

## **TI\_GERICHTE 32.2009.33 vom 9. Dezember 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-12-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.33)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.33 du 9 décembre 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.33 del 9 dicembre 2008

### **Regeste**

UAI ha rifiutato una rendita all'assicurato dato che egli è ancora pienamente abile al lavoro nella sua professione di tecnico di radiologia. Non è tuttavia stato accertato in maniera esaustiva in cosa consista sul mercato generale del lavoro il mansionario di un tecnico di radiologia. Rinvio atti

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

LPGA) hanno diritto ai provvedimenti di integrazione per quanto: (lett. a) essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; e (lett. b) le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. A norma dell'art. 8 cpv. 1bis LAI, il diritto ai provvedimenti d'integrazione non dipende dall'esercizio di un'attività lucrativa prima dell'invalidità. Per determinare questi provvedimenti occorre tener conto della durata probabile della vita professionale rimanente. Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento professionale (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riformazione professionale (art. 17 LAI) ed il collocamento (art. 18 cpv. 1 LAI). 2.3. L'art. 17 cpv. 1 LAI prevede in particolare che: " L'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa se la sua invalidità esige una riconversione professionale e grazie ad essa la capacità al guadagno può essere presumibilmente conservata o migliorata ." Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI " per riformazione professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità." Con riformazione professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). L'assicurato ha in particolare diritto alla formazione completa, che appare necessaria nel suo caso per mantenere o migliorare in maniera essenziale la sua capacità di guadagno (AHI 1997 pag. 85; STFA non pubbl. del 21 luglio 1995 in re F. consid. 2b). Una formazione non può quindi essere interrotta anticipatamente se, tenuto conto del principio della proporzionalità, il successo

prevedibile dei provvedimenti d'integrazione appare ancora raggiungibile (RDAT I 1998 pag. 295 consid. 1b; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 131). Secondo la giurisprudenza, infine, l'assicurato sottoposto a carico dell'assicurazione per l'invalidità a provvedimenti d'integrazione professionale ha diritto a provvedimenti completivi nel caso in cui la reintegrazione effettuata non gli consenta di percepire un reddito adeguato e se egli solo con tali provvedimenti supplementari possa essere in grado di conseguire un guadagno parificabile a quello che avrebbe potuto percepire senza invalidità nella sua precedente attività. Il diritto a detti provvedimenti completivi non esige che sia raggiunta la soglia di rilevanza (perdita di guadagno del 20%: DTF 124 V 110 consid. 2b) richiesta per aver diritto ai provvedimenti d'integrazione professionale (STFA inedita 20 luglio 2002 nella causa C, I 237/00; Pratique VSI 2000 31 consid. 2 e 32 consid. 3b, RDAT I 1998 pag. 294; RCC 1978 pag. 527e STFA 1967 pag. 108).

2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Questa graduazione è stata ripresa all'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità

di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.5. Nella presente fattispecie, dal profilo medico, nel suo rapporto medico del 2 settembre 2008, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, laureato in medicina e chirurgia (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha posto le diagnosi principali di “sindrome lombo-spondilogenica, componente radicolare intermittente S1 a sinistra, in presenza di una degenerazione segmentale lombo-sacrale con reperto erniario laterale foraminale lombo-sacrale a sinistra; insufficienza della muscolatura del tronco; disidratazione discale L2/L3” (doc. 14-1), elencando i seguenti limiti funzionali: " Esigibili attività leggere, tutt'al più medio-pesanti, con possibilità di libera scelta o per lo meno di cambiamento regolare della posizione di lavoro, senza movimenti ripetitivi o mantenimento prolungato del rachide in posizioni inergonomiche, senza movimenti bruschi non controllati, con limite del trasporto/sollevamento di pesi situato ragionevolmente nell'ordine di grandezza di talvolta una decina di chili." (Doc. 14-2) Il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 100% in qualsiasi attività a partire dal mese di febbraio 2008, sottolineando la necessità di una “rivalutazione del caso a breve termine” (doc. 14-2). Il medico del SMR ha poi osservato: " A. 37enne. Tecnico di radiologia medica. Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (medico curante) 12.06.2008: valutazione del 10.06.2006 IL 50% dal 4.2007 al continua. Stazionario. Diagnosi con influo sulla CL: Lombosciatalgia sinistra su ernia L5-S1 con compressione radicolare (4.2007) Diagnosi senza influo sulla CL: Sindrome ansioso-depressiva (da anni) Terapia: cure fisioterapiche, analgesici. Attualmente non presenta stati depressivi. Potrebbe lavorare di più se esonerato dai servizi di picchetto in Ospedale. Il tentativo di riprendere al 100% è fallito. Dr. med. \_\_\_\_\_ (chirurgo ortopedico) 12.06.2008 Visita fiduciaria \_\_\_\_\_ del 12.02.2008 - sindrome lombo-spondilogenica, componente radicolare intermittente S1 a sinistra, in presenza di una degenerazione segmentale lombo-sacrale con reperto erniario laterale foraminale lombo-sacrale a sinistra - insufficienza della muscolatura del tronco - disidratazione discale L2/L3 In considerazione del quadro clinico e radiologico complessivo, non ritengo medicalmente necessario/indicato nessun nuovo ri-orientamento professionale. Il sig. RI 1 potrebbe incrementare in misura significativa il proprio grado di capacità lavorativa, raggiungendo anche una CL completa, potendo essere esonerato dal servizio di picchetto oppure dall'eseguire degli esami presso pazienti gravemente allettati, politraumatizzati, ... Dal lato dell'esigibilità medica attività leggere, tutt'al più medio-pesanti, con possibilità di libera scelta o per lo meno di cambiamento regolare della posizione di lavoro, senza movimenti ripetitivi o mantenimento prolungato del rachide in posizioni inergonomiche, senza movimenti bruschi non controllati, con limite del

trasporto/sollevamento di pesi situato ragionevolmente nell'ordine di grandezza di talvolta una decina di chili." (Doc. 14-3) Tale apprezzamento del medico del SMR si basa sulla valutazione peritale del 12 marzo 2008, eseguita per conto dell'assicuratore malattia, del dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica. Nel suo referto peritale, il dr. \_\_\_\_\_, poste le diagnosi di "sindrome lombo-spondilogeno, componente radicolare intermittente S1 a sinistra, in presenza di una degenerazione segmentale lombo-sacrale con reperto erniario laterale foraminale lombo-sacrale a sinistra; insufficienza della muscolatura del tronco; disidratazione L2/L3" (doc. 7-3 inc. cassa malati), ha osservato: " (...) Sul piano terapeutico il signor RI 1 sta traendo moderati benefici dall'uso di un TENS. In presenza di un'insufficienza della muscolatura del tronco entrerebbero in linea di conto pure delle misure attive di rinforzo della muscolatura, dapprima molto blande, con lento aumento della loro intensità in funzione del decorso della sintomatologia. In assenza di una componente radicolare irritativa o deficitaria di rilievo, non vi è tuttora nessuna indicazione per delle misure cruenti, in particolare di decompressione foraminale lombo-sacrale a sinistra. In caso di insorgenza di una radicolopatia entrerebbe in linea di conto la possibilità di un'infiltrazione peri-radicolare mirata sotto TAC. Il signor RI 1 risulta essere attualmente considerato inabile al lavoro nella misura del 50% quale tecnico di radiologia. Esso riferisce riscontrare delle difficoltà soprattutto durante i picchetti, nel caso di urgenze oppure con i pazienti allettati a causa del carico fisico ivi connesso. In considerazione del quadro clinico e radiologico, non ritengo medicalmente necessario/indicato al momento attuale nessun nuovo riorientamento professionale. Il signor RI 1 potrebbe in effetti incrementare in misura significativa il proprio grado di capacità lavorativa, raggiungendo anche una capacità completa, potendo essere esonerato dai servizi di picchetto oppure dall'eseguire degli esami presso pazienti gravemente allettati, poli-traumatizzati in Pronto Soccorso, .... Sempre come tecnico di radiologia entra inoltre in linea di conto lo svolgimento della propria professione presso degli istituti di radiologia privati, oppure situati presso delle cliniche che non comprendono dei servizi di Pronto Soccorso di traumatologia "pesante". La possibilità di effettuare degli esami TAC o risonanza magnetica permetterebbe inoltre di svolgere parte della propria attività anche in posizione maggiormente seduta. Dal punto di vista dell'esigibilità medica entrano in linea di conto delle attività leggere, tutt'al più medio-pesanti, con possibilità di libera scelta o per lo meno di cambiamento regolare della posizione di lavoro, senza movimenti ripetitivi o mantenimento prolungato del rachide in posizioni inergonomiche, senza movimenti bruschi non controllati, con limite del trasporto/sollevamento di pesi situato ragionevolmente nell'ordine di grandezza di talvolta una decina di chili ." (Doc. 7/4-5 inc. cassa malati, sottolineature della redattrice) 2.6. In sede ricorsuale, l'assicurato ha contestato la decisione dell'UAI di rifiuto delle prestazioni, producendo i seguenti referti medici: - referto del 16 marzo 2007 concernente l'esame MRI colonna lombare, redatto dal dr. \_\_\_\_\_ del Servizio di radiologia della Clinica \_\_\_\_\_, che giunge alle seguenti conclusioni: " Conclusioni: lieve protrusione discale L4-L5 a sinistra. Possibile conflitto radicolare L5 a livello del recesso. Ernia latero-foraminale L5-S1 in conflitto con la radice L5 e S1 di sinistra. Trofismo muscolare conservato." (Doc. B) - referto del 2 agosto 2007 del dr. \_\_\_\_\_, Primario di neurologia e del dr. \_\_\_\_\_, medico assistente di neurologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, i quali, poste le diagnosi di "lombosciatalgia sinistra non deficitaria, nell'ambito di un'ernia discale L5-S1 con conflitto radicolare S1 a sinistra; dolori alle articolazioni sacroiliache; sospetta sindrome delle apnee da sonno", hanno osservato: " Conclusione: il paziente rimane sintomatico dopo cinque mesi con una regressione soltanto

