

BGer 8C_702/2018 vom 11. Juli 2019

Bundesgericht, 2019-07-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_702_2018

FR: TF 8C_702/2018 du 11 juillet 2019

IT: TF 8C_702/2018 del 11 luglio 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. 2.1

Oggetto del contendere è la questione se il Tribunale delle assicurazioni poteva confermare parzialmente la decisione su opposizione dell'assicuratore nel senso che le prestazioni per l'indennità giornaliera siano riconosciute solo fino al 31 agosto 2014 e dal 26 giugno al 31 ottobre 2016.

E. 2.2

Per quanto attiene alla richiesta di riconoscere ininterrottamente le prestazioni per il trattamento medico, ossia dalla data dell'evento traumatico avvenuto il 5 febbraio 2013 fino al 30 gennaio 2017, il ricorso è inammissibile. Infatti, l'assicuratore nella decisione su opposizione ha già riconosciuto il diritto dell'assicuratore alle prestazioni per il trattamento medico fino al 30 gennaio 2017. Riguardo alla richiesta di una rendita di invalidità, tale domanda non è stata oggetto di decisione amministrativa, né di un successivo giudizio su ricorso dell'autorità giudiziaria cantonale, e pertanto non può essere esaminata dal Tribunale federale (DTF 144 I 11 consid. 4.3 pag. 14; 125 V 413 consid. 1a pag. 414). Oggetto della lite è soltanto la presa a carico dell'indennità giornaliera. La relativa richiesta è pertanto anche sotto questo profilo inammissibile, poiché prematura.

E. 3.1.1

Secondo l' art. 16 cpv. 1 LAINF ha diritto all'indennità giornaliera l'assicurato totalmente o parzialmente incapace al lavoro (art. 6 LPGA ; RS 830.1) in seguito a infortunio. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato (cpv. 2). A norma dell' art. 6 LPGA è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese

in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

E. 3.1.2

L'obbligo di mettere a frutto la propria capacità lavorativa residua in un'attività adatta, principio derivante dall'obbligo di diminuire il danno, costituisce l'eccezione al principio secondo cui la valutazione della capacità lavorativa deve essere stabilita in base alle limitazioni effettive nell'ultimo lavoro esercitato (sentenze 8C_714/2018 del 5 marzo 2019 consid. 4.4.2 e U 108/05 del 28 agosto 2006 consid. 2.2, entrambe con riferimenti). Esso presuppone da un lato una prevedibile limitazione durevole della capacità lavorativa nell'occupazione esercitata fino al momento dell'infortunio e da un altro lato uno stato di salute stabile; un quadro clinico labile di una durata limitata nel tempo non è sufficiente (sentenza U 108/05 consid. 2.3; U 301/02 del 1° ottobre 2003 consid. 1.3; entrambe con riferimenti). Dall'altra parte però ci si deve attendere ancora un percepibile miglioramento dalla continuazione della cura medica dopo l'infortunio, perché altrimenti il diritto alle indennità giornaliere decade e deve essere esaminato il diritto alla rendita alla luce dell' art. 19 cpv. 1 LAINF (MARKUS SCHMID, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 2018, nota marginale n. 9 ad art. 16 LAINF). Un'incapacità lavorativa di durata lunga, la quale impone di considerare lo svolgimento di un'attività lavorativa adattata, non sussiste finché alla luce degli atti medici può essere stabilita una prognosi, la quale secondo il principio della probabilità preponderante permetta di concludere che l'assicurato potrà riprendere la propria capacità lavorativa nell'attività svolta in precedenza, in maniera da escludere la continuazione del diritto alle indennità giornaliere (sentenza U 108/05 consid. 4.1 con riferimenti).

