

## **BGer 8C\_289/2018 vom 15. März 2019**

Bundesgericht, 2019-03-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_289\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_289_2018)

FR: TF 8C\_289/2018 du 15 mars 2019

IT: TF 8C\_289/2018 del 15 marzo 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Il ricorso in materia di diritto pubblico può essere presentato per violazione del diritto, conformemente a quanto stabilito dagli art. 95 e 96 LTF. L'accertamento dei fatti può venir censurato solo se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell' art. 95 LTF e se l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento (art. 97 cpv. 1 e 105 cpv. 1 e 2 LTF). Se, tuttavia, il ricorso è presentato contro una decisione d'assegnazione o rifiuto di prestazioni pecuniarie dell'assicurazione militare o dell'assicurazione contro gli infortuni - come nel caso concreto - può essere censurato qualsiasi accertamento inesatto o incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti ( art. 97 cpv. 2 LTF ); il Tribunale federale in tal caso non è vincolato dall'accertamento dei fatti operato dall'autorità inferiore ( art. 105 cpv. 3 LTF ).

#### **E. 2**

Oggetto del contendere è la questione se il Tribunale cantonale delle assicurazioni abbia confermato a ragione la decisione dell'assicuratore di porre fine alle prestazioni di corta durata e negare una rendita di invalidità.

#### **E. 3.1**

Il Tribunale delle assicurazioni, esposti lo svolgimento del processo, le basi legali ritenute applicabili, gli accertamenti medici eseguiti all'assicurato e la cognizione del giudice in materia di esami medici, ha concluso che il referto del 21 luglio 2017 del Dr. med. B.\_\_\_\_\_ non ostasse a ritenere il caso stabilizzato. Il medico infatti ha consigliato unicamente terapie conservative. Il prospettato intervento artrodesi al polso era del resto esigibile e l'assicurato, che l'ha rifiutato, è stato reso attento sulle conseguenze delle sue scelte ( art. 21 cpv. 4 LPG, art. 61 OAINF). Per queste ragioni la Corte cantonale ha dichiarato estinto il diritto delle prestazioni di corta durata dal 1° agosto 2017.

#### **E. 3.2**

L'assicurato lamenta che il Tribunale delle assicurazioni si sia fondato solo ed esclusivamente sulle visite mediche e circondariali dell'INSAI. Il ricorrente ricorda il rapporto medico del 23 febbraio 2016 del Dr. med. C.\_\_\_\_\_, che fa stato di un'incapacità lavorativa, e le visite del Dr. B.\_\_\_\_\_ del 7 marzo 2016 e del 6 aprile 2016. Egli osserva che inizialmente non ci sia stata una visita del Dr. D.\_\_\_\_\_, benché il medico abbia poi reso i rapporti del 12 luglio 2016 e del 9 agosto 2016. Solo il 7 luglio 2017 il Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ha visitato l'assicurato. Il ricorrente sottolinea che gli accertamenti del medico circondariale sono stati contraddetti non solo dal Dr. med. B.\_\_\_\_\_, ma anche dal Dr. med. C.\_\_\_\_\_. Occorre quindi rinviare la causa alla Corte cantonale per l'esperimento di nuovi accertamenti.

### **E. 3.3**

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, il quale è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. DTF 136 V 376 consid. 4 pag. 377 segg.). Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste esigenze severe ( DTF 122 V 157 ). Per la giurisprudenza del Tribunale federale, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludentza dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a una perizia medica esterna ( DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 469 seg.). Giova altresì ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo.

### **E. 3.4**

È vero, come sottolineato dal ricorrente che nel suo rapporto successivo alla visita del 23 febbraio 2016 il Dr. med. C. \_\_\_\_\_ pone un'incapacità lavorativa del 50%. Egli ritiene però anche che l'unica alternativa sia l'artrodesi al polso per migliorare la situazione. Presentata in forma dubitativa nella relazione dell'8 marzo 2016, anche il Dr. B. \_\_\_\_\_ conferma la bontà dell'artrodesi nella valutazione del 6 aprile 2016. Il Dr. med. C. \_\_\_\_\_ conferma l'esigibilità dell'intervento nei rapporti del 18 maggio 2016 e del 2 giugno 2016. Tale esigibilità è ribadita dal Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nel referto del 12 luglio 2016. Il Dr. med. B. \_\_\_\_\_ ribadisce l'opportunità dell'artrodesi nella lettera del 10 gennaio 2017. Anche il Dr. med. E. \_\_\_\_\_, interpellato dal ricorrente, ha infine affermato nella comunicazione del 17 febbraio 2017 che l'assicurato presentava un quadro neurologico che non avrebbe posto controindicazioni ad eventuali interventi chirurgici. L'assicuratore ha quindi reso attento il ricorrente delle conseguenze di un rifiuto il 2 giugno 2017. A tale avviso, il 13 giugno 2017 l'assicurato, per il tramite del patrocinatore, ha espresso il suo disaccordo all'intervento chirurgico.