parziale dei dolori lombari e della sciatalgia. Vista la componente sacroiliaca proponiamo un'infiltrazione da parte del dottor \_\_\_\_\_ per cui è prevista una valutazione il 24.08.2007 alle 15.00. In assenza di un miglioramento decisivo entra in considerazione una fisioterapia intensiva stazionaria, per esempio alla Clinica riabilitativa di \_\_\_\_\_ prima di proporre una terapia neurochirurgica. Per quanto concerne i disturbi del sonno, abbiamo previsto un'ossimetria notturna di depistaggio. Nel caso di positività, pregheremo la dr.ssa \_\_\_\_\_ di eseguire una polisonnografia." (Doc. C) - referto del 20 gennaio 2009 della dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina generale, indirizzato all'UAI, del seguente tenore: " Faccio riferimento alla vostra risposta negativa per una rendita di invalidità e una riqualifica professionale. Come suo medico curante e conoscendo il paziente da 12 anni vorrei fare notare una piccola osservazione. Nel 2001 il paziente ha iniziato ad avere dolori lombari e in quel periodo lavorava come assistente di cure presso la Casa Anziani di \_\_\_\_\_. Dopo circa un anno e mezzo in inabilità lavorativa totale e parziale, il paziente ha capito che il lavoro di assistente di cura non è fatto per lui e ha iniziato la scuola di tecnico di radiologia. Terminata la scuola ha iniziato a lavorare come tecnico di radiologia ma purtroppo ha di nuovo iniziato con i dolori lombari, e dall'aprile 2007 è inabile al 50%. Lavorando al 50% va abbastanza bene, mentre al 100% la sintomatologia dolorosa è troppo invalidante. Sono del parere che questo giovane uomo, che ha già dovuto cambiare professione, meriti una rendita al 50%, poiché in qualsiasi altra professione sicuramente avrebbe gli stessi disturbi lombari di adesso. Le sue lombalgie sono giustificate dalla presenza di un'ernia discale a livello L5/S1 con conflitto radicolare delle due radici e di una protrusione discale L4/L5. Per i motivi soprannominati vi prego di rivalutare il caso del signor RI 1." (Doc. D) Nelle sue annotazioni del 26 febbraio 2009, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, specialista FMH in medicina generale, ha osservato: " Assicurato nato nel 1971, formazione di tecnico di radiologia, inoltre in possesso dell'attestato federale di capacità di impiegato di commercio. Perizia dr. \_\_\_\_\_ 12.2.2008 per conto di \_\_\_\_\_

Diagnosi: - sindrome lombo-spondilogeno, componente radicolare intermittente S1 a sinistra, in presenza di una degenerazione segmentale lombo-sacrale con reperto erniario laterale foraminale lombo-sacrale a sinistra - insufficienza della muscolatura del tronco - disidratazione discale L2/L3 Dal punto di vista dell'esigibilità medica entrano in linea di conto delle attività leggere, tutt'al più medio-pesanti, con possibilità di libera scelta o per lo meno di cambiamento regolare della posizione di lavoro, senza movimenti ripetitivi o mantenimento prolungato del rachide in posizioni inergonomiche, senza movimenti bruschi non controllati, con limite del trasporto/sollevamento di pesi situato ragionevolmente nell'ordine di grandezza di talvolta una decina di chili. Decisione UAI: nessun diritto a rendita essendo ritenuto abile al 100% da 2.2008 nell'abituale attività che in attività adeguata. Ricorso: In sede di ricorso viene presentato un rapporto del dr. \_\_\_\_\_ del 20.1.2009: - egli ritiene che l'assicurato non sia in grado di lavorare oltre il 50%

Valutazione: dall'attuale documentazione non risulta una modifica della problematica lombare vissuta quale invalidante dall'assicurato. Dal punto di vista somatico rimane quindi valida la valutazione espressa dal dr. \_\_\_\_\_." (Doc. IV/bis) 2.7. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente

esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Il TFA, in una

decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: "(...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)” L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)” Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF

8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione del SMR del 2 settembre 2008, basata su quanto stabilito dal dr. \_\_\_\_\_ in data 12 marzo 2008 per conto dell'assicuratore malattia, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 12 marzo 2008, dopo un accurato esame specialistico, ha stabilito che l'assicurato, affetto da "sindrome lombo-spondilogeno, componente radicolare intermittente S1 a sinistra, in presenza di una degenerazione segmentale lombo-sacrale con reperto erniario laterale foraminale lombo-sacrale a sinistra; insufficienza della muscolatura del tronco; disidratazione L2/L3", è inabile al lavoro al 50% nella sua attività di tecnico di radiologia presso il suo precedente datore di lavoro, viste le difficoltà riscontrate durante i picchetti, nel caso di urgenze oppure con pazienti costretti a letto, a causa del carico fisico (doc. 7-4 inc. cassa malati). Il dr. \_\_\_\_\_ ha tuttavia indicato che l'assicurato potrebbe incrementare in misura significativa il proprio grado di capacità lavorativa, raggiungendo anche una capacità completa, potendo essere esonerato dai servizi di picchetto oppure dall'eseguire degli esami presso pazienti politraumatizzati in Pronto Soccorso, svolgendo la propria attività lavorativa ad esempio presso istituti di radiologia privati o presso cliniche prive del servizio di Pronto Soccorso di traumatologia "pesante" (doc. 7-4 inc. cassa malati). Il dr. \_\_\_\_\_ ha inoltre ritenuto pienamente esigibile dall'assicurato lo svolgimento di attività leggere adeguate, con possibilità di libera scelta o per lo meno di cambiamento regolare della posizione di lavoro, senza movimenti ripetitivi o mantenimento prolungato del rachide in posizioni inergonomiche, senza movimenti bruschi non controllati, con limite nel trasporto/sollevamento di pesi nell'ordine di talvolta una decina di chili (doc. 7-5 inc. cassa malati). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. L'assicurato si è limitato a produrre un referto del 20 gennaio 2009 della dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina generale, che ha genericamente attestato che l'interessato è inabile al 50% nella sua professione e in qualsiasi altra attività, dato che "in qualsiasi professione sicuramente avrebbe gli stessi disturbi lombari di adesso" (doc. D). Al riguardo, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato che dal certificato medico della curante "non risulta una modifica della problematica lombare vissuta quale invalidante dall'assicurato", motivo per il quale "dal punto di vista somatico rimane quindi valida la valutazione espressa dal dr. \_\_\_\_\_" (doc. IV/bis). Queste considerazioni del medico del SMR possono essere condivise dal TCA. È qui utile ricordare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente deciso che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M., U 202/01, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. [= AJP 1/2002, p. 83]; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; STFA del 10 ottobre 2003 nella causa C., U 278/02, consid. 2.2; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Quanto ai disturbi del sonno - che secondo il patrocinatore non sarebbero stati tenuti in considerazione dall'amministrazione (doc. I) - questo Tribunale rileva che, dalla documentazione agli atti, non emerge la presenza di una problematica invalidante da tale profilo. Agli atti risulta un

