

TI_GERICHTE 34.2024.28 vom 12. Mai 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-05-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2024.28

FR: TI_GERICHTE 34.2024.28 du 12 mai 2025

IT: TI_GERICHTE 34.2024.28 del 12 maggio 2025

Erwägungen

E. 26

e 255, 128 V 24 e 247, 123 V 199 consid. 5c, 120 V 61 consid. 2b, SZS 1994 pag. 236; SZS 1998 pag. 393). Presupposto essenziale è che le indennità siano state effettivamente versate; un semplice diritto non è sufficiente (Vetter-Schreiber, Berufliche Vorsorge, 2013, ad art. 26 BVV 2 n. 3 pag. 396 con riferimenti; Hürzeler in Schneider/Geiser/Gächter, (éd.), Commentaire LPP e LFLP, ad art. 26, n. 8, pag. 387). Il diritto ad una rendita d'invalidità può tuttavia essere differito soltanto se le disposizioni interne (regolamento, statuto) dell'istituto di previdenza lo prevedono esplicitamente (DTF 123 V 199 e 120 V 61; Hürzeler, op. cit., ad art. 26, n. 10, pag. 387). L'istituto di previdenza non autorizzato a differire la rendita per mancato adempimento delle condizioni cumulative previste dall'art. 26 OPP2 (o in difetto di una specifica norma regolamentare) non può nemmeno ridurre la prestazione prevalendosi dell'art. 24 OPP2 in relazione con l'art. 34a cpv. 2 LPP considerato come le indennità giornaliere di malattia non sono dei proventi da prendere in considerazione nell'ambito del calcolo di un'eventuale sovrassicurazione (Hürzeler, op. cit., ad art. 26 n. 11, pag. 388 con riferimenti). La regola non cambia anche quando le disposizioni interne dell'istituto di previdenza non prevedono la possibilità di differire il diritto alle prestazioni in caso di pagamento d'indennità giornaliera. Questa regolamentazione vale anche in materia di previdenza più estesa alla quale è pure applicabile l'art. 122 cpv. 3 OAMal (RAMI 1994 p. 173). Invece, nel caso in cui le condizioni dell'art. 26 OPP2 sono soddisfatte, l'assicurato riceve soltanto l'80% del suo stipendio, senza aver la possibilità di compensare il 20% residuo con delle prestazioni (eventualmente ridotte) dell'istituto di previdenza (Frésard, "Questions de coordination en matière de prévoyance professionnelle" , in: RJN 2000 p. 32). D'altra parte, giusta l'art. 4 LAI l'invalidità (art. 8 LPGA) può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio ed è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione. Per l'art. 8 LPGA, l'invalidità è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Con incapacità di guadagno si intende quell'incapacità di eseguire un'attività che si può esigere dall'interessato in un mercato del lavoro e equilibrato e quindi non solo quella di effettuare il proprio lavoro (DTF 117 V 335 consid. 5c DTF 109 V 28). In ambito AI va pertanto valutato se l'assicurato dispone ancora di capacità di guadagno nella sua professione e parimenti se vi è possibilità di guadagno in altre professioni ammissibili in un mercato del lavoro equilibrato (DTF 109 V 28; DTF 111 V 21; Brühwiler, Die betriebliche Personalvorsorge in der Schweiz, 1989 pag. 488). Le attività considerate non si limitano quindi a quelle che coincidono con l'ultima attività svolta o ad attività affini, ma anche ad attività diverse. Per la stretta relazione esistente tra la rendita d'invalidità dell'AI e quella del secondo pilastro emerge che, il concetto d'invalidità nell'ambito della previdenza obbligatoria e quello dell'assicurazione invalidità, è di principio il medesimo (DTF 115 V 210; RDAT I 1995

consid. 2.2 pag. 229). Secondo la giurisprudenza, nell'ambito della previdenza obbligatoria, gli istituti di previdenza sono di principio vincolati da quanto pronunciato dall'AI non solo per quel che riguarda il grado di invalidità (SZS 1996 p. 48 consid. 2b e 2d; SVR 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c; DTF 115 V 208 consid. 2c; 115 V 215 consid. 4c), ma ugualmente per quanto concerne la nascita del diritto alla rendita e, di conseguenza, parimenti per la determinazione del momento a partire dal quale la capacità al lavoro dell'assicurato si è deteriorata in maniera sensibile e duratura (DTF 134 V 64; 133 V 67; 126 V 310 consid. 1; 123 V 271 consid. 2a; SZS 2002 pag. 155; 1997 pag. 68; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2a). In tal caso il concetto di invalidità è infatti il medesimo (Stauffer, op. cit., n. 1018 segg; Stauffer, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1996, pag. 24). Accertamenti separati del grado di invalidità potrebbero condurre a risultati differenti in contraddizione con lo scopo della legge (DTF 118 V 39 consid. 2b, 115 V 218 consid. 4 e 210 consid. 2b). A tale vincolo di principio degli istituti di previdenza alle costatazioni degli organi dell'AI nulla è mutato, secondo la giurisprudenza, dopo l'introduzione della LPGA (cfr. DTF 130 V 78, 132 V 1). L'istituto di previdenza non è tuttavia vincolato in maniera assoluta alle conclusioni dell'AI. Innanzitutto, a titolo generale, l'istituto previdenziale può scostarsi dalle conclusioni dell'AI se queste appaiono di primo acchito insostenibili (DTF 134 V 64; 133 V 67; 123 V 271 consid. 2a; 115 V 208 consid. 2c, 212, 215 consid. 4c, 218 consid. 4; 109 V 24; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 consid. 2a; cfr. anche DTF 126 V 308 dove si sottolinea che per la valutazione del quesito a sapere se la valutazione dell'AI è manifestamente errata e per questo non vincolante per l'istituto di previdenza sono primariamente determinanti gli atti esistenti al momento in cui la decisione è stata presa). D'altra parte, la giurisprudenza dell'Alta Corte ha stabilito che l'Ufficio AI è tenuto a notificare una decisione di rendita agli istituti di previdenza entranti in linea di conto, vale a dire che potrebbero essere chiamati a fornire prestazioni nel caso specifico. Se non viene coinvolto nella procedura pendente innanzi all'UAI, l'istituto LPP - che dispone di un diritto di opposizione e ricorso proprio nelle procedure rette dalla LAI - non è legato alla valutazione dell'invalidità (nel suo principio, quanto al grado e all'inizio del diritto così come anche con riferimento alla decisione sullo statuto di persona invalida, vale a dire di persona ritenuta attiva, parzialmente attiva o non attiva) effettuata dagli organi dell'AI (DTF 134 V 64; 133 V 67; 130 V 273 consid. 3.1; 129 V 75 e 150; cfr. anche le STFA B 32/03 del 21 gennaio 2005; cfr. anche l'art. 49 cpv. 4 LPGA e l'art. 76 cpv. 1 lett. i OAI). 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; STFA B 83/04 del 25 aprile 2006; B 50/99 del 14 agosto 2000; B 79/99 e 4/00 del 26 gennaio 2001). Ne discende che la fissazione della data d'inizio del diritto alla rendita da parte dell'Ufficio AI non esclude che l'incapacità lavorativa motivante il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale sia

subentrata, foss'anche in misura ridotta, già prima dell'inizio dell'anno di carenza secondo l'AI (Stauffer, op. cit., n. 1020 segg; SZS 2003 pag. 45 e 2005 pag. 241; STFA B 47/98 dell'11 luglio 2000). In virtù della LPP, inoltre, le fondazioni di previdenza, oltre alla possibilità di introdurre la previdenza più estesa (art. 49 cpv. 2 LPP; cfr. SZS 1995 pag. 465/466 consid. 4b/aa), sono libere di estendere il concetto di invalidità. Ciò non significa tuttavia che i fondi di previdenza dispongono di un margine di apprezzamento illimitato (SZS 1995 p. 466 consid. 4b/aa; DTF 118 V 35). Se essi adottano nei loro statuti o nei regolamenti un certo metodo di valutazione, devono conformarsi, nell'applicazione dei criteri, ai concetti usuali delle assicurazioni sociali e ai principi generali (DTF 115 V 208, 113 II 347 consid. 1, 111 V 239). Se essi infatti fanno espresso riferimento al concetto di invalidità previsto dall'AI, sono vincolati dalla valutazione dell'invalidità fatta dall'assicurazione invalidità, a meno che la stessa appaia di primo acchito insostenibile (DTF 115 V 208 consid. 2c e 215 consid. 4c; SZS 2002 pag. 155 e 1996 pag. 48 consid. 2b/d; SVR 1995 BVG Nr. 22 pag. 57 e 1994 BVG Nr. 15 consid. 3c;). Infine, se il concetto di invalidità è più esteso, il fondo di previdenza non è vincolato alle conclusioni dell'AI. In tal caso la fondazione può statuire liberamente tenuto conto di regole proprie. In simili condizioni potrà senz'altro fondarsi su elementi raccolti dall'Ufficio AI, ma non sarà vincolata da una valutazione che si fonda su altri criteri (SZS 1997 pag. 71 e 1996 pag. 56; DTF 118 V 73 consid. 1; 117 V 335 consid. 5c). Giusta l'art. 24 cpv. 1 LPP infine l'assicurato ha diritto alla rendita intera di invalidità se, nel senso dell'AI, è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, a una mezza rendita se è invalido per almeno il 50% e a un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%. Nell'ambito della previdenza più estesa (sovraobbligatoria) gli istituti di previdenza possono prevedere nel loro regolamento, in deroga all'art. 24 cpv. 1 LPP, che l'ammontare della rendita corrisponda al grado d'invalidità. Tuttavia l'importo della stessa deve corrispondere almeno alla rispettiva prestazione obbligatoria (STFA B 115/06 del 5 ottobre 2007 consid. 2.2, B 72/06 dell'11 settembre 2007; Vetter-Schreiber, op. cit., all'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 (cfr. DTF 123 V 264 consid. 1c; 120 V 117 consid. 2c e 120 secondo cui " l'art. 23 LPP vise quant à lui à prolonger la responsabilité de l'institution de prévoyance au-delà de l'affiliation, lors de la survenance de l'éventualité assurée "; cfr. anche SZS 2002 pag. 156 consid. 2b; STFA B 64/99 del 6 giugno 2001). Secondo la giurisprudenza federale, affinché il precedente istituto di previdenza sia tenuto a versare la prestazione d'invalidità, l'incapacità di lavoro deve essersi manifestata in un'epoca in cui l'assicurato era affiliato presso quell'istituto e deve inoltre sussistere fra detta incapacità e l'invalidità uno stretto nesso materiale e temporale. Vi è connessione materiale se il danno alla salute all'origine dell'invalidità (o dell'aumento del grado di invalidità) è essenzialmente lo stesso che si è già manifestato durante l'affiliazione al precedente istituto di previdenza e che ha causato un'incapacità di lavoro. La connessione temporale presuppone che l'assicurato, dopo l'insorgenza dell'incapacità lavorativa, non sia ridivenuto abile al lavoro per lungo tempo. Tale connessione è interrotta se, durante un certo periodo, l'assicurato è nuovamente abile al lavoro, ritenuto comunque che un breve periodo di remissione non basta per interrompere il rapporto di connessione

