività e operata una riduzione del 10% per tener conto della necessità di effettuare 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), l'Ufficio AI l'ha definito in fr. 46'928. Dal raffronto fra il reddito da valido (65'177) e quello da invalido (46'928) risulta una perdita di guadagno del 28%. Anche per quanto riguarda il periodo dal 18 giugno 2015 – momento a partire dal quale l'assicurato era inabile nella misura del 60% – sino al giugno 2017 (allorquando egli era nuovamente inabile in misura completa), il calcolo dell'Ufficio AI che ha definito un grado di invalidità del 64% va fatto proprio da questo TCA. In effetti, nella decisione del 14 marzo 2017, correttamente l'Ufficio AI ha raffrontato un reddito da valido, aggiornato al 2014, di fr. 65'177 a uno da invalido di fr. 23'821 (ottenuto riducendo il salario annuo teorico statistico di fr. 66'170 del 40% per considerare la capacità lavorativa del 60% e operando la già citata riduzione del 10%). Richiamati i principi dell'AI, applicabili giusta il rinvio di cui all'art. 26 LPP (cfr. consid. 2.3 e 2.4), e ricordato nuovamente 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 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), in aggiunta al diritto ad una rendita d'invalidità della previdenza professionale per un grado del 100% dal 1. aprile 2011 al 30 novembre 2012 (cfr. STCA 34.2021.3 del 15 novembre 2021 e STF 9C_659/2021), all'assicurato va quindi versata una rendita della previdenza sovraobbligatoria del 28% dal 1. dicembre 2012 al 30 giugno 2014 (cfr. la cifra 5.8.8. del Regolamento che prevede la concessione di una rendita d'invalidità già dal grado d'invalidità del 25%, corrispondente al grado d'incapacità al guadagno; cfr. consid. 2.5). Stante quindi il peggioramento della capacità al guadagno a far tempo dal mese di luglio 2014, all'assicurato è dovuta una rendita intera da tale data (cfr. le cifre 5.8.8, 5.8.9. e 5.8.10 del Regolamento che prevedono che in caso di modifica del grado d'incapacità al guadagno la rendita è adattata “ en conséquence à compter de la date de la modification ”, diversamente da quanto previsto dall'art. 88a OAI; cfr. consid. 2.5). Visto poi il miglioramento situato al giugno 2015, con un'inabilità lavorativa del 60% e un conseguente grado d'invalidità del 64%, la prestazione d'invalidità è ridotta a tre quarti di rendita (cfr. art. 5.8.8 del Regolamento, cfr. consid. 2.5) a far tempo dal 1. giugno 2015 (art. 5.8.9 del Regolamento, cfr. consid. 2.5). Visto infine il nuovo peggioramento dal giugno 2017, da tale data l'assicurato ha nuovamente diritto ad una rendita intera. Tuttavia, per quanto riguarda le prestazioni d'invalidità successive al peggioramento intervenuto dal luglio 2014, vale a dire in un momento in cui l'assicurato (a quel momento titolare di una rendita LPP del 28% per un'inabilità lavorativa del 20% in attività adeguate insorta ancora durante l'affiliazione alla Fondazione previdenziale) non era più assicurato presso la convenuta (la copertura è cessata al 1. aprile 2013; cfr. consid. 2.1), va detto quanto segue. Il già citato art. 5.8.12 del Regolamento applicabile prevede quanto segue: " (...) 5.8.12 Si le degré d'incapacité de gain d'une personne dont l'incapacité de gain partielle est assurée auprès de la Fondation augmente après sa sortie de l'œuvre de prévoyance et après expiration de la prolongation de la couverture, les dispositions ci-après sont applicables: • Si l'augmentation est due à la même cause que l'incapacité de gain partielle préexistante, le droit à une

augmentation des prestations n'est reconnu que sur la base et dans l'étendue des dispositions légales contraignantes. • Si l'augmentation du degré d'incapacité de gain est due à une autre cause, il n'existe aucun droit à une augmentation des prestations.” (cfr. consid. 2.5) Dal tenore di queste norme emerge che la Fondazione si è riservata – legittimamente (cfr. 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 alla STFA B 91/02 del 24 aprile 2003, cfr. in esteso al consid. 2.4) – il diritto di rifiutare il versamento di prestazioni sovraobbligatorie per l'aggravamento del grado di invalidità, da ricondurre alla medesima causa dell'incapacità di guadagno parziale preesistente, intervenuto in un momento in cui l'interessato (già parzialmente invalido) non era più assicurato, ossia dopo la fine del rapporto di previdenza. In tale caso sono dovute soltanto le prestazioni obbligatorie. Nella fattispecie occorre quindi concludere che l'aumento del grado di inabilità lavorativa e del grado di invalidità a far tempo dal luglio 2014 – momento a partire dal quale l'assicurato ha diritto ad una rendita intera – non comporta un aumento delle prestazioni nella misura sovraobbligatoria, ma soltanto nella misura delle prestazioni di legge. In sede di calcolo delle prestazioni dovute la convenuta dovrà adeguatamente tener conto della giurisprudenza del Tribunale federale, il quale, esprimendosi sul tema della portata del principio dell'imputazione in caso di aumento del tasso d'invalidità (art. 23 e 49 cpv. 2 LPP) nella STF 136 V 65 – concernente un caso di un assicurato, titolare di una mezza rendita di invalidità della previdenza professionale e divenuto invalido, per la medesima causa, in misura completa dopo l'uscita dall'istituto di previdenza –, ha precisato che se il diritto al minimo legale LPP di una persona invalida passa da una rendita parziale a una rendita intera, deve essere computato l'importo della rendita (parziale) regolamentare anche se quest'ultima – a motivo della decaduta responsabilità in ambito sovraobbligatorio per il peggioramento dell'invalidità intervenuto dopo la fine del rapporto previdenziale – si basa su un grado d'invalidità inferiore (principio dell'imputazione). Il cumulo della precedente rendita regolamentare con una nuova rendita parziale obbligatoria non è invece possibile (consid. 3.8; sul principio dell'imputazione cfr. anche Vetter-Schreiber, op. cit. ad art. 6 n. 3 pag. 38, s., ad art. 23 n. 47 pag. 119). All'assicurato sono pure dovute, unitamente alle rendite d'invalidità della previdenza professionale, anche le prestazioni per il figlio _____ (nato il _____ 2006, doc. AI pag. 5; cfr. art. 5.11 del Regolamento) oltre all'esonero dal pagamento dei premi nella misura i cui non sia ancora stato concesso. 2.13. Ne consegue l'accoglimento della petizione. Essendo la presente procedura gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP in relazione all'art. 29 cpv. 1 Lptca), alle parti non sono accollate tasse e spese di giustizia. Visto l'esito della procedura, l'assicurato, assistito da un legale e vincente in causa, ha diritto al versamento di un importo a titolo di ripetibili, che nel caso concreto appare giustificato quantificare in fr. 2'000 (IVA inclusa).

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