referto del 2 agosto 2007 del dr. \_\_\_\_\_, il quale ha rilevato che “per quanto concerne i disturbi del sonno, abbiamo previsto una ossimetria notturna di depistaggio. Nel caso di positività, pregheremo la dr.ssa \_\_\_\_\_ di eseguire una polisonnografia” (doc. 7-19). L’assicurato è quindi stato sottoposto ad una “ossimetria notturna ambulante or 48 bis del 27-28 agosto 2007”: dal relativo referto, datato 28 agosto 2007, redatto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ del Centro del Sonno dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, risulta una “ossimetria notturna normale” (doc. 6-5, sottolineatura della redattrice). Il TCA non ha motivo per discostarsi dalle conclusioni della dr.ssa \_\_\_\_\_, che del resto non sono state contestate dall’assicurato attraverso dei referti specialistici attestanti una patologia del sonno invalidante. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d’ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l’obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Infine, a proposito del fatto che, secondo il patrocinatore, “qualora la procedura dovesse prolungarsi oltre il dovuto, non è esclusa l’insorgenza di stati depressivi reattivi che, se dovessero diventare patologici, sarebbero da mettere in relazione con le attuali patologie dell’interessato, provocando un’evidente ulteriore diminuzione dell’abilità lavorativa” (doc. I), questo Tribunale rileva che l’eventuale insorgenza di ulteriori patologie, in particolare dal profilo psichico, dovrà essere considerata quando e se si verificherà. È per contro fuor di dubbio che, al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice, l’assicurato non era affetto da disturbi di natura psichica invalidanti, come confermato del resto dalla stessa curante, dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. rapporto medico del 10 giugno 2008, in cui la curante ha espressamente indicato, quale diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa, quella di sindrome ansioso-depressiva, doc. 7-2, sottolineatura della redattrice). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell’assicurazione federale per l’invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Stante quanto sopra esposto, richiamato l’obbligo che incombe all’assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che, a partire dal mese di febbraio 2008, l’assicurato è abile al lavoro al 100% sia nella sua precedente professione di tecnico di radiologia, a condizione che non debba spostare pazienti non collaboranti, sia in altre attività adeguate. 2.9. L’assicurato ha contestato la circostanza che la sua precedente attività di tecnico di radiologia sia, concretamente, ancora esigibile al 100%, dato che tale professione “comprende, fra le mansioni assegnate dal datore di lavoro, pure quella di spostare e posizionare pazienti non

collaboranti”, come confermato da diversi ospedali e cliniche da lui direttamente contattate (doc. I e doc. E-H). Per costante giurisprudenza la questione relativa alle attività professionali concretamente realizzabili è di competenza del consulente in integrazione professionale (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008 citata al consid. 2.7.). Ora, nel caso concreto, nell’annotazione del 9 settembre 2008, il funzionario incaricato ha sollevato il problema dell’esigibilità, al 100%, della professione di tecnico di radiologia, viste le mansioni indicate parzialmente nel questionario del datore di lavoro, ritenendo necessario contattare il datore di lavoro dell’assicurato, per conoscere le mansioni esatte richieste all’interessato (cfr. doc. 15-1, sottolineatura della redattrice). Con scritto del 9 settembre 2008, l’UAI ha quindi chiesto al datore di lavoro dell’interessato di precisare quanto segue: " Abbiamo ricevuto il questionario per i datori di lavoro e vi ringraziamo. A tal proposito necessitiamo sapere alcune informazioni complementari per definire esattamente quali sono le mansioni specifiche dell’assicurato nel suo impiego di tecnico di radiologia presso l’Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ e più precisamente: - il posizionamento e il sollevamento dei pazienti “non collaboranti” (degenti a letto, oncologici, traumi ecc.) viene eseguito di norma da solo o con l’aiuto di altri collaboratori? Se sì quanti e con che frequenza? - Il fatto che non riesca a garantire la propria reperibilità durante i picchetti (serali/notturni, nei weekend) per quale motivo è dovuto? - Vogliate indicare all’incirca in che misura % si occupa dell’esecuzione di radiografie, disbrigo di pratiche amministrative, assistenza al medico radiologo e se vi sono altre mansioni particolari.” (Doc. 16-1) Con scritto del 2 ottobre 2008, il responsabile amministrativo del personale dell’Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ ha risposto: " Ci riferiamo alla lettera del 9 settembre 2008 e come da lei richiesto le diamo le seguenti informazioni: - la gestione dei pazienti non collaboranti viene di norma effettuata da un solo Tecnico di Radiologia (TRM) . La frequenza varia da giornata a giornata, ma di base 4 pazienti su 10 necessitano di aiuto nella mobilitazione; - durante i picchetti, il TRM deve gestire completamente qualsiasi tipo di paziente, in quanto in reparto non c’è nessuno ad aiutare . Il signor RI 1 a causa della sua parziale inabilità non è in grado di soddisfare questa esigenza; - per l’80% produzione di immagini (attività con il paziente), il 10% pratiche amministrative (attività a PC) e 10% assistenza al radiologo (legato comunque alla gestione del paziente).” (Doc. 20-1, sottolineature della redattrice) L’UAI ha pure contattato l’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, chiedendo: " Stiamo effettuando una verifica riguardante le mansioni affidate, normalmente, agli specialisti in radiologia nei vari Ospedali e Cliniche della regione. Questa verifica servirà esclusivamente come banca dati aggiornata ed approfondita a disposizione del nostro Servizio di Integrazione. Necessiteremmo avere una descrizione delle posizioni ergonomiche assunte nel normale svolgimento del lavoro (vedi scheda allegata) e, se possibile, sapere se il posizionamento e sollevamento di pazienti “non collaboranti” (degenti a letto, oncologici, traumi ecc.) viene di norma effettuato dal corpo infermieristico o fa parte integrante del mansionario del Tecnico in Radiologia.” (Doc. 17-1 e 18-1) Con scritto pervenuto all’UAI in data 30 settembre 2008, la Clinica \_\_\_\_\_ ha risposto: " (...) A quali sforzi fisici e psichici Frequenza d'esecuzione di questi è/era sottoposta la persona? lavori sull'arco della giornata (di p.es. 8 ore) 1-5% o 6-33% o 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3 h 3 fino a 5 / 4 h Profilo fisico raramente talvolta sovente Posizione seduta ý mai “ Camminare “ ý “ Stare in piedi “ ý “ Sollevare o portare pesi (leggeri: 0-10 kg) “ ý “ Sollevare o portare pesi (medi: 10-25 kg) “ ý “ Sollevare o portare pesi (pesanti: > 25 kg) ý “ Altri “ “ “ Profilo fisico Le esigenze e gli sforzi giornalieri sono di entità Rilevante Media Leggera