temporale (cfr. DTF 144 V 58, 138 V 419 consid. 6.2, 130 V 275 consid. 4, 123 V 264 consid. 1c e 120 V 117 consid. 2c). In effetti secondo il TFA " l'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. " (DTF 120 V 117 consid. 2c; cfr. anche DTF 138 V 409 consid. 6.2) In tal caso il vecchio istituto di previdenza è liberato da qualsiasi obbligo (DTF 120 V 117; M. Moser, *Die zweite Säule und ihre Tragfähigkeit*, Basilea 1993, pag. 210). Si osservi che il requisito del nesso di causalità materiale e temporale, quale criterio per l'obbligo prestativo di un istituto di previdenza, non è applicabile solo quando si tratti di delimitare la responsabilità tra due istituti di previdenza. Tale criterio vale in ogni caso, cioè anche quando si tratta di decidere se un istituto di previdenza a cui un lavoratore era affiliato al momento dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa debba rispondere per il rischio d'invalidità sorto dopo la fine del rapporto di previdenza in un momento in cui l'interessato ancora non aveva reperito un nuovo lavoro e, quindi, ancora non era assicurato presso alcun istituto di previdenza (SVR 2001 BVG Nr. 18 pag. 69 consid. 5a pag. 70; STFA B 34/01 del 15 novembre 2001 consid. 1b e B 72/99 del 10 ottobre 2001 consid. 4). In effetti per ammettere l'obbligo prestativo di un istituto di previdenza occorre che le condizioni previste dall'art. 23 LPP siano adempiute, ossia che esista un'invalidità ai sensi dell'AI, che la stessa sia di almeno il 40%, l'inabilità lavorativa che ha poi portato all'invalidità sia insorta durante il rapporto previdenziale, l'invalidità sia riconducibile alla medesima causa che ha portato all'inabilità lavorativa: in assenza di uno di questi presupposti l'obbligo prestativo va negato (Stauffer, op. cit. n. 1031 segg). Per i casi in cui già prima dell'inizio del rapporto previdenziale esisteva una parziale inabilità lavorativa che tuttavia non dava diritto a una rendita d'invalidità da parte dell'AI essendo il conseguente grado di invalidità inferiore al 40%, la rigorosa applicazione dei principi sanciti dall'art. 23 lett. a LPP, che appunto fa dipendere l'obbligo prestativo all'esistenza di un rapporto assicurativo nel momento del subentrare dell'incapacità lavorativa, fa sì che in questi casi nel caso di un aumento dell'inabilità lavorativa per la stessa causa l'istituto di previdenza non è tenuto a versare le prestazioni poiché l'inabilità lavorativa sussisteva già all'inizio del rapporto di previdenza (DTF 123 V 267 consid. 3; Stauffer, op. cit., n. 1058). A questo principio viene tuttavia parzialmente derogato nei casi di invalidità causata da un'infermità congenita e di invalidi minorenni giusta le lett. b e c dell'art. 23 LPP, nel senso che in questi casi gli assicurati hanno diritto a prestazioni da parte dell'istituto di previdenza in caso di aggravamento dell'incapacità lavorativa ad almeno il 40% durante l'affiliazione anche se presentavano già un'incapacità al lavoro compresa fra il 20 e il 40 per cento all'inizio dell'attività lucrativa (Stauffer, op. cit, n. 1059). Ai fini del versamento delle prestazioni di invalidità della previdenza professionale obbligatoria dev'esserci quindi un nesso materiale e temporale stretto tra la causa dell'incapacità di lavoro e l'invalidità. Il nesso materiale è, come accennato, dato se il danno alla salute alla base dell'invalidità è in sostanza il medesimo che ha causato l'incapacità lavorativa. Questo presupposto non è realizzato per esempio se l'incapacità lavorativa è riconducibile ad un dolore dorsale, mentre l'invalidità ad una malattia psichica e dagli atti non emerge che vi sia un'interazione tra le due affezioni (SZS 2003 pag. 361). Va detto che in questo contesto non è rilevante se tra il danno alla salute che è causa dell'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 (STF B 42/02 del 11 febbraio 2003 consid. 2.2). Anche il fatto che l'assicuratore contro gli infortuni ammetta o neghi il nesso causale adeguato tra un

infortunio e delle affezioni alla salute non è rilevante per l'istituto di previdenza che deve rispondere ex art. 23 LPP per un'inabilità lavorativa indipendentemente dal fatto che essa sia causata o meno da un infortunio (STF 9C_950/2012 del 7 aprile 2013). Nella sentenza pubblicata in DTF 134 V 20, il TF, apportando dei chiarimenti a quanto stabilito dalla precedente giurisprudenza, ha in particolare precisato che determinante per l'insorgenza dell'incapacità lavorativa ai sensi dell'art. 23 lett. a LPP è l'inabilità nell'attività precedentemente svolta, mentre il nesso temporale si determina sulla base dell'incapacità lavorativa, rispettivamente della capacità lavorativa in un'attività ragionevolmente esigibile confacente con il danno alla salute, ritenuto che questa attività, raffrontata a quella abituale, deve però permettere di conseguire un reddito escludente il diritto a una rendita (cfr. Hürzeler, op. cit., art. 23, n. 36, pag. 368; cfr. pure DTF 144 V 58). Il TF ha inoltre precisato che, nel caso di interruzione dell'incapacità di lavoro, non si può procedere ad un'applicazione schematica, analogamente a quanto previsto agli art. 29ter e 88a cpv. 1 OAI (DTF 123 V 264 e 120 V 118 consid. 2c/bb), mitigando il tenore di una precedente sentenza, in cui aveva stabilito che il nuovo istituto di previdenza è obbligato a versare la rendita solo se l'assicurato ha lavorato per tre mesi interi, dopodiché si è ripresentata un'incapacità di lavoro (cfr. STF B 38/92 del 30 novembre 1993 in: Plädoyer 4/94 pag. 66/67). Per risolvere tale questione si dovrà quindi tener conto delle circostanze del caso concreto, e meglio della natura della malattia, del pronostico del medico e dei motivi che hanno indotto ad assumere l'interessato (DTF 134 V 22, 123 V 264 e 267; SZS 2002 pag. 156 consid. 2b; SVR 2001 BVG no. 18 pag. 69segg.; cfr. anche DTF 120 V 118 consid. 2b). In questo senso nel caso di un assicurato invalido bisognerà negare il riacquisto della capacità lavorativa anche nel caso del tentativo, di oltre tre mesi, di ripresa dell'attività lavorativa, se la ripresa era motivata più da ragioni sociali e una ripresa dell'attività lavorativa duratura era comunque da ritenere improbabile (DTF 134 V 22, 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117). Decisivo è piuttosto il quesito di sapere se durante la ripresa dell'attività lavorativa l'assicurato ha apportato o meno una prestazione lavorativa piena e se il riacquisto duraturo della capacità lavorativa sembra probabile alla luce dei risultati del tentativo di ripresa del lavoro (Vetter-Schreiber, op. cit. ad art. 23 n. 37 p. 97; STFA B 4/02 del 30 ottobre 2002 e riferimenti a SZS 1997 pag. 67) (con riferimento al presupposto della connessione materiale nel caso della sussistenza di problemi somatici e psichici, cfr. Vetter-Schreiber, op. cit., ad art. 23 n. 25 pag. 82 con riferimenti; cfr. anche STF 9C_597/2008 del 3 dicembre 2008 consid. 2.2.2 con riferimenti; cfr. Hürzeler, op. cit., all'art. 23, n. 28 pag. 360; STFA B 37/06 del 22 settembre 2006; B 32/03 del 21 gennaio 2005; cfr. anche B 11/02 del 14 giugno 2004; B 9/06 del 21 novembre 2006; B 22/04 del 21 aprile 2005; cfr. anche STF 9C-578/2008 del 29 maggio 2009; 9C-772/2007 del 26 febbraio 2008; 9C-330/2008 del 4 settembre 2008). Sempre riguardo all'interruzione del nesso temporale tra l'incapacità lavorativa originaria e la successiva invalidità vedi anche la DTF 144 V 58 nella quale l'Alta Corte, dopo un riepilogo della giurisprudenza, ha concluso che "(...) la connessione temporale tra l'incapacità lavorativa insorta durante il rapporto di previdenza e l'invalidità successiva è interrotta quando è data una capacità lavorativa superiore all'80% in un'attività lavorativa adeguata durante più di tre mesi (consid. 4.4 e 4.5). (...)" (registro della DTF 144 V 58). Quanto al presupposto della connessione temporale va ancora detto che parte della dottrina ritiene che la durata dell'esercizio dell'attività lavorativa, il cui motivo può essere terapeutico, non ha rilevanza determinante né prevalente nell'ambito della valutazione delle circostanze del caso concreto, bensì configura solo un indizio. Di conseguenza, il fattore tempo deve passare in secondo piano,