E. 3.2

Se risulta che l'assicurato nell'ottica dell'obbligo di ridurre il danno sia tenuto a cambiare lavoro, l'assicuratore deve invitarlo in tal senso e concedergli un adeguato periodo transitorio per adattarsi alle mutate circostanze e trovare un nuovo posto di lavoro, durante il quale le indennità giornaliere continuano a essere versate. Tale periodo transitorio viene fissato da tre a cinque mesi (sentenza 8C_714/2018 del 5 marzo 2019 consid. 4.4.2 con rinvio a DTF 141 V 625 consid. 4.1 pag. 629 seg.; cfr. anche sentenze 8C_838/2012 del 19 aprile 2013 consid. 3.1; 8C_173/2008 del 20 agosto 2008 consid. 2.3; U 108/05 del 28 agosto 2006 consid. 2.3; U 301/02 del 1° ottobre 2003 consid. 1.3 con rinvio a DTF 114 V 281 consid. 5b pag. 289 seg.; MARKUS SCHMID, nota marginale 10 ad art. 16 LAINF ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, nota marginale 213 pag. 973 con riferimenti).

E. 3.3

Se l'assicuratore esige il reinserimento in una nuova occupazione, esso deve esporre i profili professionali o quali attività considera esigibili per l'assicurato. Solamente con una tale designazione e un tale chiarimento delle possibilità lavorative, l'assicuratore adempie il suo obbligo di motivazione, inteso come parte del diritto di essere sentito (art. 29 cpv. 2 Cost.). In questa maniera all'assicurato viene reso possibile di farsi un'idea sulla portata del cambiamento lavorativo richiesto (sentenza 8C_714/2018 consid. 4.4.4; Urteil U 301/02 consid. 1.4 con rinvio a DTF 124 V 181 consid. 1a).

E. 4.1

Il Tribunale delle assicurazioni ha ritenuto che il ricorrente già a partire dal mese di giugno 2014 sarebbe stato in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo un'attività alternativa, semplice e ripetitiva, adeguata, ovvero un'attività da svolgere a livello del tavolo, in posizione prevalentemente seduta e non comportante il sollevamento/trasporto di pesi. L'esercizio di una simile attività sarebbe senz'altro esigibile malgrado il danno infortunistico all'arto inferiore sinistro. L'opponente avrebbe informato l'assicurato al più tardi con la decisione del 28 aprile 2014 di ritenerlo abile al lavoro nella misura del 50% dal 1° maggio 2014 e in modo completo dal 1° giugno 2014. Contrariamente a quanto indicato dall'opponente nella decisione su opposizione, la Corte cantonale ha considerato che anche un disoccupato avrebbe diritto a vedersi riconosciuto un termine da tre a cinque mesi per procedere al cambiamento di professione. Dalla documentazione agli atti emerge che il ricorrente non si sarebbe annunciato all'assicurazione contro la disoccupazione. Nella fattispecie non troverebbero comunque applicazione gli art. 15 cpv. 2 e 3 LADI e 25 cpv. 3 OAINF, già solo per il fatto che l'assicurato è frontaliere e quindi soggetto in materia di disoccupazione alla legislazione italiana. Nella concreta evenienza, l'assicuratore LAINF è stato quindi tenuto a versare all'assicurato indennità giornaliere corrispondenti a un'inabilità del 100% durante il periodo 1°giugno - 31 agosto 2014 (periodo d'adattamento di tre mesi).

E. 4.2

Il ricorrente richiede che le prestazioni per l'indennità giornaliera gli siano riconosciute ininterrottamente dalla data dell'evento traumatico del 5 febbraio 2013 in misura completa dal 100% fino al 31 ottobre 2016. Egli fa valere che il caso non sarebbe stato stabilizzato per il periodo dal 28 aprile 2014 al 26 giugno 2016. Lo stesso assicuratore LAINF avrebbe affermato che la stabilizzazione dello stato di salute sarebbe stata realizzata il 30 gennaio 2017. Contrariamente al parere del tribunale cantonale, il ricorrente ritiene di aver recuperato la sua capacità lavorativa iniziale soltanto a fine gennaio 2017. A lui non sarebbe peraltro mai stato detto di cercarsi un'altra occupazione, in violazione del diritto di essere sentito. L'assicurazione LAINF solo a posteriori ha invocato la necessità di cambiare occupazione, di cui mai avrebbe fatto menzione in precedenza. L'assicuratore durante la procedura di opposizione si è sempre attenuto alla linea dell'interruzione della causalità. La cura medica e l'indennità giornaliera sono dovute fino a caso stabilizzato e quando cessano, se ci sono postumi, nasce il diritto alla rendita. Il ricorrente non si sarebbe quindi mai trovato in stato di disoccupazione vera e propria. Anche se egli avesse voluto iscriversi alla disoccupazione italiana, essendo frontaliere, non avrebbe potuto farlo per ragioni formali e per ragioni sostanziali.