Concentrazione/attenzione " " " " Capacità di resistenza " " " " Precisione " " " " Altre " " " " Altre esigenze e sforzi: Vogliate fornirci altri dati tipicamente associati all'attività per permetterci di ottenere un quadro realistico sul tipo di lavoro svolto. Il posizionamento e sollevamento del paziente viene effettuato dall'assistente di studio medico, responsabile della radiologia. (Doc. 19-2) Dal canto suo, con scritto del 14 ottobre 2008, l'Ospedale della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ha risposto: " (...) A quali sforzi fisici e psichici Frequenza d'esecuzione di questi è/era sottoposta la persona? lavori sull'arco della giornata (di p.es. 8 ore) 1-5% o 6-33% o 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3 h 3 fino a 5 / 4 h Profilo fisico raramente talvolta sovente Posizione seduta " mai " " " Camminare " " " " Stare in piedi " " " " Sollevare o portare pesi (leggeri: 0-10 kg) " " " " Sollevare o portare pesi (medi: 10-25 kg) " " " " Sollevare o portare pesi (pesanti: > 25 kg) " " " " Altri " " " " " " Profilo fisico Le esigenze e gli sforzi giornalieri sono di entità Rilevante Media Leggera Concentrazione/attenzione " " " " Capacità di resistenza " " " " Precisione " " " " Altre " " " " " " Altre esigenze e sforzi: Vogliate fornirci altri dati tipicamente associati all'attività per permetterci di ottenere un quadro realistico sul tipo di lavoro svolto. Durata tempo di lavoro durante i turni notturni e di picchetto. (Doc. 22-3) Il funzionario incaricato, in uno scritto del 21 ottobre 2008, ha quindi indicato: " Note riassuntive Vedi riassunto per TRIAGE del 09.09.2008 Dopo le richieste d'informazioni da parte di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ si è potuto appurare che l'attività lavorativa abituale di tecnico in radiologia è adeguata allo stato di salute dell'A. (conferma del medico presente Dr. \_\_\_\_\_). Emerge per contro che a causa di problematiche di contingenza e/o di problematiche di logistica risultanti sul posto di lavoro specifico, l'assicurato non possa continuare il proprio lavoro. Queste mansioni non rientrano nelle usuali mansioni richieste per questa professione. Pertanto l'A. è abile ad esercitare la medesima attività ma o in un altro posto di lavoro e/o unicamente se con il DL attuale si trovi una soluzione in merito al caso specifico. RISULTATO DEL NUOVO TRIAGE A tal proposito si decide di eseguire un progetto di decisione di rifiuto per rendita e/o riqualifica professionale (non raggiunge l'anno d'attesa e/o alcuna perdita di guadagno teorica essendo abile nell'abituale attività). Per contro si inoltra un mandato al collocatore \_\_\_\_\_ per interventi sul posto di lavoro e quindi poter valutare se vi è la possibilità di mantenergli l'impiego a determinate condizioni e/o aiutando nel ricercare un nuovo posto di lavoro (aiuto al collocamento). Oltre a tutto ciò l'A. è pure in possesso dell'AFC d'impiegato di commercio attività anch'essa ritenuta esigibile dal profilo fisico." (Doc. 23-1) L'UAI ha quindi dato avvio alla procedura di collocamento. Nel rapporto del primo incontro del 20 novembre 2008, il collocatore incaricato ha osservato: " Osservazioni preliminari/annotazioni generali del colloquio Viene spiegato in cosa consiste il servizio di aiuto al collocamento, in particolar modo : - il nostro servizio di aiuto al collocamento è facoltativo e viene erogato su richiesta dell'Assicurato/Assicurata (A). Per questa ragione è necessaria una ferma motivazione da parte dello stesso, in particolar modo per quanto riguarda la ricerca di attività risp. di datori di lavoro (DL) idonei e compatibili con lo stato di salute - aiuto, accompagnamento, consulenza all'A. nella ricerca di un posto di lavoro risp. nella preparazione del materiale necessario per questa attività (p. es. lettera di candidatura, Curriculum Vitae (CV), ...) - supporto nei contatti con i DL trovati dall'A - ricerca e contatto di ulteriori DL sulla base delle limitazioni funzionali dell'A - durata dell'accompagnamento limitata e non è garantito il successo - il nostro servizio di aiuto al collocamento si basa principalmente su quanto riportato nei rapporti di valutazione elaborati dal Consulente di Integrazione Professionale (CIP), dal Servizio Medico Regionale (SMR), ... - si informa l'A su i diritti e i doveri, in particolar modo l'art. 7 LAI e l'art. 21 LPGa del

quale riprendiamo il 4° cpv (Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento di integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti di integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute) L'A si è detto motivato nella ricerca di un'attività lavorativa compatibile con il suo stato di salute. Limiti funzionali di riferimento - evitare attività pesanti Nella sua precedente attività di tecnico in radiologia l'A è da ritenere completamente abile. Deve essere rispettato il mansionario del tecnico il quale non prevede attività pesanti con i pazienti (spostarli da un lettino all'altro, sollevarli, ecc.). All'Ospedale di \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ questo avviene, ecco il motivo che in quel posto di lavoro l'attività non è ritenuta idonea. L'A lavora attualmente al 50% sempre come tecnico all'Ospedale \_\_\_\_\_ e il rimanente 50% è in malattia. Formazione scolastica / professionale / conoscenze Vedi CV Attività esigibili di riferimento Avendo anche un AFC commerciale l'A è idoneo a tutte le attività nei servizi sanitari / commerciali / amministrativi. Ev. con un periodo di avviamento professionale. Prossimo incontro Dopo aver discusso abbondantemente con l'A della sua situazione e su quanto l'UAI è in grado di fare per il suo caso e considerato che l'A ha richiesto l'intervento di un avv. per la sua pratica e relativo al progetto di decisione già emanato in cui si rifiuta all'A una rendita anche parziale, ma ha diritto ad un aiuto al collocamento, si decide, prima di iniziare un qualsiasi intervento, di portarlo a riflettere su che cosa intende fare, anche discutendo col suo avv. Se riterrà che il suo caso dovrà essere visto sotto il profilo di una rendita anche parziale, gioco forza il mio intervento sarà vano, se invece ben comprende la sua situazione e accetta il mio intervento, mi muoverò di conseguenza. Prendere contatto con \_\_\_\_\_ sig.ra \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) per capire fino a che punto si è già spinta con il DL e verificare il pagamento delle IG e fino a che data; prendere in un secondo tempo contatto col responsabile delle risorse umane sig. \_\_\_\_\_ degli ospedali di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ per discutere del caso e trovare possibilità e accorgimenti per mantenere il contratto di lavoro al 100%." (Doc. 33/1-2) Nelle annotazioni per l'incarto dell'11 dicembre 2008, il collocatore ha indicato: " 11.12.2008: sentito telefonicamente l'A poiché il suo avv. ha inoltrato le osservazioni in merito al progetto di decisione di rifiuto di rendita. La questione ora è la seguente: appena l'A sarà in possesso delle nostre osservazioni al progetto di decisione, assieme al suo avv. decideranno l'opportunità di inoltrare ricorso oppure no. Se inoltrano ricorso, vorrà dire che non accettano la nostra decisione, pertanto non si mette a disposizione per attivarsi in ambito professionale, se accetta la nostra collaborazione continuerà prima all'interno dell'ente ospedaliero per trovare un'altra occupazione sempre mantenendo la sua funzione altrimenti in altri ambiti. Ci si rinnova a gennaio quando avrà preso una decisione sul daffarsi. 17.12.2008: sig.ra \_\_\_\_\_ mi comunica che da un controllo eseguito l'A ha diritto alle IG unicamente fino al 13.01.2009. È stata informata degli accordi presi con l'A. Mi informa di averlo sentito e che è intenzionato ad andare avanti con la procedura giuridica, ma vuole parlare con il suo avvocato anche sulla base di queste nuove info. e di avere sentito anche la responsabile del personale dell'Ospedale e che probabilmente gli presenteranno un nuovo contratto al 50% (decurtandogli automaticamente parte del salario). Restiamo in contatto e chi ha nuove info le fa sapere. 07.01.2009: Tel. l'A comunicandomi che terminerà le IG col 13.1.2009 e che