rispetto ad altri aspetti, se si può ritenere che, in un ambiente normale, cioè non protetto né particolarmente comprensivo, il reinserimento sarebbe fallito (M. Moser, Eine Gesetzesnorm sorgt zur Verunsicherung: weitere Fragen zu art. 23 BVG, SZS/RSAS 1997, Sonderheft, pag. 120 segg., in particolare 124; cfr. anche STFA B 22/99 del 6 agosto 2001 dove una ripresa dell'attività lavorativa della durata di sette mesi non ha comportato nello specifico un'interruzione del legame temporale; cfr. anche STFA B 38/92 del 30 novembre 1993). Per ritornare al requisito del presupposto materiale, va anche detto che se l'invalidità che dà luogo a una rendita è da ricondurre a diverse affezioni alla salute, di cui però solo una ha avuto un influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurato durante la copertura previdenziale, l'istituto di previdenza deve unicamente rispondere per l'invalidità che risulta da quest'ultima. Per la parte dell'invalidità globale che è dovuta a dei disturbi che si sono manifestati in modo tale da dare luogo a prestazioni solo dopo che la persona assicurata ha lasciato l'istituto di previdenza, la connessione materiale necessaria fa infatti difetto (Hürzeler, op. cit., all'art. 23 pag. 361). Secondo la giurisprudenza, può esservi un nesso materiale tra l'incapacità lavorativa per motivi somatici, sorta durante la copertura assicurativa e su cui è stato fondato il diritto ad una rendita dell'AI, anche nel caso in cui la stessa incapacità sia stata fondamento di successive prestazioni previdenziali per motivi psichici. Necessaria, ma non sufficiente condizione, è che il danno alla salute psichica si sia già manifestato durante il periodo di assicurazione e che abbia visibilmente marcato il decorso della malattia (Vetter-Schreiber, op.cit., art. 23 n. 34, pagg. 94-95 con riferimenti a STF B 46/06 del 29 gennaio 2007 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 e riferimenti; cfr. Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 28, pag. 360). Una connessione materiale esiste per esempio nel caso di una persona assicurata, sofferente nel periodo assicurato prevalentemente di fibromialgia, che già durante tale periodo ha sviluppato un danno invalidante psichico che ha quindi marcato in modo rilevante il decorso dell'affezione somatica. Tuttavia, nel caso in cui le affezioni somatiche e psichiche possono essere chiaramente distinte, non vi è un nesso materiale se durante il rapporto di previdenza la diminuzione della capacità lavorativa non era dovuta ai motivi psichici che hanno finalmente condotto all'invalidità, ma unicamente a delle affezioni somatiche che infine non sono risultate invalidanti (Hürzeler, op. cit., all'art. 23, n. 28, pag. 360 con riferimento a STFA B 37/06 del 22 settembre 2006 consid. 3.3 e STF 9C_370/2016 del 12 settembre 2016 consid. 3). Una connessione materiale deve in particolare essere negata quando l'attribuzione della rendita AI risulta unicamente dai problemi di natura psichica diagnosticati e che non può essere dedotto dagli atti medici e peritali alcun elemento indicante la presenza già durante il rapporto di previdenza di un problema psichico e una conseguente inabilità lavorativa, ma che al contrario solo delle inabilità lavorative causate dai dolori dorsali erano state attestate nel periodo in cui l'assicurato aveva la qualità di assicurato. Questo deve valere anche nel caso in cui sia evidente che i problemi dorsali alla base dell'incapacità lavorativa avevano già all'epoca un'influenza sullo stato psichico dell'assicurato e sulla sua situazione psicosociale (STFA B 9/06 del 21 novembre 2006 citato in Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 25). La connessione materiale fa pure difetto se una sovrapposizione psicogena di disturbi somatici, associata ad una tendenza all'aggravamento, non aveva ancora raggiunto, al momento della cessazione del lavoro, un valore di malattia e quale disturbo psichico non era suscettibile di limitare la capacità lavorativa in modo rilevante, e questo malgrado la successiva invalidità sia poi stata motivata da un'affezione psichica con valenza patologica (Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 28). Per la determinazione della responsabilità dell'istituto di previdenza non è

determinante l'inizio rispettivamente la diagnosi del danno invalidante, ma solo il momento in cui il danno alla salute per la prima volta si è ripercosso sulla capacità lavorativa in maniera significativa. La connessione materiale è stata per esempio negata in un caso in cui l'assicurato era limitato nella capacità lavorativa sin dall'adolescenza a motivo della diagnosi di AIDS e in seguito a tale affezione si era tuttavia sovrapposta, nel corso degli anni, una schizofrenia paranoide, che aveva infine portato all'invalidità motivante la rendita AI. Secondo il Tribunale federale il danno alla salute che infine aveva portato all'invalidità non era lo stesso che aveva causato la precedente inabilità (STF 9C_83/2016 del 19 ottobre 2016). Parimenti, una connessione materiale stretta va negata qualora l'inabilità lavorativa sopraggiunta durante il rapporto di previdenza sia da ricondurre ad una lesione della colonna vertebrale lombare, ma un'affezione psichica è all'origine dell'invalidità e che non risultino dagli atti indizi che lascino supporre che vi sia stata un'interazione tra i diversi quadri clinici e che la persona assicurata, dal punto di vista reumatologico, sarebbe capace di continuare a lavorare in un'attività leggera (STFA 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 (STFA B 41/05 del 30 novembre 2005 cit. in Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 26). In una pronuncia del 3 maggio 2006 la massima Corte federale ha per esempio negato il nesso materiale e temporale tra una sintomatologia somatica e somatoforme e la susseguente depressione invalidante, manifestatasi in modo rilevante sulla capacità lavorativa solo dopo il rapporto previdenziale (STFA B 73/05; cfr. Vetter-Schreiber, op. cit., all'art. 23 n. 34, pag. 95 con riferimento a STF B 73/05 del 3 maggio 2006; riportata anche da Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 28, pag. 361). Analogamente il Tribunale federale aveva concluso che andava chiaramente distinto tra la sindrome del dolore cronico (Schmerzstörung) quale affezione indipendente da un lato, e i dolori somatici riconducibili a delle fratture di costole, dall'altro (DTF 9C-330/2008 del 4 settembre 2008). Se era vero che l'incidente subito dall'assicurato andava considerato la causa scatenante di tutti i suoi problemi di salute, determinante era comunque soltanto se l'attuale, invalidante problema psichiatrico era stato anche causa di un'incapacità lavorativa durante il rapporto previdenziale (cfr. DTF 9C-928/2008 del 3 marzo 2009 consid. 3.2; cfr. anche Vetter-Schreiber, op. cit., all'art. 23 n. 34 pag. 95). Si osservi infine che il requisito della connessione materiale e temporale quale criterio per l'obbligo prestativo di un istituto di previdenza non è applicabile solo quando si tratti di delimitare la responsabilità tra due istituti di previdenza. Tale criterio vale in ogni caso, in particolare anche nell'eventualità in cui un assicurato diventa incapace al lavoro in un periodo in cui è assicurato e successivamente, in un momento in cui ancora non si è affiliato ad un nuovo istituto di previdenza, diventa invalido (SVR 2001 BVG Nr. 18 pag. 69segg). Per quanto riguarda gli assicurati attivi solo parzialmente, l'obbligo prestativo dell'istituto di previdenza si decide, in applicazione dei suesposti principi generali, in base al primo manifestarsi dell'inabilità lavorativa che ha portato all'invalidità. Se un lavoro a tempo parziale viene svolto in presenza di un'inabilità lavorativa duratura di almeno il 20% e la

successiva invalidità è da ricondurre alla stessa causa che aveva portato all'inabilità lavorativa, responsabile per la prestazione d'invalidità è l'istituto di previdenza presso il quale l'assicurato era assicurato nel momento del primo manifestarsi dell'inabilità lavorativa, nel caso in quel momento vi fosse effettivamente un rapporto assicurativo (Stauffer, op. cit., n. 1068 con riferimento a SZS 2000 pag. 369 consid. 1b). Ne discende che se una persona assicurata entra in una nuova istituzione di previdenza e già in quel momento subiva una imitazione della capacità lavorativa, in caso di successiva invalidità responsabile delle prestazioni sarà la precedente istituzione di previdenza, non quella nuova, se l'invalidità è da ricondurre alla stessa causa dell'inabilità lavorativa al momento dell'affiliazione. Se il grado di invalidità aumenta per lo stesso motivo, è sempre la precedente istituzione previdenziale a dover rispondere (SZS 1997 p. 549 e Stauffer, op. cit. n. 1068). In DTF 129 V 132 segg. la Corte federale ha concluso che chi esercita due attività lucrative equivalenti al 50% e supera in ognuna di esse il salario minimo di cui all'art. 7 LPP risulta assicurato obbligatoriamente presso gli istituti di previdenza di entrambi i datori di lavoro. Se l'assicurato diventa invalido al 50% e lascia per questo motivo una delle due attività, mantenendo l'altra con lo stesso grado di occupazione precedente, l'istituto di previdenza del datore di lavoro restante non è tenuto a versare prestazioni mentre l'altro istituto deve corrispondere una rendita intera. Per quanto concerne il caso dell'aumento del grado di invalidità, per la giurisprudenza, se un lavoratore già titolare di una mezza rendita d'invalidità dell'AI intraprende un'attività lavorativa parziale rispettivamente la cambia e, di conseguenza, si affilia ad un nuovo istituto di previdenza (con o senza riserve) e in seguito le sue condizioni di salute peggiorano per la medesima causa, rendendolo di conseguenza titolare di una rendita intera dell'AI, perdurando la progressiva 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 interruttivo del nesso temporale (Stauffer, Rechtsprechung, all'art. 23 pag. 76 con riferimenti; cfr. anche Hürzeler, op. cit., all'art. 23 n. 54 pag. 376; DTF 123 V 265 consid. 1c e 2; STFA B 24/01 del 24 febbraio 2003; STF 9C_658/2016 del 3 marzo 2017 consid. 6.4.2). Ciò vale anche quando la persona già parzialmente inabile non percepisce alcuna rendita di invalidità da un precedente istituto di previdenza, perché nel momento della prima insorgenza della parziale inabilità lavorativa non era assicurata ai fini della LPP (Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 55 pag. 377). Una responsabilità del nuovo istituto di previdenza è invece da ammettere se subentra una nuova causa invalidante che giustifica di per sé una prestazione d'invalidità (Stauffer, op. cit. n. 1068). Tale giurisprudenza è valida analogicamente anche ai casi di applicazione delle lett. b e c dell'art. 23 LPP (Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 55 pag. 377). Questi principi sviluppati sull'art. 23 LPP valgono di massima anche nell'ambito della previdenza sovraobbligatoria, a meno che il Regolamento o gli statuti prevedano diversamente (segnatamente in riferimento al concetto di invalidità rilevante e al rischio assicurato; cfr. DTF 123 V 264 consid. 1b; STFA B 101/02 del 22 agosto 2003 consid. 4 e 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). La responsabilità del nuovo istituto di previdenza per un peggioramento di una precedente inabilità lavorativa durante il periodo di affiliazione potrebbe altrimenti insorgere, sulla base del principio dell'affidamento e per quanto riguarda le prestazioni sovraobbligatorie, qualora il nuovo istituto di previdenza, che ha definito nel suo regolamento o nei suoi statuti il rischio assicurato diversamente che nella LPP, abbia, al momento dell'ammissione dell'assicurato già parzialmente invalido, espressamente ("ausdrücklich") garantito la completa ammissione nella copertura previdenziale rispettivamente non abbia fatto uso della possibilità prevista dal regolamento di introdurre, al momento dell'ammissione, una riserva per ragioni di salute. In questo caso la persona assicurata può confidare, sulla base del principio dell'affidamento, di godere della copertura assicurativa previdenziale per la residua capacità lavorativa presso la nuova istituzione di previdenza anche nel caso del successivo peggioramento del grado di invalidità per la medesima causa (Hürzeler, op. cit. all'art. 23 n. 60 pag. 378 e Stauffer, op. cit. pag. 346; cfr. anche Stauffer, Rechtsprechung, op. cit. all'art. 23 pag. 76, con riferimento alla STFA B 101/02 del 22 agosto 2003, pubbl. in SVR 2005 LPP n. 17 pag. 55; Boll. UFAS, n. 74/2004, cifra 433; cfr. anche STF 9C_658/2016 del 3 marzo 2017).