### **E. 3.5**

A norma dell' art. 21 cpv. 4 LPGA 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 d'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 d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute. Al riguardo, non è necessario disporre di una prova piena, bensì è sufficiente sulla base di circostanze concrete di disporre di una certa probabilità che l'intervento potrebbe avvenire con successo. Dipende in sostanza dalla messa in atto della corretta procedura di avvertimento e di tempo di riflessione per sapere da quale momento si deve concludere per un rifiuto dell'assicurato (sentenza 8C\_865/2017 del 19 ottobre 2018 consid. 3.3 con riferimento).

### **E. 3.6**

L'assicuratore può ritenere una stabilizzazione o chiudere il caso, quando dalla continuazione della cura medica non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato e siano conclusi eventuali provvedimenti d'integrazione dell'AI ( art. 19 cpv. 1 LAINF ; DTF 134 V 109 consid. 4 pag. 113 segg.; sentenza 8C\_493/2018 del 12 settembre 2018 consid. 3.2). Se un sensibile miglioramento della salute sia ancora possibile, esso deve essere determinato rispetto all'aumento prevedibile o il ristabilimento della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima non sia limitata dall'infortunio. Il concetto "sensibile" dell' art. 19 cpv. 1 LAINF vuole sottolineare che grazie a una cura medica secondo l' art. 10 cpv. 1 LAINF il miglioramento auspicato possa effettivamente entrare in considerazione ( DTF 134 V 109 consid. 4.3 pag. 115). Non c'è un diritto a una cura medica, né se dalla continuazione del trattamento medico ne deriva una probabilità molto remota di esito positivo, né se dall'implementazione di ulteriori misure il progresso terapeutico presumibile sia esiguo. In tale contesto, lo stato di salute della persona assicurata deve essere valutata in maniera prognostica e non mediante accertamenti retrospettivi (sentenza 8C\_537/2018 del 22 gennaio 2019 consid. 4.2 con riferimenti).

### **E. 3.7**

Ci si può chiedere se nel caso concreto non siano già realizzate le condizioni dell' art. 21 cpv. 4 LAINF , come inizialmente ha proceduto l'assicuratore. Infatti, sia il Dr. med. B.\_\_\_\_\_ sia gli specialisti dell'assicuratore sostanzialmente concordano sul fatto che l'intervento di artrodesi fosse esigibile e potesse portare a un miglioramento. Il Dr. med. B.\_\_\_\_\_ nel proprio referto del 21 luglio 2017, posteriore al rifiuto espresso dal ricorrente, ha affermato che non vi erano nuovi aspetti da segnalare. Pur comprendendo umanamente il disaccordo espresso dall'assicurato, il Dr. med. B.\_\_\_\_\_ ha dato atto che i dolori sofferti dal ricorrente sono stati attentamente ricercati senza potere formulare una diagnosi. Ad ogni modo, la Corte cantonale poteva legittimamente concludere per una stabilizzazione dello stato di salute. Prescindendo dall'intervento di artrodesi non voluto dal ricorrente, gli stessi specialisti non mettono in evidenza alcun altro intervento che potrebbe migliorare sensibilmente la situazione dell'assicurato. Lo stesso Dr. med. B.\_\_\_\_\_, citato più volte dal ricorrente a sostegno delle proprie tesi, nel rapporto del 21 luglio 2017 non propone alcuna cura particolare. Egli in maniera laconica consiglia di far capo a tutte le misure terapeutiche conservative. Per il resto, non mette in discussione l'esame dell'incapacità lavorativa espressa dai medici dell'assicuratore. A torto quindi, il ricorrente tenta di concludere in una contraddizione del dossier medico o tra i medici. Nel caso concreto, alla luce di queste circostanze, non permane nemmeno il minimo dubbio all'affidabilità dei referti medici degli specialisti incaricati dall'assicuratore. Il ricorso è quindi infondato sotto questo profilo.