gli hanno modificato il contratto di lavoro al 50%. Sta discutendo con il suo avvocato in merito alla possibilità di inoltrare ricorso poiché non è d'accordo su quanto scritto dal nostro ufficio che la sua attività attuale è ancora idonea. Mi ha informato di avere preso contatto con altri ospedali e tutti sono concordi col dire che col suo stato di salute non può più svolgere determinati lavori, motivo questo che ha portato l'Ospedale \_\_\_\_\_ a diminuire il tempo di lavoro (togliendogli quindi delle attività). Da parte mia, l'ho informato che resto a disposizione se vuole un aiuto al collocamento con la possibilità di corsi di aggiornamento (penso in particolar modo al commerciale), ma fintanto che non mi fa sapere che strada vuole percorrere (ricorso o accettare la nostra decisione) sono impossibilitato ad aiutarlo. Mi terrà al corrente sulle decisioni che prenderà con il suo avvocato. Pertanto non vengono fissati al momento colloqui." (Doc. 37-1) In data 4 dicembre 2008, il funzionario incaricato ha redatto le seguenti osservazioni a proposito delle critiche espresse dal patrocinatore dell'interessato contro il progetto di decisione di rifiuto di una rendita: " Abbiamo ricevuto le sue osservazioni del 1.12.2008. A tal proposito dobbiamo constatare che non vengono apportati elementi concreti che comprovino che le mansioni previste nel mestiere dell'assicurato, "tecnico in radiologia", siano inadeguate alle limitazioni funzionali rilevate. Siamo consapevoli che nel luogo di lavoro specifico, come viene confermato anche dallo stesso datore di lavoro, vengano attribuiti dei compiti complementari che non rientrano però nelle competenze della professione svolta dall'assicurato. Questo viene anche confermato da altri datori di lavoro che operano nel medesimo settore. Questi ultimi sono infatti, se non la causa stessa dell'inabilità lavorativa, ritenuti inesigibili dal profilo medico. Tant'è vero che l'Ufficio AI si è attivato in tal senso, inoltrando il mandato al collocatore AI allo scopo di aiutare l'assicurato per quanto riguarda un nuovo collocamento lavorativo e rimanendo a disposizione per discutere la situazione specifica con lo stesso datore di lavoro (collocatore di riferimento sig. \_\_\_\_\_). Oltre a ciò si ribadisce il fatto che l'assicurato in possesso di un Attestato Federale di Capacità quale impiegato di commercio, professione anch'essa ritenuta completamente esigibile dal nostro Servizio Medico Regionale (SMR) e che, se svolta, permetterebbe al signor RI 1 di recuperare appieno la capacità di guadagno residua. Dal nostro punto di vista, pertanto, la problematica è quella di collocare l'assicurato o nell'abituale professione ma presso un datore di lavoro che sia disposto ad assumere il sig. RI 1 attribuendogli unicamente le mansioni che prevede la sua professione, oppure di trovare una soluzione che possa permettergli di mantenere il proprio impiego con l'attuale datore di lavoro. Altra possibilità risulta essere quella di aiutare il signor RI 1 nel ricercare un nuovo impiego in altri settori dove viene ritenuto tutt'ora abile in misura totale (p. es. quale impiegato di commercio o in attività analoga di tipo amministrativo o altro). Su tali presupposti dobbiamo constatare che non vengono apportati elementi concreti né a livello medico né sotto il profilo economico che possano indurre l'Ufficio AI a riconsiderare quanto già appurato in fase d'istruttoria ed espresso nel progetto di decisione." (Doc. 35/1-2, sottolineature della redattrice) Nel rapporto finale del 2 febbraio 2009, il collocatore è giunto alle seguenti conclusioni: " Ricevo mandato nell'ottobre del 2008 per un intervento tempestivo. L'Assicurato è ancora sotto contratto con l' \_\_\_\_\_ al 100%, lavora però da diversi mesi al 50% perché non può più svolgere determinate mansioni. Il caso viene analizzato sommariamente in fase di triage in cui, dopo alcune prese di contatto con altri istituti sanitari, si decide che le attività non più svolgibili dall'A non fanno parte del mansionario lavorativo del tecnico di radiologia, pertanto si decide che l'attività è solvibile al 100%. Vedo l'A il 20 novembre per un primo colloquio, in cui, dopo essere stato messo

al corrente della situazione del suo caso, lo stesso fa trasparire subito un disagio nella decisione presa dal nostro ufficio, facendo notare che nel mansionario del tecnico di radiologia vengono contemplate quelle attività che non può più svolgere (alzare e/o girare pazienti sul lettino e altri lavori che sollecitano la schiena) e che invece l'UAI ha dichiarato non conformi al mansionario del tecnico di radiologia. In data 11.12.2008 in un contatto telefonico, l'A mi fa notare che il suo avvocato ha inoltrato le dovute osservazioni in merito a quanto sopra sostenuto. L'A è stato informato che deve mettersi a disposizione col nostro aiuto per ritrovare l'attività a tempo pieno o ancora nella sua attuale professione o in altre idonee al suo danno alla salute. Gli viene proposto un mio intervento direttamente all'ente ospedaliero permettendomi di spiegare il caso. Cosa che non è avvenuta in quanto ha sempre sostenuto che la situazione è quella da lui già fatta emergere e che l'\_\_\_\_\_ è ben cosciente sulle attività che un operatore di radiologia deve affrontare quotidianamente. Gli vengono esplicitati altri interventi mirati e puntuali, ma in questo caso troppo easy sotto il punto di vista dei contenuti, della durata e della validità spendibile sul mercato per poter essere accettati in questo momento. Nel frattempo, in data 13.01.2009, le IG malattia erogate dall'assicurazione \_\_\_\_\_, sono terminate e in più l'ente ospedaliero gli ha modificato il contratto di lavoro al 50% proprio perché non è in grado di svolgere quelle mansioni che rientrano nelle normali attività del tecnico in radiologia, ma che invece l'UAI ha ritenuto non preponderanti nell'attività. L'A è stato informato che la mia posizione, giunti a questo punto, ha poco interesse di esistere, in quanto l'A continua ad asserire che non trova corretta la nostra decisione e che è intenzionato a inoltrare ricorso tramite il suo avvocato. Alla luce del ricorso giunto ai nostri uffici, come preannunciato, ritengo inopportuno e fuori luogo continuare un intervento tempestivo quando la persona non si dichiara abile al 100% nella sua vecchia professione. Mi ha sempre manifestato la disponibilità a rimettersi in discussione in altre professioni ma con una giusta riforma (informatico, ecc.), ma purtroppo non è un'operazione al momento possibile considerato che non c'è una perdita di salario (almeno fino alla modifica del contratto) proprio perché l'attività del tecnico in radiologia è idonea, per cui non vi è una perdita di almeno il 20%. Il ricorso pone quindi fine al mio mandato e il caso deve essere rivisto sotto il profilo giuridico, prima che ci si possa chinare nuovamente sulle possibili strade formative da mettere in atto (solo collocamento, riforma, ecc.). Su tale base si ritiene conclusa la lavorazione della pratica." (Doc. 41/1-2, sottolineature della redattrice) Il patrocinatore ha contestato la conclusione dell'UAI in merito alla presunta piena capacità lavorativa dell'assicurato quale tecnico di radiologia - attività che, secondo l'amministrazione, non comporterebbe anche lo spostamento di pazienti non collaboranti - producendo, a comprova della sua tesi, i seguenti formulari relativi alla descrizione dell'attività di tecnico di radiologia redatti da alcuni ospedali: - formulario dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_: " (...) Quali lavori fanno parte Frequenza d'esecuzione di questi dell'attività? lavori sull'arco della giornata (di p.es. 8 ore) 1-5% o 6-33% o 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3 h 3 fino a 5 / 4 h raramente talvolta sovente Preparazione e posiziona- " ý " mento pazienti Gestione informatica delle immagini " ý " Stare in piedi " ý " Sistemazione delle sale " ý " Altri " " " A quali sforzi fisici e Frequenza d'esecuzione di questi psichici è sottoposta la lavori sull'arco della giornata (di p.es. 8 ore) persona? 1-5% o 6-33% o 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3 h 3 fino a 5 / 4 h Profilo fisico raramente talvolta sovente posizione seduta ý " " camminare " " ý stare in piedi " " ý sollevare o spostare pazienti (leggeri: 0-50 kg) ý " " sollevare o spostare pazienti (medi: 50-70 kg) " ý " sollevare o spostare pazienti (pesanti: > 70 kg) " ý " posizionamento