2.6. Il Regolamento di previdenza dell'Istituto di previdenza del Cantone Ticino (IPCT) del 17 ottobre 2013 (nella versione in concreto applicabile in vigore dal 1° gennaio 2021 – per quel che concerne le rendite fa stato il regolamento dell'istituto previdenziale valido al momento della nascita dell'eventuale diritto relativo; cfr. DTF 121 V 101; Stauffer, op. cit., n. 792 pag. 295; Vetter-Schreiber, op. cit., pag. 87 –), con riferimento alle prestazioni d'invalidità prevede, tra l'altro, quanto segue: " Nozione d'invalidità Art. 32 1 È considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. 2 Per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. 3 La legge federale su l'assicurazione per l'invalidità (LAI) e della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono determinanti. Pensione d'invalidità Art. 33 1 La pensione d'invalidità è calcolata sull'avere di vecchiaia moltiplicato per il tasso di conversione secondo l'art. 16 del presente Regolamento, valido all'età di 65 anni. L'avere di vecchiaia si compone: a) dell'avere di vecchiaia acquisito al verificarsi dell'evento, calcolato secondo l'art. 15; b) degli accrediti di vecchiaia per gli anni mancanti fino all'età di 65 anni calcolati secondo l'art. 14 del presente Regolamento; c) dell'interesse del 2% calcolato dal verificarsi dell'evento sino all'età di 65 anni. 2 Per ogni figlio minore è riconosciuto un supplemento del 10% della pensione d'invalidità. Se il figlio è in formazione o invalido ai sensi dell'AI, il supplemento è versato al massimo fino a 25 anni. 3 L'art. 42 cpv. 4 e 5 del presente Regolamento è applicabile per analogia. 4 La pensione d'invalidità è versata sino alla fine del mese in cui l'avente diritto compie i 65 anni. A partire dal 1° giorno del mese successivo al compimento dei 65 anni viene versata la pensione di vecchiaia calcolata secondo l'art. 30 cpv. 1 del presente Regolamento. 5 Il diritto al supplemento secondo il cpv. 2 che sussiste già al

momento del promovimento di una procedura di divorzio o di una procedura di scioglimento giudiziale dell'unione domestica registrata non viene modificato dal conguaglio della previdenza professionale in caso di divorzio secondo gli artt. 124 e 124a CC. Invalidità parziale Art. 34 1 La prestazione parziale dell'Istituto di previdenza è proporzionale al grado d'invalidità riconosciuto dall'AI, ritenuto un grado d'invalidità minimo del 40% Con un grado d'invalidità riconosciuto dall'AI pari almeno al 40% e inferiore al 50% viene riconosciuta una pensione d'invalidità pari al 40%. 2 Il beneficiario di una prestazione parziale è trattato come: a) membro pensionato per il corrispondente grado d'invalidità; e b) membro attivo per la parte di stipendio assicurato corrispondente al suo grado di capacità residua di guadagno. 3 In caso di scioglimento del rapporto di lavoro corrispondente alla residua capacità di guadagno, valgono le disposizioni dell'art. 47 del presente Regolamento." In merito alla " Decorrenza della pensione di invalidità " l'art. 19 stabilisce che: " 1 La pensione d'invalidità ed i relativi supplementi decorrono dalla nascita del diritto alla rendita federale d'invalidità (AI) riservato il cpv. 2 Il versamento delle prestazioni dell'Istituto di previdenza inizia il mese successivo alla delibera dell'Ufficio AI, ma al più presto dalla scadenza del diritto allo stipendio pieno. 3 In caso di sospensione dello stipendio per decorrenza del periodo massimo di assenza per malattia o infortunio professionale e non professionale, il versamento della pensione d'invalidità decorre dal giorno successivo alla data di sospensione dello stipendio, ma al più presto dall'inizio del diritto alla rendita AI. 4 L'Istituto di previdenza differisce il diritto alla pensione d'invalidità fino all'esaurimento del diritto allo stipendio al 100% o all'indennità giornaliera per malattia o infortunio. 5 In caso di assenza per malattia professionale o di infortunio professionale ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e della Legge federale sull'assicurazione militare (LAM), il versamento delle prestazioni dell'Istituto di previdenza è differito sino all'esaurimento del versamento dello stipendio al 100%. 6 Se, nel momento in cui è sorto il diritto alle prestazioni, l'assicurato non era affiliato all'Istituto di previdenza tenuto a versargliele, l'ultimo Istituto di previdenza al quale era affiliato da ultimo è tenuto ad anticipargliele. Se è stabilito quale sia l'Istituto di previdenza tenuto a versare le prestazioni, l'Istituto di previdenza tenuto ad anticiparle può esercitare il regresso su di esso." Dal tenore di queste norme emerge che il concetto di invalidità del disciplinamento regolamentare dell'istituto previdenziale convenuto coincide con quello della LPP e, quindi, della LAI. Non è d'altra parte nemmeno prevista una regolamentazione divergente dell'art. 23 LPP, anzi il regolamento ne conferma i principi, ragione per cui la suesposta giurisprudenza sviluppata su questa norma è in concreto applicabile (cfr. DTF 123 V 262). 2.7. Dagli atti all'inserto, comprensivi degli atti dell'Ufficio AI, emerge, per quanto qui d'interesse, quanto segue. 2.7.1. AT 1, dopo aver svolto una formazione come _____ e successivamente come _____, e, quindi, come _____, è entrato in servizio come _____ della _____ dal gennaio 2003 al 31 dicembre 2011 e, dopo un'esperienza lavorativa come _____ presso la _____ durante il 2012, nuovamente dal settembre 2013 (doc. AI 17 e doc. 6 inc. IPCT). Il _____ 2018 è stato protagonista di un incidente della circolazione, nel quale, secondo la certificazione del dr. _____ del 22 giugno 2023, ha riportato " contusioni varie ed ecchimosi in particolare a livello orbitale destro con tumefazione delle gote, labbra, clinicamente senza segni di frattura ", apparendo inoltre " rallentato, estremamente ansioso, orientato nel tempo luogo e persona " (doc. B12). Egli ha quindi presentato le sue dimissioni con effetto dal 30 giugno 2018 (doc. 20 inc. IPCT). A seguito dell'interruzione del rapporto lavorativo, il 13 settembre 2018 l'IPCT ha trasferito la

prestazione di libero passaggio di sua pertinenza di fr. 210'681.45 alla Fondazione Istituto collettore LPP a _____. Successivamente all'incidento l'assicurato, alla ricerca di una nuova attività lavorativa a tempo pieno, ha percepito le indennità di disoccupazione a partire dal mese di novembre 2018 sino al novembre 2020, svolgendo quindi dal 1° dicembre 2020 al 30 aprile 2021 l'attività di _____ presso la _____ (doc. AI 17, 23). Tale rapporto di lavoro è stato sciolto dal datore di lavoro con disdetta immediata del 30 aprile 2021 (" in seguito a continue negligenze professionali... ", doc. AI 27). Durante questo periodo lavorativo all'assicurato è stata attestata un'inabilità lavorativa completa a far tempo dal 23 aprile 2021 per " reazione ansioso-depressiva" (certificato del dr. _____ del 2 giugno 2021, doc. AI 22) rispettivamente " sindrome da disadattamento ICD 10 F43.2, Reazione mista ansioso depressiva F43.22" (certificati della dr.ssa _____, psichiatra, del 26 aprile, 12 maggio, 2 e 14 giugno 2021, doc. AI 29, 34, 36). La cassa malati _____ e l'assicuratore perdita di guadagno della ditta _____, la _____, hanno versato all'assicurato l'indennità giornaliera per malattia dal 26 aprile al 30 aprile 2022 (doc. AI 20, 26 e 66). Nel certificato medico all'attenzione della _____ del 2 giugno 2021 la dr.ssa _____ ha indicato che l'assicurato " negli ultimi mesi si sente ansioso, umore deflesso, lamenta agitazione psicomotoria, sbalzi d'umore passando dall'euforia alla depressione, sentimenti di irrequietezza, pensieri di morte ", e, confermata la diagnosi di "sindrome da disadattamento reazione mista ansioso-depressiva ICD10 F43.22", ha attestato un'inabilità lavorativa completa dal 26 aprile 2021, dichiarando nondimeno che il decorso sarebbe probabilmente stato favorevole dopo le dimissioni dalla clinica (doc. AI 31). Su prescrizione della psichiatra curante l'assicurato è stato quindi degente presso la clinica _____ dal 21 giugno al 30 luglio 2021 al fine di sottoporsi ad una " intensivpsychiatrisch-psychoterapeutisch Behandlung in stationären Rahmen der Privatklinik _____ ", per le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " Gemischte schizoaffektive Störung F25.2, DD wahnhafte Störung F22.0 ". I sanitari della clinica hanno concluso che l'assicurato non era al momento più abile nella professione da ultimo svolta e nel rapporto redatto per l'AI fini dell'integrazione professionale del 21 luglio 2021 hanno descritto come segue la situazione: " (...) _____ " (doc. AI 16) Nel rapporto d'uscita del 12 agosto 2021 i sanitari della clinica, confermata la diagnosi di " Gemischte schizoaffektive Störung F25.2", hanno confermato la medesima valutazione diagnostica concludendo: " _____ " (doc. AI 37) Dopo la citata degenza in clinica nel luglio 2021 l'assicurato ha presentato una richiesta di prestazioni all'Ufficio AI competente del Cantone _____, adducendo di essere affetto da "disturbo affettivo bipolare, al momento episodio grave depressivo con sintomi psicotici F31.5, bradicardia, forte agitazione a tensione, forti dolori alla schiena e alle ginocchia" e indicando un'inabilità lavorativa completa dal 26 aprile 2021 (doc. AI 2). Con rapporto all'AI del 9 agosto 2021 la dr.ssa _____ ha attestato un'inabilità lavorativa completa come _____ dal 26 aprile 2021, indicando che "il paziente da circa un anno si sente agitato, nervoso, disforico con umore deflesso e ansioso ", e " riferisce grande tensione endopsichica si sente perseguitato dai suoi ex datori di lavoro, è agitato, teso, nervoso, umore disforico ", per la diagnosi di " sindrome schizoaffettiva tipo misto F 25.2" (doc. AI 42). Il 27 ottobre 2021 il dr. _____, specialista FMH in psichiatria, interpellato dalla _____, ha riferito dell'incontro con l'assicurato (che si era presentato in uno stato di severa agitazione psicomotoria) e osservato che in queste condizioni non era pensabile una ripresa lavorativa, ma era raccomandabile un nuovo ricovero immediato. Riguardo alla diagnosi ha concluso

confermando quella di “ disturbo schizoaffettivo misto ICD-10 F25.2 della clinica _____ ” (doc. E3). Dal 2 al 25 novembre 2021 l'assicurato è stato nuovamente degente presso la Clinica _____ a seguito di un nuovo peggioramento delle sue condizioni (doc. AI pag. 49). Nel rapporto del 10 novembre 2021 i sanitari della clinica, modificata la diagnosi in “ F22.0 Wahnhafte Störung”, hanno attestato un'inabilità completa e, fra l'altro, quanto segue: “ (...) _____ (...)” (doc. AI 53) Nel rapporto d'uscita del 29 novembre 2021 i sanitari hanno indicato in merito all'evoluzione della patologia: “ _____ ” (doc. AI 60) Il 27 gennaio 2022 la dr.ssa _____ ha attestato alla _____ un'inabilità lavorativa completa (dal 26 aprile 2021) indicando che il decorso era invariato con paziente che permaneva “ in agitazione psicomotoria, sospettosità e delirante di essere controllato”, ponendo la diagnosi di “ disturbo schizoaffettivo misto ICD10 F 25.2” (doc. AI 68). L'inabilità lavorativa è stata in seguito confermata dalla psichiatra in data 14 febbraio, 3 marzo, 4 e 20 aprile 2022 (doc. AI 65 e 69; cfr. in esteso al consid. 2.11). Il 16 maggio 2022 i sanitari della clinica _____ hanno confermato la diagnosi di “ Wahnhafte Störung, ICD-10 F22.0” e l'inabilità lavorativa, riferendo come segue del paziente: “ _____ ” (doc. AI 72) ./ Sulla base di queste attestazioni l'Ufficio AI, con progetto di decisione del 20 maggio 2022, ha statuito l'attribuzione di una rendita intera (grado d'invalidità del 100%) dal 1° aprile 2022, considerato come dal 26 aprile 2021 la capacità lavorativa dell'assicurato era limitata in modo rilevante e senza notevoli interruzioni (doc. AI 73). In data 15 giugno 2022 su richiesta dell'assicurato il provvedimento è stato inviato anche all'IPCT, che non era destinatario dello stesso (doc. AI 75, 76). Constatato il mancato invio di osservazioni da parte dell'assicurato, il