### **E. 4.1**

Il Tribunale delle assicurazioni, presentate le norme legali relative alla rendita di invalidità, e richiamati gli atti al fasciolo, ha rigettato le argomentazioni sviluppate dal ricorrente. La tesi secondo cui il ricorrente svolgesse lavori manuali non è stata ritenuta credibile dalla Corte cantonale a fronte dell'importante retribuzione accordata. Il ricorrente in sede di procedura AI ha dichiarato di essere "amministratore". Dal conto individuale AVS emerge peraltro un salario annuale compreso tra 178'514.- e fr. 432'497.-. Tale soluzione risulta anche confermata dal rapporto SMR del 28 aprile 2015. La valutazione del Dr. med. D.\_\_\_\_\_ conforta anche medicalmente questi accertamenti. La Corte cantonale ha anche

concluso come ininfluyente la testimonianza di F.\_\_\_\_\_, avendo il ricorrente affermato che la mano destra è la dominante. Il Tribunale delle assicurazioni, tenuto conto della diagnosi di natura morbosa, ha ritenuto che le valutazioni del Dr. med. B.\_\_\_\_\_ del 21 luglio 2017, peraltro immotivate, e il rapporto finale SMR del 28 aprile 2015 non scalfiscono le conclusioni del Dr. med. D.\_\_\_\_\_. I giudici ticinesi hanno poi rinviato a svariati precedenti giurisprudenziali, i quali confortano la scelta di dar piena valenza ai rapporti del medico circondario dell'INSAI. Questo senza dimenticare che determinante è l'attività normalmente svolta in una funzione sul mercato generale del lavoro, facendo astrazione della situazione particolare dell'assicurato. Per il resto, la Corte ticinese ha rinviato ad alcuni casi di richiesta di rendita di invalidità di titolari o dirigenti di azienda.

#### **E. 4.2**

Il ricorrente, posto che è mancino, critica innanzitutto il salario di fr. 439'000.- accertato dal Tribunale delle assicurazioni, desunto dalla procedura in ambito AI, mentre lo stesso al momento dell'infortunio era di fr. 15'600.- mensili per poi passare a fr. 6'700.- al momento della presentazione del ricorso. A torto, la Corte cantonale avrebbe altresì concluso, senza accertamenti, che il ricorrente sia il proprietario della società datrice di lavoro. Il ricorrente rileva che svolge soltanto le mansioni di direttore d'azienda, come riferito dalla Corte cantonale, ma rinviando alla testimonianza di F.\_\_\_\_\_ e alle proprie dichiarazioni del 6 giugno 2012 e del 6 novembre 2015, osserva che una parte del lavoro era svolto in fabbrica. Il rapporto SMR è oltremodo generico. Egli richiama anche lo scritto del 29 agosto 2017 di SA G.\_\_\_\_\_, il quale conferma che sono state assunte persone in sostituzione dell'attività del ricorrente. Il Tribunale delle assicurazioni impone al ricorrente una modalità schematistica che non trova ragione di essere applicata. In maniera impropria la Corte cantonale avrebbe poi evocato l'obbligo di ridurre il danno siccome, visto che almeno la metà del tempo la passava in fabbrica, la quale necessitava una grande funzionalità.

Giova ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica e astratta implicante ( DTF 134 V 64 consid. 4.2.1 S. 70 seg.), da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, l'esistenza di un mercato strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di volta in volta stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente esigua da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche ( DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; sentenza U 295/03 del 16 ottobre 2006 consid. 5.4).

#### **E. 4.3**

Invano, il ricorrente insiste nell'affermare che il suo ruolo di direttore aziendale lo occupasse anche in mansioni pratiche con l'uso di macchinari. Infatti, come accertato dai giudici cantonali, e sostanzialmente egli stesso ha affermato di rivestire il ruolo di amministratore. Tale funzione è peraltro dimostrata dagli importanti salari versati. In tale quadro, egli non può costruire un'invalidità a causa di impedimenti per mansioni svolte, le quali competerebbero a personale di rango inferiore. Del resto, egli stesso ha dichiarato di svolgere anche viaggi in aereo di lunga durata, i quali comportano assenze dal luogo

abituale di lavoro. Se effettivamente svolgesse abitualmente tali mansioni, nemmeno potrebbe lasciare il posto di lavoro. Appare quindi poco probabile che tali mansioni pratiche fossero regolari. In questo contesto è anche opportuno sottolineare che per prassi invalsa il giudice deve dare più peso alle prime dichiarazioni, le quali sono espresse in generale in un momento in cui la persona interessata non è ancora cosciente delle conseguenze giuridiche (cosiddette dichiarazioni della prima ora; DTF 142 V 590 consid. 5.2 pag. 594 seg.). Le censure relative all'entità del salario cadono quindi nel vuoto. Anche in quest'ottica il ricorso si rileva infondato.

#### **E. 5**

Ne segue che il ricorso deve essere respinto. Le spese giudiziarie seguono la soccombenza ( art. 66 cpv. 1 LTF ).

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