pazienti autosufficienti " " y Le esigenze e gli sforzi giornalieri sono di entità Profilo  
 psichico Rilevante Media Esigua concentrazione/attenzione y " " capacità  
 di resistenza y " " precisione y " " capacità percettiva y " " capacità di reazione in caso di  
 emergenza y " " Altre esigenze e sforzi: Vogliate fornirci altri dati tipicamente associati  
 all'attività per permetterci di ottenere un quadro realistico sul tipo di lavoro svolto. -  
 orientamento all'utente (accoglienza, prestanome, dimissione) - collaborazione  
 interdisciplinare - il "peso" dei picchetti (Doc. E) - formulario dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di  
 \_\_\_\_\_: " (...) Quali lavori fanno parte Frequenza d'esecuzione di questi dell'attività?  
 lavori sull'arco della giornata (di p.es. 8 ore) 1-5% o 6-33% o 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino  
 a ca. 3 h 3 fino a 5 / 4 h raramente talvolta sovente Preparazione e  
 posiziona- " " y mento pazienti Gestione informatica delle immagini " " y Sistemazione delle  
 sale " " y Altri " " y A quali sforzi fisici e Frequenza d'esecuzione di questi psichici è  
 sottoposta la lavori sull'arco della giornata (di p.es. 8 ore) persona? 1-5% o 6-33% o  
 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3 h 3 fino a 5 / 4 h Profilo fisico raramente  
 talvolta sovente posizione seduta " " y " camminare " " y stare in piedi " " y  
 sollevare o spostare pazienti (leggeri: 0-50 kg) " " y " sollevare o spostare pazienti (medi:  
 50-70 kg) " " y " sollevare o spostare pazienti (pesanti: > 70 kg) " " y " posizionamento pazienti  
 autosufficienti " " y Le esigenze e gli sforzi giornalieri sono di entità Profilo psichico  
 Rilevante Media Esigua concentrazione/attenzione y " " capacità di  
 resistenza y " " precisione y " " capacità percettiva y " " capacità di reazione in caso di  
 emergenza y " " (Doc. F) - formulario della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_: " (...) Quali  
 lavori fanno parte Frequenza d'esecuzione di questi dell'attività? lavori sull'arco della  
 giornata (di p.es. 8 ore) 1-5% o 6-33% o 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3 h 3 fino a 5 /  
 4 h raramente talvolta sovente Preparazione e posiziona- " " y mento  
 pazienti Gestione informatica delle immagini " " y Sistemazione delle sale " " y Altri " " y A  
 quali sforzi fisici e Frequenza d'esecuzione di questi psichici è sottoposta la lavori sull'arco  
 della giornata (di p.es. 8 ore) persona? 1-5% o 6-33% o 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3  
 h 3 fino a 5 / 4 h Profilo fisico raramente talvolta sovente posizione  
 seduta " " y " camminare " " y stare in piedi " " y sollevare o spostare pazienti (leggeri: 0-50  
 kg) y " " sollevare o spostare pazienti (medi: 50-70 kg) " " y " sollevare o spostare pazienti  
 (pesanti: > 70 kg) " " y " posizionamento pazienti autosufficienti " " y Le esigenze e gli sforzi  
 giornalieri sono di entità Profilo psichico Rilevante Media Esigua  
 concentrazione/attenzione y " " capacità di resistenza y " " precisione y " " capacità  
 percettiva y " " capacità di reazione in caso di emergenza y " " Altre esigenze e sforzi:  
 Vogliate fornirci altri dati tipicamente associati all'attività per permetterci di ottenere un  
 quadro realistico sul tipo di lavoro svolto. - attività di gestione burocratica - relazionarsi con  
 utenza esterna e altre categorie professionali - flessibilità nella turnistica es: pausa pranzo,  
 picchetto ecc. - collaborare / partecipare con il medico radiologo (Doc. G) - formulario  
 dell' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_: " (...) Quali lavori fanno parte Frequenza d'esecuzione di  
 questi dell'attività? lavori sull'arco della giornata (di p.es. 8 ore) 1-5% o 6-33% o 34-66%  
 fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3 h 3 fino a 5 / 4 h raramente talvolta sovente  
 Preparazione e posiziona- " " y mento pazienti Gestione informatica delle immagini " " y  
 Sistemazione delle sale " " y Altri " " y A quali sforzi fisici e Frequenza d'esecuzione di  
 questi psichici è sottoposta la lavori sull'arco della giornata (di p.es. 8 ore) persona? 1-5% o  
 6-33% o 34-66% fino a ca. ½ h ½ fino a ca. 3 h 3 fino a 5 / 4 h Profilo fisico  
 raramente talvolta sovente posizione seduta y " " camminare " " y stare in  
 piedi " " y sollevare o spostare pazienti (leggeri: 0-50 kg) " " y sollevare o spostare pazienti

(medi: 50-70 kg) " " sollevare o spostare pazienti (pesanti: > 70 kg) " " posizionamento pazienti autosufficienti " " Le esigenze e gli sforzi giornalieri sono di entità Profilo psichico Rilevante Media Esigua concentrazione/attenzione " " capacità di resistenza " " precisione " " capacità percettiva " " capacità di reazione in caso di emergenza " " Altre esigenze e sforzi: Vogliate fornirci altri dati tipicamente associati all'attività, per permetterci di ottenere un quadro realistico sul tipo di lavoro svolto dal tecnico di radiologia sia per quel che concerne il contesto fisico e psichico. - spostamento attrezzature e accessori (bobine, rn, etc.) - indossare camici di piombo (angio) - turni + reperibilità picchetto (Doc. H) Chiamata dal TCA ad esprimersi in merito a tali documenti prodotti dall'assicurato, che non sono stati commentati in sede di risposta di causa, l'amministrazione, con scritto dell'11 settembre 2009, ha osservato: " Prendiamo atto della sua espressa richiesta di prendere posizione in merito ai doc. E-H prodotti da parte ricorrente con il ricorso. Nella risposta di causa abbiamo reputato che non vi fossero ulteriori considerazioni da aggiungere, ritenendo che la questione relativa all'attività di tecnico in radiologia fosse stata già dibattuta in fase istruttoria. Infatti, emerge dagli atti che il caso del signor RI 1 è stato discusso dapprima all'interno dell'Ufficio AI nel contesto dell'attuazione di provvedimenti d'intervento tempestivo. In tale ambito l'Ufficio AI ha proceduto alla verifica delle mansioni nell'impiego specifico di tecnico di radiologia sia presso il precedente datore di lavoro che presso altri enti che impiegano la figura del tecnico in radiologia (nel caso, presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, doc. AI n. 19 agli atti e presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, doc. AI n. 22). Raccolti i dati, l'Ufficio AI ha appurato che l'attività lavorativa abituale di tecnico in radiologia è adeguata allo stato di salute dell'assicurato (tale conclusione è stata confermata anche dal Servizio medico regionale dell'AI/SMR durante il " triage " finale, come da annotazione del servizio competente del 21.10.2008, doc. AI n. 23 agli atti). L'Ufficio AI ha successivamente emesso il progetto di decisione del 22 ottobre 2008 indicando che, dopo un periodo di inabilità lavorativa in ogni tipo di attività valutata al 50%, dal febbraio 2008 l'assicurato era da ritenere abile sia nell'attività abituale che in attività adeguata al suo stato di salute. In particolare l'Ufficio AI ha chiaramente indicato che " Da una ricerca eseguita, risulta che il fatto di spostare e posizionare dei pazienti non collaboranti (pazienti lungodegenti a letto, oncologici, parzialmente immobili a causa di traumi subiti ecc.) non rientra nelle mansioni specifiche del tecnico in radiologia. Questi ultimi dovrebbero essere trasportati e posizionati dagli stessi infermieri e/o collaboratori operanti nel reparto da cui provengono gli stessi pazienti. Questo vale sia per i turni diurni che nei picchetti serali/notturni e nei week-end ecc. In altre parole, dal punto di vista dell'Assicurazione Invalidità, possiamo affermare che nella medesima attività ma presso un altro datore di lavoro, è totalmente abile. Il fatto che a causa di una problematica o di contingenza, o di logistica, o altro, le vengono richieste le summenzionate mansioni le quali sono inadeguate al suo stato di salute, non è una problematica che può definirla inabile al lavoro quale tecnico in radiologia. Oltre a ciò vi è da segnalare che è in possesso di un Attestato Federale di Capacità quale impiegato di commercio, attività anch'essa ritenuta esigibile dal punto di vista fisico al 100% ". Tale considerazione in merito all'attività di tecnico in radiologia è stata confermata con decisione del 9 dicembre 2008. L'Ufficio AI ha ribadito che le mansioni previste nel mestiere di " tecnico in radiologia " sono adeguate alle limitazioni funzionali rilevate, ponendo tuttavia la considerazione di essere " (...) consapevoli che nel luogo di lavoro specifico, come viene confermato anche dallo stesso datore di lavoro, vengano attribuiti dei compiti complementari che non rientrano però nelle competenze della professione svolta