E. 28

giugno 2022 l'Ufficio AI ha invitato l'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone Ticino a voler procedere con il calcolo della prestazione (doc. AI 79). 2.7.2 L'assicurato si è quindi rivolto all'IPCT nel marzo e giugno 2022 postulando la concessione di prestazioni d'invalidità della previdenza professionale (doc. 34 inc. IPTC). Richiamati gli atti AI e esaminata la domanda, con scritto 21 settembre 2022, confermato il 23 novembre 2022, l'istituto di previdenza ha negato l'attribuzione di una rendita d'invalidità, motivando come segue: “ (...) Lei è stato affiliato all'istituto di previdenza del Cantone Ticino (IPCT) dal 16.09.2013 al 30.06.2018 e la prestazione di libero passaggio di CHF 21 0'681 .45 è stata versata in data 13.09.2018 alla Fondazione Istituto collettore LPP, _____. Da informazioni richieste alla Sezione delle risorse umane della Repubblica e Cantone Ticino, Bellinzona, risulta che durante l'attività svolta presso lo Stato non vi è stata un'incapacità lavorativa al momento della cessazione del rapporto di impiego avvenuta in data 30 giugno 2018 e quindi all'uscita dall'IPCT non vi era nessuna incapacità lavorativa. Ciò determina che non si può evocare una correlazione intertemporale con la patologia che ha determinato la decisione di riconoscimento di una rendita di invalidità da parte dell'Ufficio AI. Tenuto conto di quanto precede, la informiamo che non provvederemo al versamento di una pensione d'invalidità per il caso indicato in oggetto.” (doc. B3 e B5) Con uno scritto dell'8 maggio 2023 l'IPCT ha ulteriormente precisato al richiedente che dagli atti dell'AI risultava che l'incapacità lavorativa causata dalla patologia che aveva determinato l'erogazione dell'attuale rendita di invalidità dell'AI era iniziata a partire dal 26 aprile 2021. Determinante risultava “ il fatto che al momento dell'uscita dall'IPCT avvenuta in data 30.06.2018 non vi era nessuna incapacità lavorativa”, ragione per cui, richiamati gli art. 23a LPP e art. 7 cpv. 2 Regolamento di previdenza IPCT, la richiesta veniva respinta (doc.

B9). L'assicurato ha quindi fatto pervenire all'istituto di previdenza un certificato del 22 giugno 2023 con cui il curante dr. _____, generalista, ha affermato: " _____ " (doc. B12) Inoltre anche uno scritto del 19 giugno 2023 della dr.ssa _____, psichiatra, che certificava di aver valutato il paziente nel marzo 2018 su invito del dr. _____ e di aver " oggettivato una condizione mista ansioso depressiva reattiva ad una vicenda per lui stressante su una probabile fragilità personologica preesistente" (doc. E1). Il 5 settembre 2023 la psichiatra ha confermato tali allegazioni, precisando che all'epoca (marzo 2018) la sintomatologia si era palesata " con un quadro francamente ansioso e depressivo" (doc. B13, cfr. in esteso al consid. 2.10). In merito a tali certificati il 9 gennaio 2024 l'IPCT ha ribadito quanto già affermato e meglio che " non esisteva nessuna incapacità al lavoro confermata da un certificato medico nel periodo in cui è terminata la sua assicurazione presso il nostro istituto di previdenza, da cui è uscito per dimissioni in data 30.06.2018 ". Ha inoltre aggiunto che l'Ufficio AI aveva riconosciuto un'incapacità al lavoro solo dal 26 aprile 2021, con l'attribuzione di una rendita (vedi progetto del 20 maggio 2022) e non vi erano altre decisioni dell'AI. Ai sensi dell'art. 23a LPP e dell'art. 7 cpv. 2 del Regolamento di previdenza IPCT, non sussisteva dunque un diritto a prestazioni di invalidità (doc. B14). In questa sede l'assicurato ha prodotto anche nuove certificazioni. Con uno scritto del 4 aprile 2024 il dr. _____ ha attestato di avere avuto in cura l'assicurato dal 24 febbraio 2018, dopo l'infortunio del _____ 2018 e di averlo indirizzato alla dr.ssa _____, che l'aveva preso in cura dal marzo 2018, " per motivi di instabilità psichica" , precisando che vi era stata un'incapacità lavorativa completa dal _____ 2018 " da parte mia senza una data terminale in quanto la presa a carico è continuata dalla dr.ssa _____ " (doc. D2). Il dr. _____, richiesto dall'assicurato, in data 27 gennaio 2025 ha rievocato le condizioni dell'assicurato all'epoca della visita del 26 ottobre 2021 descrivendo uno stato allora inquadrabile come " disturbo psicoaffettivo misto ICD-10 F:25.2" , precisando che tale disturbo " non poteva essere insorto recentemente, ovvero dal momento dell'allora presa a carico presso la dr.ssa _____ " (cfr. doc. H1; cfr. in esteso al consid. 2.12). La dr.ssa _____ il 28 gennaio 2025 ha confermato la presa a carico nell'aprile 2021, confermando che " verosimilmente la sua malattia ha avuto inizio in età adulta, conclamata nel 2016 (v. rapporto dr. _____) con crollo definitivo nel 2021 " (doc. H2; cfr. in esteso al consid. 2.12). 2.8. Nel caso in esame, dagli atti AI richiamati dal TCA risulta che l'Istituto di previdenza convenuto non è stato coinvolto nella procedura AI (sugli effetti di una tale partecipazione: cfr. DTF 132 V 1; 129 V 73) e ha ricevuto solo successivamente, a seguito della richiesta di prestazioni della previdenza professionale dell'attore, la documentazione medica e gli atti facenti parte dell'incarto AI, unitamente al progetto di assegnazione della rendita del 20 maggio 2022, del quale non era destinatario (doc. B6; doc. AI 73 e 76). Questo TCA può dunque liberamente accertare, senza quindi il vincolo AI (cfr. STFA B 68/06 del 31 agosto 2007 consid. 5), se una eventuale limitazione della capacità lavorativa rilevante ai fini previdenziali (di almeno il 20%) sia insorta prima della decorrenza, il 26 aprile 2021, del termine di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI stabilito dall'Ufficio AI. Infatti, secondo giurisprudenza l'accertamento dell'inizio del diritto alla rendita da parte degli organi AI non esclude che l'incapacità di lavoro conferente il diritto a prestazioni di invalidità della previdenza professionale (almeno del 20%) possa già essere subentrata, foss'anche in misura ridotta, prima dell'inizio dell'anno di carenza secondo l'AI (cfr. SZS 2003 p. 45 e 2005 p. 241; STFA B 81/03 del 9 novembre 2004 e B 47/98 dell'11 luglio 2000; cfr. al consid. 2.4 che precede). Sia peraltro ricordato che 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; STFA B 83/04 del 25 aprile 2006, B 50/99 del 14 agosto 2000, B 79/99 e 4/00 del 26 gennaio 2001). Ne discende ad esempio che la fissazione della data d'inizio del diritto alla rendita da parte dell'Ufficio AI non esclude che l'incapacità lavorativa motivante il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale sia subentrata, foss'anche in misura ridotta, già prima dell'inizio dell'anno di carenza secondo l'AI (Stauffer, op. cit., n. 1020 segg; Vetter-Schreiber, op. cit., all'art. 23 n. 53 pag. 121; SZS 2003 pag. 45 e 2005 pag. 241; STFA B 47/98 dell'11 luglio 2000). Inoltre quando la previdenza professionale prevede prestazioni di invalidità anche con un grado d'invalidità inferiore al 25% (STF 9C_300/2019) o quando nell'ambito della previdenza professionale è prevista una classificazione della rendita più precisa che nell'AI, l'istituto di previdenza può decidere liberamente (Vetter-Schreiber, all'art. 23 n. 53 pag. 122). In presenza di un grado di invalidità inferiore al grado minimo legale del 40% (art. 28 LAI), l'istituto di previdenza non è vincolato alle constatazioni e conclusioni fatte dall'AI, "weil in diesem unterhalb der Erheblichkeitsschwelle liegenden Bereich für die Organe der Invalidenversicherung keine Veranlassung besteht, eine genaue Bestimmung des Invaliditätsgrades vorzunehmen" (cfr. STF 9C_300/2019 consid. 5b con riferimenti). L'istituto di previdenza può in questi casi determinare il grado di inabilità lavorativa autonomamente. Nella fattispecie, l'accertamento dell'esistenza della causalità materiale e temporale (ai sensi della giurisprudenza sviluppata nell'ambito dell'art. 23 LPP; cfr. consid. 2.4 e 2.5) tra le affezioni che hanno portato l'Ufficio AI al riconoscimento del diritto a una rendita intera dal 1. aprile 2022 e le (eventuali) patologie invalidanti insorte durante l'affiliazione all'istituto di previdenza convenuto non rientrava effettivamente negli accertamenti e nelle valutazioni degli organi dell'AI che nell'ambito della procedura (AI) erano determinanti per l'esame della pretesa alla rendita d'invalidità e sui quali andava effettivamente deciso. 2.9. Come accennato (cfr. consid. 2.3 e 2.5), secondo la giurisprudenza federale, affinché un istituto di previdenza sia tenuto a versare una prestazione d'invalidità, l'incapacità di lavoro che la motiva deve essersi manifestata in misura rilevante (almeno del 20%) ancora durante l'affiliazione e deve inoltre sussistere fra detta incapacità e l'invalidità uno stretto nesso materiale e temporale. È pacifico che l'assicurato era assicurato presso l'istituto convenuto nel momento dell'incidente della circolazione di cui è stato protagonista il _____ 2018. L'istituto previdenziale convenuto nega tuttavia di assumere prestazioni in relazione all'inabilità lavorativa accertata dall'Ufficio AI a far tempo dal mese di aprile 2021, ritenuto innanzitutto che al momento della cessazione dell'attività lavorativa presso la _____ non vi era alcuna incapacità lavorativa. Inoltre, il prolungato periodo di recuperata abilità lavorativa successivamente all'incidente del febbraio 2018 – in ogni caso a decorrere dal novembre 2018 allorquando l'assicurato ha iniziato a percepire l'indennità di disoccupazione per due anni e pure anche dal dicembre 2020 quando egli ha intrapreso una nuova attività lavorativa come _____ – avrebbe interrotto il nesso temporale tra un presunto (e peraltro non comprovato e comunque contestato) danno alla salute manifestatosi durante l'affiliazione e la successiva invalidità. Ora, affinché l'istituto previdenziale convenuto sia tenuto a versare una prestazione d'invalidità a far tempo dal 1. aprile 2022 (analogamente all'AI) occorre