E. 4.3

Fondandosi sul rapporto del Dr. med. B. _____, l'opponente ha accertato, confermato su questo aspetto dalla Corte cantonale, che lo stato di salute del ricorrente si sarebbe stabilizzato dal 30 gennaio 2017 e che le prestazioni per il trattamento medico sarebbero riconosciute fino a quel termine. Dagli atti risulta che il ricorrente dal 31 ottobre 2016 è stato di nuovo ritenuto abile al 100% nell'attività svolta prima dell'infortunio. Quindi nel momento della sospensione del pagamento delle indennità giornaliere al 1° giugno 2014 non era adempiuta la condizione di uno stato di salute stabilizzato. La stabilizzazione dello stato di salute è stata raggiunta soltanto dopo l'intervento dell'impianto di una protesi monocompartimentale.

E. 4.4

Dagli atti non risulta oltretutto che il ricorrente sia stato invitato a cercarsi un nuovo lavoro in un'attività adatta ai suoi disturbi. Contrariamente a quanto affermato dal Tribunale cantonale delle assicurazioni, l'assicuratore con la decisione del 28 aprile 2014 non ha ingiunto al ricorrente, richiamandosi all'obbligo di ridurre il danno, di provvedere a un cambiamento di lavoro. In realtà, con la menzionata decisione l'amministrazione, facendo capo alla valutazione espressa dal medico fiduciario in occasione della visita di controllo del 26 marzo 2014, ha riconosciuto una componente causale naturale ed adeguata fino al massimo al 31 maggio 2014, essendo stato raggiunto lo status quo sine dal 1° giugno 2014. L'inabilità lavorativa sarebbe giustificata al 100% nell'attività svolta sempre in piedi sino al 1° maggio 2014. Il ricorrente era stato ritenuto abile al 50% dal 1° maggio 2014 ed in seguito si era ritenuta giustificata una ripresa lavorativa totale. Inoltre in ogni caso dall'11 aprile 2014 si sarebbe ritenuta una piena abilità lavorativa in attività confacente. Una componente causale naturale come anche adeguata si sarebbe potuta ammettere al massimo fino al 31 maggio 2014. Dal 1° giugno 2014 il tutto sarebbe stato di competenza dell'assicuratore contro le malattie. Invece, l'assicuratore nella decisione su opposizione del 15 marzo 2017 sulla base della valutazione del Dr. med. B. _____ ha affermato che contrariamente a quanto deciso in precedenza con la decisione del 28 aprile 2014 lo status quo sine vel ante non era stato ancora raggiunto e quindi un nesso causale naturale tra l'evento del 5 febbraio 2013 ed i disturbi dell'assicurato dovevano ancora essere ammessi come anche che il diritto alle prestazioni LAINF non era ancora terminato. Lo status di salute dell'assicurato si sarebbe stabilizzato soltanto dopo il termine dell'ultimo ciclo di fisioterapia il 30 gennaio 2017. L'assicuratore infine non ha riconosciuto le prestazioni per le indennità giornaliere per il periodo tra il 1° giugno 2014 e il 26 giugno 2016 con la motivazione che all'assicurato con decisione del 28 aprile 2014 era stato comunicato di essere ritenuto abile al 100% in un lavoro confacente.