dall'assicurato. Questo viene anche confermato da altri datori di lavoro che operano nel medesimo settore. Questi ultimi sono infatti, se non la causa stessa dell'inabilità lavorativa, ritenuti inesigibili dal profilo medico. Tant'è vero che l'Ufficio AI si è attivato in tal senso, inoltrando il mandato al collocatore AI allo scopo di aiutare l'assicurato per quanto riguarda un nuovo collocamento lavorativo e rimanendo a disposizione per discutere la situazione specifica con lo stesso datore di lavoro (...). Si rileva comunque che presso il precedente datore di lavoro, come dal medesimo confermato, sono attribuiti compiti complementari che non rientrano però nelle competenze della professione svolta dall'assicurato” (sottolineatura della redattrice). L'Ufficio AI ha concluso ritenendo che “ dal nostro punto di vista pertanto, la problematica è quella di collocare l'assicurato o nell'abituale professione ma presso un datore di lavoro che sia disposto ad assumere il sig. RI 1 attribuendogli unicamente le mansioni che prevede la sua professione, oppure di trovare una soluzione che possa permettergli di mantenere il proprio impiego con l'attuale datore di lavoro”. Il caso dell'assicurato è, quindi, stato affidato al servizio di collocamento (cfr. comunicazione dell'Ufficio AI del 21.10.2008). Anche nell'ambito dell'aiuto al collocamento il collocatore di riferimento ha indicato, riferendosi alle limitazioni funzionali, ovvero evitare di attività pesanti, che “ nella sua precedente attività di tecnico in radiologia l'assicurato è da ritenere completamente abile. Deve essere rispettato il mansionario del tecnico il quale non prevede attività pesanti coi pazienti (spostarli dal lettino all'altro, sollevarli, ecc.). All'Ospedale di \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ questo avviene, ecco il motivo che in quel posto di lavoro l'attività non è ritenuta idonea”. La misura del collocamento è stata, tuttavia, sospesa dal collocatore, ritenuto che l'assicurato non si riteneva abile al 100% nella sua vecchia professione. Nello specifico, il collocatore ha indicato di ritenere “ inopportuno e fuori luogo continuare un intervento tempestivo quando la persona non si dichiara abile al 100% nella sua vecchia professione ” (cfr. rapporto finale 02.02.2009 del collocatore). In considerazione delle motivazioni poste, abbiamo ritenuto di non avere ulteriori osservazioni da esprimere in merito all'attività di tecnico in radiologia, aspetto ampiamente discusso e definito dall'Ufficio AI. Le ulteriori schede prodotte non contengono elementi che non siano stati già precedentemente analizzati dall'Ufficio AI.” (Doc. IX) Con scritto del 5 ottobre 2009, il patrocinatore dell'interessato ha ribadito che “l'ordinaria attività professionale del Signor RI 1 ha sempre comportato lo spostamento dei pazienti non collaboranti, così come avviene normalmente nelle strutture sanitarie e attestato peraltro dai documenti agli atti”, aggiungendo che “il ricorrente si rimette al giudizio del Tribunale circa la necessità di ordinare una perizia professionale per stabilire il mansionario (teorico) di un tecnico in radiologia” (doc. XI, sottolineature della redattrice).

2.10. Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene che, senza prima procedere ad ulteriori approfondimenti al fine di determinare con esattezza quale sia, sul mercato generale del lavoro, il mansionario di un tecnico in radiologia, non sia possibile, contrariamente a quanto ritenuto dall'UAI, stabilire se sia esigibile pretendere dall'assicurato che continui a svolgere al 100%, nonostante il danno alla salute, l'attività di tecnico in radiologia, senza la necessità di spostare pazienti non collaboranti (cfr. consid. 2.8.). Nel caso di specie, questo Tribunale sottolinea, da una parte, che è incontestabile che presso il proprio datore di lavoro, Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, l'assicurato è chiamato a svolgere anche mansioni incompatibili con il suo stato di salute, come indicato dallo stesso datore di lavoro (in particolare, compiere degli sforzi per posizionare i pazienti non collaboranti, soprattutto durante i picchetti, allorquando è da solo, cfr. doc. 9-5 e doc. 20-1, sottolineature della redattrice). I responsabili dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, in un colloquio del 3 luglio 2008

con la signora \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_, hanno infatti indicato che “purtroppo non possono andargli incontro: mi hanno spiegato che il loro lavoro implica proprio anche il sollevamento e l'aiuto ai pazienti, anche in caso di svenimento o altro, questo comporta l'uso della forza ed il sollevamento di pesi superiori ai 10 kg (limitazione per il sig. RI 1). Altro motivo per cui non possono collaborare è che con tutti i dipendenti che hanno, se cominciassero ad andare incontro ad ognuno di loro per dare seguito alle richieste/limitazioni, non si salverebbero più” (doc. 18-1 inc. Cassa malati, sottolineatura della redattrice). D'altra parte, il TCA rileva che la questione riguardante la capacità lavorativa del ricorrente nella sua abituale professione e, in ultima analisi, quella del diritto alla rendita di invalidità, non deve essere necessariamente valutata facendo riferimento all'attività specifica svolta alle dipendenze dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_. La decisione deve essere presa facendo astrazione da quella che poteva essere la particolare situazione dell'insorgente presso il datore di lavoro appena menzionato, in funzione invece dell'attività normalmente svolta da un tecnico in radiologia sul mercato generale del lavoro (cfr., per dei casi analoghi, STCA 35.2007.20 del 21 giugno 2007, confermata con STF 8C\_409/2007 dell'8 settembre 2008; STCA 35.1998.7 del 14 settembre 1998, confermata dal TFA con sentenza U 301/98 del 18 febbraio 1999; STCA 35.1999.134 del 17 aprile 2001 e la STCA 35.2005.92 del 24 aprile 2006). Va qui rilevato che l'Alta Corte, in una sentenza U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003, relativamente al mercato del lavoro equilibrato, ha osservato: " Il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). In proposito va rilevato che il mercato del lavoro accessibile ai lavoratori non qualificati - come nel caso di specie - è in generale limitato a dei lavori di manodopera o ad altre attività fisiche (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a). Tuttavia nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite delle macchine, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 no. U 15 pag. 49 consid. 3b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b).” (STFA succitata, consid. 4.5., sottolineatura della redattrice) Nel caso di specie, tuttavia, secondo questo Tribunale - contrariamente a quanto preteso dall'amministrazione - dalla documentazione agli atti, non è dato sapere con esattezza se il fatto di dovere spostare pazienti non collaboranti e, più in generale, di dovere compiere degli sforzi (ossia sollevare o spostare pesi superiori ai 10 kg), in particolare durante i turni notturni o durante i picchetti, rientri, o meno, sul mercato generale del lavoro, nel mansionario di un tecnico in radiologia. Gli accertamenti operati in tal senso da parte dell'UAI, infatti, a mente del TCA, non consentono di fugare ogni dubbio riguardo alle mansioni richieste normalmente, sul mercato generale del lavoro, ad un tecnico in radiologia. L'UAI si è limitato a ribadire, a più riprese, che, da accertamenti compiuti presso altri datori di lavoro, è emerso che un tecnico in radiologia non debba sollevare dei pesi (cfr. doc. 23-1; doc. 33-1; doc. 35-1; doc.

41-1; doc. IX). Al riguardo, il TCA rileva che l'amministrazione è giunta a questa conclusione sulla base di due accertamenti compiuti, l'uno, presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e, l'altro, presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Nelle risposte fornite all'UAI, la Clinica \_\_\_\_\_ ha indicato che il tecnico in radiologia non si deve occupare del posizionamento e sollevamento dei pazienti non collaboranti, ma che tale compito viene effettuato dall'assistente di studio medico, responsabile della radiologia (cfr. doc. 19-2, sottolineatura della redattrice), mentre l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dal canto suo, ha rilevato che "raramente" il tecnico in radiologia deve sollevare o portare pesi medi (10-25 kg) o pesanti (più di 25 kg) (cfr. doc. 22-3, sottolineatura della redattrice). Alla luce di queste risposte, il consulente IP ha concluso che la precedente professione dell'assicurato è ancora esigibile nella misura del 100% (cfr. doc. 23-1, 33-1, 37-1, 41). Il TCA non può, in mancanza di ulteriori approfondimenti sull'argomento, condividere queste conclusioni del consulente professionale. Va qui rilevato che il consulente incaricato, ad eccezione dell'attività svolta in concreto presso il precedente datore di lavoro, non ha accertato in maniera esaustiva in cosa consista, sul mercato generale del lavoro, il mansionario di un tecnico in radiologia, sia durante l'orario normale di lavoro, sia durante i turni notturni e durante i picchetti. Il consulente si è infatti limitato ad indicare che dalle risposte fornite dalla Clinica \_\_\_\_\_, da una parte e dall'Ospedale della \_\_\_\_\_, dall'altra, non risulta che il tecnico di radiologia debba compiere degli sforzi con pesi superiori ai 10 kg. Ora, il TCA rileva che è vero che l'Ospedale di \_\_\_\_\_ ha indicato che "raramente" il tecnico in radiologia deve sollevare o portare pesi superiori ai 10 kg (cfr. doc. 22-3), tuttavia, alla voce "altre esigenze e sforzi", i responsabili dell'Ospedale di \_\_\_\_\_ hanno espressamente indicato che occorre tenere conto della "durata tempo di lavoro durante i turni notturni e di picchetto" (doc. 22-3, sottolineatura della redattrice). A fronte di tale esigenza particolare e alla luce di quanto indicato dal precedente datore di lavoro dell'interessato sia in occasione del colloquio del 3 luglio 2008 con l'assicuratore malattia – allorquando il datore di lavoro ha espressamente indicato che "(...) il loro lavoro implica proprio anche il sollevamento e l'aiuto ai pazienti, anche in caso di svenimento o altro, questo comporta l'uso della forza ed il sollevamento di pesi superiori ai 10 kg (limitazione per il sig. RI 1)" (doc. 18-1 inc. Cassa malati, sottolineatura della redattrice) – sia nello scritto del 2 ottobre 2008 indirizzato all'UAI – in cui il responsabile del personale dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ ha osservato che "la gestione dei pazienti non collaboranti viene di norma effettuata da un solo tecnico in radiologia", con una "frequenza che varia da giornata a giornata, ma di base 4 pazienti su 10 necessitano di aiuto nella mobilitazione" e che "durante i picchetti il tecnico in radiologia deve gestire completamente qualsiasi tipo di paziente in quanto in reparto non c'è nessuno ad aiutare" (cfr. doc. 20-1, la sottolineatura è della redattrice) - il consulente incaricato avrebbe dovuto tuttavia richiedere all'Ospedale di \_\_\_\_\_ ulteriori precisazioni, con riferimento in particolare alle procedure attuate durante i turni notturni e i picchetti, al fine di appurare se in questi frangenti il tecnico di radiologia deve operare da solo o meno e, in caso di risposta positiva, chi provvederebbe in tali evenienze al posizionamento dei pazienti non collaboranti o colti da un malore (ad esempio uno svenimento). Questi aspetti meritano ulteriori approfondimenti da parte dell'UAI. Quanto invece alla risposta fornita dalla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, questo Tribunale rileva che è vero che tale struttura ha indicato che il sollevamento o il dover portare pesi superiori ai 25 kg avviene "raramente" e che "talvolta" è richiesto di portare o sollevare pesi da 0 a 25 kg. La clinica in questione ha comunque osservato che "il posizionamento e sollevamento del paziente viene effettuato