che l'incapacità di lavoro che la motiva deve essersi manifestata in misura rilevante (almeno del 20%) in un momento in cui l'attore era ancora assicurato presso il medesimo e che tra la stessa e la successiva invalidità sussista uno stretto nesso materiale e temporale. Come dianzi anticipato (cfr. consid. 2.5), vi è connessione materiale se il danno alla salute all'origine dell'invalidità (o dell'aumento del grado di invalidità) è essenzialmente lo stesso che si è già manifestato durante l'affiliazione e che ha causato un'incapacità di lavoro. La connessione temporale presuppone dal canto suo 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 (cfr. DTF 144 V 58, 138 V 419 consid. 6.2, 130 V 275 consid. 4). Secondo il TF "(...) 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). In tal caso il vecchio istituto di previdenza è liberato da qualsiasi obbligo (DTF 120 V 117; Moser, Die zweite Säule und ihre Tragfähigkeit, Basilea 1993, pag. 210). 2.10. Pacifico è che l'attore soffre di una patologia psichiatrica. Tema del contendere è sapere se i presupposti per il diritto alla rendita LPP sono adempiuti, ovvero sapere, anzitutto, se un'incapacità al lavoro in misura rilevante è insorta durante il periodo di copertura assicurativa; in secondo luogo, se adempiuto il primo presupposto, sapere se è data la stretta connessione temporale e materiale con l'incapacità lavorativa che ha motivato l'assegnazione della rendita intera dell'AI (sul punto cfr. Vetter-Schreiber, op. cit., n. 17 e segg. ad art. 23 LPP; cfr. sopra consid. 2.5.). A tal proposito, l'istituto previdenziale convenuto asserisce che al termine della copertura assicurativa, ossia a fine luglio 2018 (cfr. consid. 2.2.) la capacità lavorativa dell'attore non risultava intaccata. Di parere opposto è l'interessato, il quale sostiene in sostanza che l'affezione psichiatrica all'origine dell'invalidità riconosciuta dall'AI era già presente durante il rapporto di lavoro presso la _____. Come anticipato, l'Ufficio AI ha riconosciuto all'attore il diritto a una rendita intera dal 1° aprile 2022 a fronte di un grado d'invalidità del 100% (cfr. consid. 1.2). Siccome il diritto alla rendita nasce al più presto dopo l'anno d'attesa ex art. 28 cpv. 1 LAI, ne consegue che i presupposti di cui al citato disposto sono stati adempiuti al più presto il 1° aprile 2021. Del resto l'attore ha presentato la sua domanda di prestazioni al competente Ufficio AI nel luglio 2021 adducendo di essere affetto da "disturbo affettivo bipolare, al momento episodio grave depressivo con sintomi psicotici F31.5, bradicardia, forte agitazione a tensione, forti dolori alla schiena e alle ginocchia", indicando un'inabilità lavorativa completa dal 26 aprile 2021 (doc. 2). Nel suo rapporto all'AI del 9 agosto 2021 la dr.ssa _____ ha attestato un'inabilità lavorativa completa come impiegato d'ufficio dal 26 aprile 2021, indicando che "il paziente da circa un anno si sente agitato, nervoso, disforico con umore deflesso e ansioso", e "riferisce grande tensione endopsichica si sente perseguitato dai suoi ex datori di lavoro, è agitato, teso, nervoso, umore disforico", per la diagnosi di "sindrome schizoaffettiva tipo misto F 25.2" (doc. AI 42). Alla luce di tali attestazioni e delle certificazioni richiamate agli atti, incluse quelle dei sanitari della clinica _____ presso la quale l'assicurato era stato degente dal 21 giugno al 30 luglio 2021 e nuovamente dal 2 al 25 novembre 2021, l'Ufficio AI ha concluso ammettendo un'inabilità lavorativa completa dal 26 aprile 2021 (doc. 73). Il provvedimento è cresciuto incontestato in giudicato. Ora, l'integralità dell'incarto AI ripropone quanto concluso dall'Ufficio AI, ovvero che l'incapacità lavorativa prolungata dell'assicurato è stata certificata per la prima volta nell'aprile 2021 e fatta risalire a non

prima di quel momento. Gli atti dell'inserto dimostrano innanzitutto che durante l'ultima attività lavorativa quale _____ l'attore non ha manifestato problemi di salute e conseguenti inabilità lavorative, facendo registrare due soli giorni d'assenza nel 2017 e nel 2018 solo successivamente all'incidente della circolazione del _____ 2018 (doc. B5). Nemmeno al momento in cui l'assicurato ha rassegnato le dimissioni con effetto a decorrere dal 30 giugno 2018 egli ha addotto o comprovato qualsivoglia inabilità lavorativa. Non vi sono del resto certificazioni mediche agli atti risalenti a quel periodo, ma il dr. _____, generalista, che conosce l'assicurato dal 1994 (asseritamente "più che altro per incidenti sportivi di tipo organico", doc. B12), nello scritto 22 giugno 2023 ha dichiarato di averlo preso in cura dopo l'incidente del _____ 2018 e aver constatato "contusioni varie ed ecchimosi in particolare a livello orbitale destro con tumefazione delle gote, labbra, clinicamente senza segni di frattura" specificando che l'interessato "appariva rallentato, estremamente ansioso, orientato nel tempo luogo e persona" (doc. B12; cfr. in esteso al consid. 2.7.2). Egli l'aveva quindi inviato "per motivi di instabilità psichica" alla dr.ssa _____, psichiatra (doc. D2). Quest'ultima specialista ha confermato, il 19 giugno e 5 settembre 2023, di averlo preso in cura nel marzo 2018 e di averlo visto in due occasioni, avendo "oggettivato una condizione mista ansioso depressiva reattiva ad una vicenda per lui stressante su una probabile fragilità personologica preesistente" (doc. E1). Ella ha tra l'altro certificato: "(...) _____" (doc. B13) Non vi sono altrimenti altre certificazioni riferite a prese a carico o visite mediche durante quel periodo e neppure altra documentazione che possa indicare elementi riguardo alla sua situazione valetudinaria. Risulta invece che l'attore si è iscritto alla disoccupazione alla ricerca di un'attività a tempo pieno, percependo le relative indennità di perdita di guadagno dal novembre 2018 sino al novembre 2020, e che dal dicembre 2020 ha quindi intrapreso una nuova attività lavorativa presso la ditta _____ quale _____, poi interrotta a seguito di disdetta immediata del datore di lavoro del 30 aprile 2021 ("in seguito a continue negligenze professionali..."), doc. AI 17 e 27). Solo a far tempo dal 26 aprile 2021 è quindi stata certificata un'inabilità lavorativa dal dr. _____ e quindi anche dalla dr.ssa _____, psichiatra, per le diagnosi di "reazione ansioso-depressiva" (certificato dr. _____ del 2 giugno 2021, doc. AI 22) rispettivamente "sindrome da disadattamento ICD 10 F43.2, reazione mista ansioso depressiva F43.22" (certificati dr.ssa _____ del 26 aprile, 12 maggio, 2 e 14 giugno 2021, doc. AI 29, 34, 36), assenze riconosciute dall'assicurazione perdita di guadagno che ha versato le relative indennità (doc. AI 26; cfr. in esteso al consid. 2.7.1). In sintesi, dunque, tutta la documentazione sopra menzionata e che è stata redatta parallelamente all'evolversi della condizione psichiatrica dell'assicurato, indica l'insorgenza di un'incapacità lavorativa duratura nel mese di aprile 2021, come peraltro concluso dall'Ufficio AI. 2.11. Ora, riguardo al momento dell'insorgenza dell'affezione psichiatrica dell'attore che ha originato l'inabilità lavorativa continuativa dal mese di aprile 2021, è vero che i sanitari della clinica _____ sembrano collocarla ad un periodo anteriore rispetto al momento dell'esordio grave e invalidante dell'aprile 2021, laddove in particolare hanno precisato in occasione del primo ricovero nel giugno 2021 che si trattava di un assicurato portatore di sintomi di una malattia psichica presente già "da diversi anni" ("In der erweiterten Anamnese zeigen sich deutliche Symptome einer bereits seit mehreren Jahren bestehenden psychischen Erkrankung"; doc. AI 16). Anche nel rapporto d'uscita del 12 agosto 2021 i sanitari della clinica, confermata la diagnosi di "Gemischte schizoaffektive Störung F25.2", hanno ribadito questa conclusione (doc. AI 37; cfr. anche l'attestato del 29 novembre 2021, doc. AI 60). Nel rapporto del 10 novembre 2021 i

