

BGer 8C 32/2018 vom 7. Januar 2019

Bundesgericht, 2019-01-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_32_2018

FR: TF 8C 32/2018 du 7 janvier 2019

IT: TF 8C 32/2018 del 7 gennaio 2019

Regeste

Assicurazione contro gli infortuni (rendita di invalidità) | Assicurazione contro gli infortuni

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 la Corte cantonale abbia a ragione confermato l'entità della rendita di invalidità di cui beneficia l'assicurato. La IMI già in sede cantonale non era più contestata.

E. 3.1

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni, esposti lo svolgimento del processo e le basi legali ritenute applicabili, ha richiamato le valutazioni del Dr. med. B. _____, del Dr. med. C. _____, il rapporto della Dr. med. D. _____ del 3 agosto 2016, il referto del Dr. med. E. _____ del 19 agosto 2016, l'apprezzamento medico del Dr. med. F. _____ del 14 settembre 2016, il certificato medico del Dr. med. C. _____ del 19 gennaio 2017, l'apprezzamento medico del Dr. med. F. _____ del 14 febbraio 2017, l'opinione del Dr. med. G. _____ del 22 giugno 2017 e la puntualizzazione del 9/10 ottobre 2017 del Dr. med. F. _____. La Corte cantonale ha sottolineato che i dubbi sollevati dall'assicurato sono stati inequivocabilmente chiariti durante l'istruttoria giudiziaria. Tale aspetto non fa dubitare dell'imparzialità, oggettività ed equidistanza dei medici. Richiamata la prassi in materia di valenza probatoria degli esami medici, il Tribunale delle assicurazioni ha stabilito che gli esami dei Dres. med. F. _____ e G. _____ possano validamente costituire la base della propria pronuncia. La mancata visita personale dell'assicurato da parte del Dr. med. G. _____ non è stata ritenuta decisiva. Gli impedimenti del ricorrente, secondo i giudici ticinesi, sono quelli che si riscontrano usualmente in persone con danni alle spalle. La Corte cantonale ha poi rinviato a svariati casi analoghi di assicurati con limitazioni agli arti superiori. Ha osservato altresì

che il concetto di invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica e astratta. La Corte ticinese ha ancora negato un nesso di causalità tra gli infortuni assicurati. Da ultimo, ha anche concordato con l'assicuratore per quanto attiene all'assenza di causalità per eventuali disturbi psichici. In conclusione, il Tribunale delle assicurazioni ha rilevato che le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico non impedirebbero all'assicurato, su di un mercato equilibrato del lavoro, di svolgere un'attività lavorativa, a tempo pieno e con un rendimento completo, compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico.

E. 3.2

Il ricorrente, dopo aver riassunto lo svolgimento della procedura, ha citato le conclusioni del Dr. med. F._____ in occasione della visita medico circondariale di chiusura dell'8 agosto 2016, del Dr. med. B._____ del 26 luglio 2006 relative al polso destro, del Dr. med. C._____ del 19 gennaio 2017 e ancora del Dr. med. F._____ del 14 febbraio 2017. Il ricorrente rimprovera al Dr. med. F._____ di non aver evocato la problematica al polso destro inizialmente e soltanto dopo l'opposizione si è pronunciato in merito. L'esigibilità lavorativa secondo quel referto non è nemmeno comprensibile. Il ricorrente ricorda anche il rapporto del Dr. med. G._____ del 22 giugno 2017. A parere del ricorrente quest'ultimo specialista confermerebbe anche le risultanze del Dr. med. C._____, dando una valenza per lo meno parzialmente organica al problema alla salute. Rimprovera al Dr. med. G._____ di trarre conclusioni mediche da semplici supposizioni. L'esigibilità sarebbe valutata in modo oltremodo generico. In definitiva, soltanto il referto del Dr. med. C._____ è concludente secondo l'assicurato.

E. 4.1

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 concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a 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. 4.2

Le critiche del ricorrente sono destinate all'insuccesso. Infatti, egli si limita in maniera apodittica a presentare la propria opinione, senza tentare di scalfire gli ultimi approfondimenti ordinati dinanzi al Tribunale delle assicurazioni. È vero, che il Dr. med. C._____ nel referto del 19 gennaio 2017 ha concluso per il ricorrente in attività molto leggera un rendimento non superiore al 50%. Essa è però relativamente succinta e non si confronta con tutto il fascicolo processuale. Il Dr. med. G._____ nel suo apprezzamento

del 22 giugno 2017 ha esposto dettagliatamente, confrontandosi con il parere del Dr. med. C._____, perché non potesse essere condivisa quest'ultima opinione: i dolori sono da ricondurre soltanto parzialmente allo stato organico. Il medesimo specialista ha spiegato che non si potesse riconoscere una diminuzione della capacità lavorativa oraria, siccome il profilo dell'esigibilità ha già tenuto conto degli aspetti lamentati dal ricorrente all'articolazione della spalla. Per quanto attiene al polso destro il Dr. med. G._____ ha riferito dell'assenza di elementi concreti per parlare di un peggioramento del quadro clinico. Il medico ha confermato un'esigibilità completa in un'attività adatta. Egli ha quindi ancora ritenuto valida l'esigibilità lavorativa espressa in precedenza dal Dr. med. F._____. Il 9 ottobre 2017 il medico di circondario ha ulteriormente precisato, richiamato il parere del Dr. med. G._____, la risultanza dei rilievi oggettivi e strumentali e le considerazioni cliniche effettuate. Ha ulteriormente accertato un'esigibilità lavorativa del 100% con un rendimento orario del 100% in un'attività adatta alle limitazioni funzionali concrete. A scanso di ogni equivoco il Dr. med. F._____ ha chiarito più puntualmente le sue considerazioni sull'esigibilità lavorativa, rimarcando che l'esigibilità lavorativa era ancora data nel ruolo di gessatore ma più precisamente in ruoli di direzione e di supervisione e ove questo non sia possibile in un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali. Contrariamente alle tesi presentate dal ricorrente, tali valutazioni sono chiare e suffragate dai dati oggettivi. Non si può quindi ritenere che permanga per lo meno un minimo dubbio tale da imporre l'esperimento di una perizia giudiziaria. Le tesi del ricorrente sono quindi infondate.

E. 4.3

Per il resto, il ricorrente non pretende che dall'istruttoria svolta durante la procedura giudiziaria cantonale, la quale ha completato gli accertamenti operati dall'assicuratore, potessero sgorgare ulteriori diritti. Il ricorso non contesta peraltro le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico, se non in relazione con le valutazioni mediche in merito all'esigibilità in un'attività adatta, che - come si è visto - resistono alle esigenze fissate dalla giurisprudenza. Non occorre quindi scostarsi dalle conclusioni tratte dal giudizio cantonale sotto questo profilo.

E. 5

Ne segue che il ricorso deve essere respinto. Le spese 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.