dall'assistente di studio medico, responsabile della radiologia" (doc. 19-2, sottolineature della redattrice). A tale riguardo, il patrocinatore dell'interessato ha rilevato che "l'UAI non ha considerato che la Clinica \_\_\_\_\_ ha una gerarchia e una organizzazione professionale diverse rispetto a quelle delle strutture dell' \_\_\_\_\_: presso la Clinica \_\_\_\_\_ le radiografie non vengono eseguite dal tecnico di radiologia (come invece avviene presso l' \_\_\_\_\_), bensì dal responsabile di radiologia. L'attività di tecnico di radiologia del signor RI 1 corrisponderebbe, presso la Clinica \_\_\_\_\_, a quella del responsabile di radiologia: in sostanza, con la stessa terminologia vengono definite professioni differenti. Di fatto anche presso la Clinica \_\_\_\_\_ il signor RI 1 dovrebbe sollevare pazienti non collaboranti" (doc. I, sottolineatura della redattrice). Il TCA constata che, nonostante questa precisa e motivata contestazione del patrocinatore dell'interessato, l'UAI non ha ritenuto necessario fornire una spiegazione né in sede di risposta di causa (cfr. doc. IV), né rispondendo all'esplicita richiesta di chiarimenti del 27 agosto 2009 di questo Tribunale (cfr. doc. IX), così da potere smentire quanto sostenuto dall'avv. RA 1 in merito all'analoga funzione ricoperta sia dal "tecnico di radiologia", sia dal "responsabile di radiologia". Anche questa questione dovrà pertanto essere oggetto di approfondimento da parte dell'amministrazione, alla quale gli atti vanno rinviati per ulteriori accertamenti. Il rinvio degli atti all'UAI per ulteriori accertamenti si giustifica anche per un'altra ragione. Unitamente al ricorso, l'assicurato ha prodotto i formulari compilati da alcuni ospedali e cliniche da lui direttamente contattati al fine di appurare quali siano le mansioni richieste dalla professione di tecnico in radiologia, dai quali risulta che "talvolta" (ossia con una frequenza del 6%-33% sull'arco di una giornata normale di lavoro) un tecnico in radiologia è chiamato a sollevare o spostare pazienti di peso medio (50-70 kg) o pesante (più di 70 kg) (cfr. doc. E-H). Da tali formulari, inoltre, emerge che un'esigenza particolare di cui bisogna tenere conto con riferimento all'attività di tecnico in radiologia è quella del "peso" dei picchetti e del fatto di dover lavorare "a turni" (cfr. doc. E-H). Queste indicazioni poste da diverse cliniche e ospedali del Cantone, non sono state commentate da parte dell'UAI, in sede di risposta di causa (cfr. doc. IV). Tale atteggiamento è stato mantenuto dall'amministrazione anche a fronte dell'esplicita richiesta del TCA di una presa di posizione riguardo ai documenti prodotti dal patrocinatore dell'interessato e alle critiche espresse a proposito dell'esigibilità al 100% dell'attività di tecnico in radiologia esposte in sede ricorsuale (cfr. doc. VIII). Nella risposta dell'11 settembre 2009, infatti, l'UAI, senza rispondere alla precisa richiesta del TCA, si è limitato a ripercorrere gli accertamenti svolti durante la fase di istruttoria amministrativa. Nessun commento è invece stato fatto riguardo ai doc. E-H prodotti dall'assicurato unitamente al ricorso (cfr. doc. IX, sottolineature della redattrice). Questo modo di agire dell'UAI non può essere considerato corretto da parte di questo Tribunale. Come infatti già esposto in precedenza, l'UAI, a fronte delle indicazioni riportate nei formulari citati, avrebbe dovuto chiedere ai datori di lavoro contattati direttamente dall'assicurato di precisare se durante l'orario normale di lavoro la gestione dei pazienti non collaboranti viene effettuata da un solo tecnico di radiologia (così come avviene presso l'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, cfr. doc. 20-1) e se durante i turni notturni o i picchetti il tecnico di radiologia deve gestire completamente qualsiasi tipo di paziente, in quanto in reparto non c'è nessun altro ad aiutare (analogamente a quanto succede presso l'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, cfr. doc. 20-1). In mancanza di queste precisazioni, non è infatti possibile stabilire se, tenuto conto dei limiti funzionali dell'interessato, possa essere esigibile pretendere che egli continui a svolgere la sua attività di tecnico in radiologia, al 100%, presso altri datori di lavoro. Del resto, va qui evidenziato

che il collocatore incaricato, nell'ambito dell'intervento tempestivo, non ha proposto all'assicurato alcun datore di lavoro in grado di assumerlo al 100% quale tecnico in radiologia (cfr. doc. 41-1). Al riguardo, è opportuno ricordare che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.7.), mentre il medico è chiamato a porre un giudizio sullo stato di salute, a indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure a fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, spetta al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158; cfr. anche sentenza 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Va ancora rilevato che lo stesso assicurato, nel rapporto del colloquio del 26 maggio 2008 redatto dalla signora \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_, ha riconosciuto che la sua attività potrebbe essere più leggera, se fosse esonerato dal compiere i picchetti, aggiungendo che ciò tuttavia non è possibile dato che ormai quasi tutti gli ospedali e le cliniche dispongono di un servizio di Pronto Soccorso. In tale rapporto è stato infatti osservato che: " (...) Mi ha raccontato che il suo lavoro di tecnico in radiologia potrebbe essere anche più leggero, però ora tutte le cliniche e ospedali pian piano stanno introducendo il settore Pronto Soccorso ed è molto difficile trovare un posto di lavoro dove possa svolgere la sua attività senza dover lavorare anche al Pronto Soccorso. (...)" (Doc. 12-2 inc. Cassa malati, sottolineatura della redattrice) Alla luce di quanto appena esposto la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'UAI affinché esamini se, sul mercato generale del lavoro, la professione di tecnico in radiologia sia ancora esigibile dall'assicurato al 100%, nonostante il suo danno alla salute. Qualora ciò non dovesse essere il caso, l'amministrazione dovrà prendere in considerazione le altre attività ragionevolmente esigibili dall'assicurato e valutare se, come richiesto dal ricorrente stesso, siano dati i presupposti per mettere l'insorgente al beneficio di provvedimenti d'integrazione professionale adeguati, tali da consentirgli di conseguire una capacità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla precedente attività (STF 9C\_937/2008 del 23 marzo 2009 consid. 5; DTF 124 V 108 consid. 2a; STF 9C\_47/2007 del 29 giugno 2007 consid. 2). 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico dell'amministrazione.

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