medesimi sanitari hanno ulteriormente osservato che il disturbo psicotico si era probabilmente sviluppato sulla base di un disturbo della personalità paranoide già esistente nella vita di giovane adulto dell'assicurato, espandendosi quindi durante la vita (" Die wahnhafte Störung hat sich wahrscheinlich aus einer bereits existierenden paranoiden Persönlichkeitsstörung im frühen Erwachsenenleben des Patienten entwickelt und sich während des gesamten Lebens ausgebreitet", doc. AI 53; cfr. in esteso al consid. 2.7.1). Il 16 maggio 2022 i sanitari della clinica hanno ancora confermato la diagnosi di " Wahnhafte Störung, ICD-10 F22.0" e l'inabilità lavorativa e suggerito che, sulla base dei racconti della compagna del paziente (secondo la quale in passato una psicologa gli aveva raccomandato di seguire misure terapeutiche, ciò che tuttavia l'assicurato non aveva fatto), la patologia psicotica potesse essere presente almeno sin dal 2004, senza che tuttavia fossero mai state intraprese misure terapeutiche, con la prima manifestazione acuta della sintomatica delirante nel 2018 (doc. AI 72; cfr. in esteso al consid. 2.7.1). / Anche il dr. _____, incaricato di una valutazione dall'assicurazione _____, ha riferito che l'incontro col paziente avvenuto il 27 ottobre 2021 si era reso praticamente impossibile a causa dello stato dell'assicurato e confermato la diagnosi di " disturbo schizoaffettivo misto ICD- 10 F:25.2 della clinica _____ " aggiungendo che trattatasi " di un disturbo psicotico grave verosimilmente già presente negli anni scorsi e che verosimilmente è riemerso nel corso del 2021 " (doc. AI 51). D'altra parte la dr.ssa _____, psichiatra che segue l'assicurato dal mese di aprile 2021, nella certificazione del 9 agosto 2021, modificata la diagnosi in " sindrome schizoaffettiva tipo misto F 25.2" (precedentemente aveva posto quella di ICD10 F43.22) si è limitata a confermare l'inabilità lavorativa dal mese di aprile 2021, indicando soltanto che " il paziente da circa un anno si sente agitato, nervoso, disforico con umore deflesso e ansioso " (doc. AI 42). Analogamente la psichiatra si è espressa nell'attestazione del 27 gennaio 2022 all'attenzione della _____ (doc. AI 68). Con rapporto del 20 aprile 2022 sempre la dr.ssa _____, in merito allo sviluppo dei sintomi, ha indicato che "il paziente era _____, lamenta di essere controllato dai suoi ex datori di lavoro, è agitato in maniera psicomotoria, confuso e delirante, sospetta tutti intorno a lui, è diffidente al massimo di tutti" e riguardo all'anamnesi ha precisato che "il paziente ha sviluppato le sue manie persecutorie dopo aver lavorato presso la ditta _____, si licenzia in seguito presso _____" e ha illustrato che " da circa un anno si sente nervoso, agitato, disforico , umore depresso, riferisce grande tensione endopsichica, si sente controllato", e " riferisce grande tensione endopsichica si sente perseguitato dai suoi ex datori di lavoro, è agitato, teso, nervoso, umore disforico ", ponendo la diagnosi di " disturbo schizoaffettivo misto ICD10 F 25.2" (doc. AI 65). Ora, va ricordato che secondo la giurisprudenza una riduzione della capacità lavorativa deve essere di principio comprovata da certificazioni rilasciate in tempo reale, mentre che un'incapacità lavorativa medico-teorica costatata solamente anni dopo con effetto retroattivo non è sufficiente (cfr. STF 9C_210/2018 del 29 agosto 2018, consid. 2.2.: " Korrekt ist [...], 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)". In concreto, tutto ben valutato, a mente di questo TCA da queste certificazioni può eventualmente essere riconosciuto che l'assicurato potesse essere portatore già

precedentemente dei “prodromi” del disturbo psichiatrico esordito in maniera grave e invalidante nell’aprile 2021, ma non è possibile ammettere, in assenza di attestazioni in tal senso rilasciate in tempo reale o altri elementi probatori, quali segnatamente assenze dal lavoro comprovate, che le problematiche psichiatriche abbiano causato già precedentemente al luglio 2018 un’inabilità lavorativa di almeno il 20% e che la stessa sia poi continuata in seguito in modo duraturo e senza interruzioni fino all’aprile 2021. Appare piuttosto condivisibile, secondo il grado di verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (tra le tante cfr. DTF 138 V 218 consid. 6, 129 V 177 consid. 3, 126 V 353 consid. 5b), che, come attestato dalla dr.ssa _____, l’assicurato fosse con ogni verosimiglianza già da anni portatore di una “ fragilità personologica ” (cfr. anche la dr.ssa _____, attestato 19 giugno 2023, doc. E1) emersa nel corso dell’“ età giovanile” , e che abbia quindi sviluppato nel corso del tempo in maniera patologica una problematica psichiatrica (dovendosi quindi porre la diagnosi di “ disturbo schizoaffettivo misto ICD10 F 25.2”) e le sue manie persecutorie durante o al termine dell’attività lavorativa presso la _____. Prova ne è anche che egli aveva dichiarato alla psichiatra che “ da circa un anno ”, ovvero al più presto dalla primavera del 2020 (l’assicurato è paziente della dr.ssa _____ dal mese di aprile 2021), si sentiva “ nervoso, agitato, disforico, umore deflesso, ansioso” e riferiva anche tensione endopsichica (doc. AI 65). Del resto l’Ufficio AI, valutate tali certificazioni agli atti, ha giustamente concluso senza esitazioni che l’insorgenza di un’inabilità lavorativa rilevante era da situare “solo” al mese di aprile del 2021 (doc. AI 73). Del resto tale conclusione non è stata contestata dall’interessato. In proposito occorre peraltro ribadire che, diversamente da quanto sembra ritenere l’attore, per fondare una responsabilità dell’istituto previdenziale occorre non solo che l’affezione alla salute che ha poi causato l’inabilità lavorativa invalidante sia insorta durante il periodo assicurato, ma anche che la stessa abbia provocato, nel medesimo periodo, un’inabilità lavorativa di rilievo, ovvero di almeno il 20%. Anche volendo per pura ipotesi di lavoro ammettere che l’affezione psichiatrica che ha poi portato all’invalidità fosse già presente durante il periodo in cui l’attore era assicurato presso l’istituto convenuto, non può tuttavia essere ammesso, sulla base degli elementi probatori agli atti, che tale affezione causasse, durante il periodo in cui era assicurato presso l’IPCT, un’inabilità lavorativa almeno del 20% (STF 9C_772/2007 del 26 febbraio 2008; cfr. consid. 2.3) e che una siffatta inabilità sia poi perdurata in maniera significativa e senza interruzioni di rilievo sino all’aprile 2021 quando le condizioni psichiche dell’assicurato hanno subito un significativo tracollo che ha portato all’inabilità lavorativa tuttora presente. Come è stato dianzi esposto, relativamente agli anni che hanno preceduto l’incidente del febbraio 2018 non vi sono attestazioni mediche e l’assicurato comunque non risulta essere stato in cura, fatto questo che già rende quantomeno improbabile la presenza di una limitazione della capacità lavorativa, la quale non si è del resto manifestata sul posto di lavoro, ove egli era peraltro chiamato a svolgere un’attività lavorativa impegnativa e di responsabilità quale quella di _____. Nemmeno il dr. _____, che segue l’assicurato dal 1994 per motivi sportivi, ha del resto dichiarato di aver rilevato delle patologie di rilievo prima del momento dell’incidente del _____ 2018, momento in cui egli l’ha inviato alla psichiatra dr.ssa _____ “ per motivi di instabilità psichica ”, apparendo rallentato e ansioso (doc. B12, D2). Dalla solerzia con cui il curante ha inviato il paziente alla collega psichiatra, si può anche dedurre, e contrario, che precedentemente egli non aveva mai rilevato tale problematiche. Quanto infine al fatto che la dr.ssa _____ ha confermato la presa a carico del paziente nel marzo 2018 e di aver “ oggettivato una condizione mista ansioso depressiva reattiva ad una

vicenda per lui stressante su una probabile fragilità personologica preesistente” (doc. E1), situazione che avrebbe potuto giustificare “ già a quel tempo una IL che si poteva prevedere essere di lunga durata ”, se tale certificazione permette eventualmente di ammettere la sussistenza, nel marzo 2018 successivamente all’incidente della circolazione, di una limitazione dell’abilità lavorativa nella professione di _____ (anche se non è dato a sapere in che misura), essa non consente tuttavia di ammettere che tale inabilità sia in seguito continuata in misura rilevante e continuata. In proposito è pertinente anche l’osservazione dell’IPTC secondo cui “ chiunque, a seguito di un incidente stradale, anche in assenza di fratture, potrebbe presentare sintomi psicologici” , ma ciò non significa tuttavia necessariamente che poi “ il paziente sviluppi una patologia psichica tale da renderlo, tre anni dopo, del tutto incapace al lavoro ” (V pag. 6). Resta il fatto che l’assicurato non ha proseguito gli incontri presso la psichiatra e sino al mese di aprile 2021 non ha più necessitato di cura medica. Inoltre, le sue condizioni di salute non gli hanno impedito di mettersi alla ricerca di un lavoro a tempo pieno e di percepire le indennità di disoccupazione da novembre 2018 e di farsi assumere, dal novembre 2020, quale _____ presso la ditta _____. Sia pure osservato che la sintomatologia manifestata dall’attore nel marzo 2018 e descritta dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____ indica una situazione valetudinaria decisamente diversa da quella constatata a partire dal mese di aprile 2021. Se immediatamente dopo l’incidente del febbraio 2018 giusta i due medici citati egli era apparso essenzialmente ansioso e depressivo (e non ha ritenuto in seguito di abbisognare di alcun supporto medico/psichiatrico), tre anni dopo, nel mese di aprile 2021, egli si è presentato decisamente scompensato tanto da causare un prolungato ricovero in una struttura psichiatrica specializzata. Appare quindi altamente verosimile che la patologia psichica attualmente invalidante si sia sviluppata nel corso degli anni, assumendo una misura e un carattere invalidante non da ultimo a seguito dell’esperienza lavorativa presso la _____. Sia pure detto a titolo abbondanziale che qualora si volesse per ipotesi ammettere che la patologia psichiatrica attualmente invalidante fosse presente (in misura tale da causare un’inabilità lavorativa) già all’epoca dell’affiliazione presso l’IPCT, vi sarebbe allora pure da chiarire se tale affezione non fosse già presente in epoca anteriore all’inizio del rapporto di lavoro quale _____ e, quindi, all’affiliazione presso l’IPCT (egli è stato tra l’altro attivo presso la _____ come assicuratore nel 2012 e disoccupato dal gennaio al settembre 2013, doc. AI 17), considerato come i sanitari della clinica _____ abbiano affermato che già nel 2004 egli potesse presumibilmente essere portatore dell’affezione psichiatrica (cfr. certificazione del 16 maggio 2022: “ an hand der uns vorliegenden Akten, die uns freundlicherweise durch die aktuelle Lebenspartnerin zur Verfügung gestellt wurden, besteht der Gesundheitsschaden bereits seit mindestens 2004, allerdings ohne dass bereits damals therapeutische Massnahmen ergriffen wurden. ”, doc. AI 72). In questa ipotesi, l’istituto di previdenza convenuto non potrebbe comunque essere ritenuto responsabile per l’invalidità successivamente insorta, ritenuto che l’applicazione dei principi sanciti dall’art. 23 lett. a LPP (che appunto fa dipendere l’obbligo prestativo dall’esistenza di un rapporto assicurativo nel momento del subentrare dell’incapacità lavorativa) fa sì che 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; cfr. al consid. 2.5). 2.12. Dalle suddette conclusioni potrebbero sembrare in parte divergere le certificazioni mediche più recenti prodotte in questa sede. Con uno scritto del 27 gennaio 2025 il dr. _____,