E. 4.5

Né nella decisione del 28 aprile 2014 né nella decisione su opposizione del 15 marzo 2017 viene esposta una attività concreta, che secondo l'assicuratore sarebbe stata esigibile con una piena capacità lavorativa dal 1° giugno 2014. Ciò costituisce, come il ricorrente censura a ragione, una violazione dell'obbligo di motivazione e del diritto di essere sentito (art. 29 cpv. 2 Cost. ; sentenze 8C_714/2018 consid. 4.4.4 e U 301/02 consid. 2.3). Una motivazione sufficiente rispetto al diritto di essere sentito relativamente alle possibilità lavorative esigibili non è ravvisabile nemmeno nel rinvio in entrambe le decisioni del 28 aprile 2014 e del 15 marzo 2017 al profilo di esigibilità del medico consulente dell'assicuratore. Certo, le limitazioni causate dall'infortunio nel profilo di esigibilità costituiscono la base per l'esame della capacità lavorativa, ma per prassi non assolvono l'amministrazione di indicare lavori o attività concreti. In caso contrario, il nuovo inserimento professionale richiesto dall'assicuratore non potrebbe essere verificato e impugnato dall'assicurato in maniera adeguata (sentenze 8C_714/2018 consid. 4.4.4 e U 301/02 consid. 2.3). Né si può affermare che la pronuncia impugnata abbia sanato questo vizio. Sia il giudizio cantonale sia la decisione su opposizione si rivelano lesivi del diritto di essere sentito per carente motivazione.

E. 4.6

Correttamente invece il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha stabilito che nella fattispecie l' art. 25 cpv. 3 OAINF non potesse trovare applicazione. Tale norma può entrare in linea di conto soltanto quando l'assicurato si è annunciato all'assicurazione contro la

disoccupazione, l'annuncio essendone il presupposto. L' art. 25 cpv. 3 OAINF presuppone l'erogazione contemporanea delle indennità giornaliere dell'assicurazione contro gli infortuni e di quelle dell'assicurazione contro la disoccupazione (sentenze 8C_889/2014 del 23 febbraio 2015 consid. 3.3 e 8C_173/2008 consid. 2.2; entrambe con riferimenti), che in concreto non è il caso. Dalla documentazione agli atti emerge che il ricorrente non si è annunciato all'assicurazione contro la disoccupazione. Poiché il ricorrente nel momento della sospensione delle indennità giornaliere dell'assicurazione contro gli infortuni non era annunciato come disoccupato, l'opponente non poteva prescindere dall'esplicita ingiunzione di cercare un nuovo posto di lavoro (diversamente dalle sentenze 8C_889/2014 consid. 4.3.2 e 8C_838/2012 consid. 4.2.2, ove i rispettivi assicurati, diversamente dal caso qui presente, erano annunciati come disoccupati).

E. 4.7

In definitiva, le condizioni sviluppate dalla giurisprudenza (consid. 3) per l'applicazione dell'art. 6 seconda frase LPGa non sono adempiute. La capacità lavorativa dell'assicurato doveva essere determinata secondo l'art. 6 prima frase LPGa e cioè nell'attività lavorativa nel precedente posto di lavoro. Poiché il ricorrente secondo gli atti medici era incapace al lavoro al 100% nell'attività ancestrale anche dopo il 1° giugno 2014, egli aveva ancora diritto alle indennità giornaliere. Dalla decisione su opposizione del 15 marzo 2017 risulta che il ricorrente dal 31 ottobre 2016 era di nuovo diventato capace al lavoro al 100% nella sua precedente attività. Il ricorrente infatti chiede l'erogazione delle indennità giornaliere soltanto fino a quel momento.

E. 4.8

Visto l'esito, le censure presentate dal ricorrente contro il giudizio cantonale relative ai calcoli dell'indennità giornaliera possono rimanere aperte.

E. 5

Ne segue che il ricorso, nella misura della sua ammissibilità, deve essere parzialmente accolto nel senso che la causa viene rinviata all'opponente per nuova decisione. Per il resto, il ricorso viene respinto, non potendo dar seguito già ora alle conclusioni di merito contenute nel ricorso. Le spese giudiziarie seguono la soccombenza. Il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria (DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento). Esse sono poste a carico dell'assicuratore (art. 66 cpv. 1 LTF), il quale dovrà versare al patrocinatore del ricorrente una congrua indennità per la sede federale (art. 68 cpv. 1 LTF). Il Tribunale cantonale delle assicurazioni statuirà nuovamente sulle spese della procedura cantonale (art. 68 cpv. 5 LTF).

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