richiesto dall'assicurato, elencata la documentazione sottopostagli (e meglio i certificati dei medici della clinica _____, la disdetta dalla ditta _____ del 29 aprile 2021, un estratto da un sito d'informazione online riferito ad una vicenda di un incidente del 2018, copia della decisione disciplinare del _____ dell'11 maggio 2016 in seguito ad un evento in cui l'assicurato avrebbe postato sui social network notizie false riguardanti il _____), così si è espresso: " (...) _____ " (doc. H1) La dr.ssa _____ ha attestato quanto segue il 28 gennaio 2025: " _____ " (doc. H2) A tal proposito, ricordate nuovamente le difficoltà legate ad una valutazione retrospettiva (secondo la giurisprudenza, come detto, una riduzione della capacità lavorativa deve di principio essere comprovata da certificazioni rilasciate in tempo reale, mentre che un'incapacità lavorativa medico-teorica costatata solamente anni dopo con effetto retroattivo non è sufficiente; STF 9C_210/2018 del 29 agosto 2018 e riferimenti), come detto nel caso di specie la documentazione medica relativa alla domanda di prestazioni AI, sfociata nel provvedimento dell'AI del maggio 2022 (cfr. consid. 1.2.), evidenzia in modo pressoché univoco e lineare il mese di aprile 2021 quale data a far tempo dalla quale è stata accertata da più specialisti un'incapacità lavorativa. Prima di allora, e in particolare all'epoca in cui l'attore ancora era assicurato presso l'istituto previdenziale convenuto, non vi è alcuna certificazione "in tempo reale" che attesti un'incapacità lavorativa rilevante ai sensi di legge. In simili circostanze e richiamata la giurisprudenza dell'Alta Corte citata sopra, lo scrivente Tribunale ritiene che le attestazioni allestite diversi anni dopo dai dr.i _____, _____, _____ e _____, non sono sufficienti a sovvertire o anche solo a mitigare il peso probatorio della suevocata refertazione agli atti rispettivamente l'assenza di alcuna certificazione conclusiva resa nel periodo assicurato. È quindi da ritenere che l'incapacità lavorativa in misura rilevante e duratura dell'attore è da far risalire al più presto al mese di aprile 2021, contestualmente alla conclusione del rapporto di lavoro come _____ presso la _____ e non prima. Certo, come dianzi esposto (cfr. al consid. 2.11), va nuovamente ribadito che non si può negare che verosimilmente l'attore riscontrasse delle difficoltà psichiche già precedentemente all'esordio drammatico nell'aprile 2021 e successivamente comportante un'inabilità lavorativa continuativa. Già si è esposto che i sanitari della clinica _____ hanno affermato che il disturbo psicotico si era probabilmente sviluppato da un disturbo paranoico della personalità già esistente da giovane adulto, almeno sin dal 2004, senza tuttavia che ai tempi fossero state intraprese misure terapeutiche (rapporti 10 novembre 2021 e 16 maggio 2022, doc. AI 53, 72). Tuttavia, ai fini della definizione di una eventuale responsabilità dell'istituto previdenziale convenuto, decisiva appare solo la circostanza che tali difficoltà non siano confluite in un accertamento medico che certificasse "in tempo reale" un'incapacità lavorativa rilevante e duratura ai sensi di legge. Si ribadisce in effetti che è un fatto incontestabile che durante l'esercizio della sua attività lavorativa come _____, dal settembre 2013 alle dimissioni con effetto alla fine di giugno 2018, non solo non vi siano attestazioni mediche che documentino delle cure mediche o delle problematiche di salute, ma neppure sono state registrate assenze per malattia dal lavoro (se non 2 giorni nel 2017 e nel 2018 13 giorni successivamente all'incidente del _____ 2018; doc. B5). Quanto alle "stranezze" da lui palesate fin dal 2014, ovvero agli aspetti comportamentali e alle "prese di posizione/decisionali atipiche/assurde" richiamate dall'attore e avvalorate dall'allegata documentazione [segnatamente la pubblicazione sui social nel 2016 di una notizia, poi rivelatasi falsa, riguardante il _____ (fatto questo che è stato sanzionato da un provvedimento disciplinare deciso dal _____ l' _____ 2016, doc. H3); il ritiro

della patente nel 2017 per eccessiva velocità e la successiva messa a disposizione del proprio veicolo ad una persona senza valida licenza di circolazione, fatti questi pure oggetto di procedura disciplinare (doc. H4); nel 2018 l'incidente e la registrazione non autorizzata di comunicazioni telefoniche con colleghi; cfr. allegato dell'attore del 30 gennaio 2025, IX e doc. annessi], tali eventi, anche volendoli considerare "inadeguati", non permettono di comprovare di per sé l'esistenza di una patologia psichiatrica invalidante né un'inabilità lavorativa. Come osservato dall'istituto convenuto, essi possono anche essere ascritti a caratteristiche caratteriali o personologiche (XIII). Ai fini del presente contendere tali circostanze non paiono comunque rilevanti, considerato come le stesse non sembrano comunque aver impedito all'assicurato di esercitare senza apparenti limitazioni la sua attività lavorativa di _____. Nemmeno permettono una diversa conclusione le allusioni, peraltro contestate con forza e comunque non comprovate, circa presunti atteggiamenti di pressione e intimidazione psicologica esercitati nel 2018 ai danni dell'attore da funzionari dell'amministrazione cantonale in occasione della fine del rapporto di lavoro. D'altra parte sia di nuovo ribadito che anche volendo ammettere che nel periodo immediatamente successivo all'incidente della circolazione del _____ 2018 egli abbia manifestato delle affezioni con influsso sulla sua capacità lavorativa, viste le certificazioni della dr.ssa _____ che riferisce di averlo visitato nel marzo 2018 per un quadro depressivo-ansioso su una "probabile fragilità personologica preesistente" (doc. B13 e E2), tuttavia la documentazione agli atti attesta che in seguito l'assicurato non abbia necessitato di cure psichiatriche (sino al mese di aprile 2021 quando ha iniziato ad essere seguito dalla dr.ssa _____) e si sia annunciato alla disoccupazione alla ricerca di un'attività a tempo pieno percependo le relative indennità giornaliere da novembre 2018 sino a novembre 2020, iniziando poi un'attività lavorativa nel dicembre 2020 (doc. AI 17). Ora, secondo la giurisprudenza fra le circostanze da prendere in considerazione per la valutazione della connessione temporale rientrano i rapporti esteriori verso terzi nel mondo lavorativo, come il fatto che un assicurato percepisca per un lungo periodo delle indennità della disoccupazione quale persona con una capacità al collocamento per un'attività da svolgere a tempo pieno (STF 9C_768/2008 del 15 maggio 2009 consid. 3. con riferimenti; cfr. nondimeno anche STFA B 23/01 del 21 novembre 2002 consid. 3.3 e B 127/04 del 21 aprile 2005 consid. 4.3.4 citate in Vetter, op. cit., ad art. 23, n. 36 pag. 96). In concreto, anche se è vero che per la giurisprudenza l'idoneità al collocamento non esclude la presenza di un'incapacità lavorativa (STF B 127/04 del 21 aprile 2005 consid. 4.3.4), ricordato che egli ha percepito per due anni le indennità contro la disoccupazione, apparentemente con piena capacità al collocamento, circostanza che, come da giurisprudenza riportata sopra, rientra nell'ambito della valutazione della connessione temporale, in assenza di certificazioni mediche che possano in qualche modo attestare diversamente, a mente di questo TCA occorre concludere, con verosimiglianza preponderante, che durante quel periodo l'attore fosse abile al lavoro. Quanto al fatto che, successivamente alla fine dell'attività lavorativa quale _____ nel giugno 2018, l'interessato ha ripreso un'attività lavorativa soltanto a decorrere dal dicembre 2020, ciò non significa tuttavia, come sembrerebbe essere il parere dell'attore, che per questa ragione sussiste una connessione temporale tra un'ipotetica inabilità lavorativa sorta durante il periodo di affiliazione presso la convenuta (ossia in concomitanza con l'incidente della circolazione) ed il risorgere dell'incapacità lavorativa e conseguente invalidità nel mese di aprile 2021. Del resto gli unici medici ad averlo visitato nel periodo qui rilevante e in cui egli era assicurato presso l'IPTC, ossia il dr. _____ e la dr.ssa _____, hanno riferito che

egli all'epoca manifestava "instabilità psichica" (doc. D2) rispettivamente "una condizione mista ansioso depressiva reattiva ad una vicenda per lui stressante su una probabile fragilità personologica preesistente" (doc. E1). Ora, tale situazione, quand'anche per ipotesi avesse potuto provocare un'inabilità lavorativa come _____, come attestato il 5 settembre 2023 dalla dr.ssa _____ (doc. E2), non ha comunque necessitato in seguito di cure mediche e non vi sono elementi che comprovino che tale inabilità lavorativa sia in seguito continuata senza notevoli interruzioni sino all'aprile 2021. Come detto, appare altamente verosimile che, come attestato dal dr. _____, l'attore abbia sviluppato dei disturbi psichici esorditi "all'inizio dell'età adulta" e che essi siano poi evoluti nel tempo con relativo aggravamento. Se i comportamenti "bizzarri" evocati sin dal 2014 possono anche essere imputabili a tali disturbi, resta il fatto che, come detto, precedentemente all'aprile 2021 non è possibile ammettere la presenza di un'inabilità lavorativa continuata e senza significative interruzioni di almeno il 20%. In conclusione, 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), questo TCA non può concludere che l'incapacità lavorativa che ha portato all'attuale invalidità di natura psichiatrica riconosciuta dall'AI sia sorta durante il rapporto previdenziale presso l'IPCT conclusosi il 30 giugno 2018 rispettivamente 30 luglio 2018 (cfr. consid.2.2). Ne consegue che rettamente l'istituto previdenziale convenuto ha negato il versamento di prestazioni d'invalidità. 2.13. L'attore ha chiesto l'audizione dei medici curanti e l'allestimento di una perizia medica (I e IX). Questo Tribunale ritiene che la documentazione agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare la vertenza senza che si renda necessaria l'assunzione di ulteriore materiale probatorio. In particolare, i medici curanti dell'assicurato hanno già avuto modo di esprimersi a più riprese sulla sua situazione valetudinaria. Quanto alla richiesta di perizia psichiatrica alla stessa non è necessario dare seguito, la documentazione agli atti essendo, come dianzi esposto, sufficiente per escludere uno stretto nesso temporale tra la patologia psichiatrica (che ha portato l'Ufficio AI a riconoscere il diritto a prestazioni con provvedimento del maggio 2022; cfr. consid. 1.2) e un eventuale danno alla salute all'origine di un'incapacità lavorativa dell'attore presente al momento in cui egli era ancora assicurato presso l'IPCT. Un'ulteriore valutazione medica non potrebbe portare ad una diversa valutazione ritenuto anche che, come anticipato, secondo la giurisprudenza una riduzione della capacità lavorativa deve essere comprovata da certificazioni rilasciate in tempo reale (cfr. STF 9C_210/2018 del 29 agosto 2018 consid. 2.2). Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.14. Ne consegue la reiezione della petizione. Essendo la presente procedura gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP in relazione all'art. art. 29 cpv. 1 Lptca), non sono accolte tasse e spese di giustizia.