

## **TI\_GERICHTE 35.2014.29 vom 1. April 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-04-01, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2014.29](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.29)

FR: TI\_GERICHTE 35.2014.29 du 1 avril 2015

IT: TI\_GERICHTE 35.2014.29 del 1 aprile 2015

### **Regeste**

Caduta con contusione lombo-sacrale. Ammesso raggiungimento status quo sine, trascorsi oltre 4 anni da infortunio. Riguardo domanda di restituzione prestazioni versate nel frattempo, ammessa realizzazione presupposto della revisione processuale ("fatto nuovo" emerso da videosorveglianza ass.)

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.5. In concreto, con decisione formale del 26 agosto 2013, l'Istituto assicuratore ha dichiarato estinto il nesso di causalità naturale tra l'infortunio del giugno 2008 e i disturbi denunciati dall'assicurata a contare, perlomeno, dal 1° ottobre 2012 "..., ovvero dalla penultima visita medico-specialistica che aveva eseguito il dr. med. \_\_\_\_\_ senza ottenere alcun riscontro clinico obiettivo. Infatti, lo stato clinico appurato all'occasione della visita specialistica del mese di giugno 2013 era invariato rispetto a quello della visita avvenuta in ottobre 2012.". Inoltre, sempre secondo l'amministrazione, "l'assenza di riscontri clinici/strumentali e l'esito dell'investigazione globale svolta dalla CO 1 e dall'Ufficio AI del Ct. Ticino congiuntamente", dimostrerebbero che l'assicurata in realtà non necessitava più di cure mediche, né presentava un'inabilità lavorativa, di modo che ella avrebbe "... indebitamente riscosso prestazioni da assicuratori sociali (in riferimento anche al nostro statuto di assicuratori LAINF), nella misura in cui ha reso come manifeste situazioni gravi non affatto corrispondenti alla realtà dei fatti ed in funzione delle quali é stata ritenuta portatrice d'invalidità." (doc. 62, p. 3s.). Il provvedimento appena citato é stato confermato con la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'assicuratore LAINF ha accertato l'estinzione del nesso di causalità naturale a far tempo almeno dal 1° ottobre 2012, dichiarato l'assicurata completamente abile al lavoro a decorrere almeno dal 1° ottobre 2012 e preteso la restituzione delle spese di cura e delle indennità giornaliere versate nel periodo 1° ottobre 2012 - 31 marzo 2013, nonché il rimborso dei costi legati alla videosorveglianza (cfr. doc. 67). 2.6. Chiamato a pronunciarsi, il TCA constata che, secondo l'amministrazione, l'estinzione della causalità naturale con l'infortunio del 9 giugno 2008, si fonderebbe sui referti relativi alle visite fiduciarie di controllo. Dalle carte processuali emerge in effetti che RI 1 é stata più volte fiduciarmente visitata dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia e medicina generale. In occasione della consultazione del 29 ottobre 2012, il sanitario appena citato ha in particolare osservato che ci si trovava confrontati con "... una sintomatologia enorme e sempre più o meno presente di base, alternate ad accentuazioni, recrudescenze e blocchi

iperalgici enormi che non trovano un correlato con le indagini strumentali e radio-strumentali. La paziente é già stata esaminata da specialisti in neurochirurgia e reumatologia. Per non lasciare nulla d'intentato e completare l'approfondimento diagnostico, prima di definitivamente esprimersi sulla causalità, si ritiene opportuno che la paziente venga esaminata anche dal profilo neurologico." (doc. 42, p. 5). Il 23 gennaio 2013 ha avuto luogo la visita presso il neurologo dott. \_\_\_\_\_, il quale ha riscontrato uno stato neurologico "del tutto nella norma ed in particolare nessun segno clinico di radicolopatia lombare o di neuropatia periferica.", motivo per cui ha dichiarato di non trovare "... un'apparente causa neurologica dei dolori e disturbi accusati dalla paziente." (doc. 45, p. 2). L'insorgente é quindi stata nuovamente visitata dal dott. \_\_\_\_\_ in data 25 giugno 2013. In quell'occasione, il medico fiduciario della CO 1 si é pronunciato in questi termini a proposito della causalità: " (...). L'infortunio occorso all'assicurata il 9 giugno 2008 non ha causato in maniera chiara e dimostrabile, tramite tutti gli esami strumentali eseguiti, delle lesioni post-traumatiche pratico effettive. La sintomatologia lamentata dalla paziente non trova un riscontro obiettivabile nei riscontri strumentali eseguiti e neppure dalle molteplici terapie finora eseguite. In sostanza vi sono dolori in sede lombare, prevalenti in sede paralombare sinistra che, talvolta, si irradiano agli arti inferiori a fronte di un riscontro neurologico perfettamente normale (vedi referto Dott. \_\_\_\_\_ relativo la visita eseguita il 23.1.2013) e a fronte di esami radio-strumentali (in particolare risonanze magnetiche) che non hanno mai documentato effettive compressioni radicolari od un peggioramento della discopatia L4-L5, così come nessuna alterazione pratico effettiva a livello delle faccette interapofisarie posteriori lombari. Alla luce di quanto sopra riassunto, non trovando una motivazione chiara ed evidente di natura post-traumatica che possa giustificare la sintomatologia lamentata dalla paziente, un nesso di causalità naturale fra l'infortunio del 9 giugno 2008 e la situazione attuale non può essere più ulteriormente riconosciuto e per il futuro deve essere negato. Il caso, ai sensi Lainf, deve essere ritenuto chiuso a tutti gli effetti . (...). a fronte dei soli postumi infortunistici e dell'intervento Lainf, non si rendono necessarie ulteriori terapie che, del resto, fino ad ora, non hanno consentito alcun miglioramento della situazione soggettiva dell'assicurata. (...). a fronte delle sole conseguenze infortunistiche e dell'intervento Lainf, non può essere giustificata una ulteriore inabilità lavorativa ed il caso deve essere considerato chiuso." (doc. 55, p. 5 s. - il corsivo é del redattore) In corso di causa, il TCA ha interpellato il dott. \_\_\_\_\_, il quale é stato invitato a rispondere ad alcune domande inerenti all'origine dei disturbi al rachide lamentati dall'assicurata (cfr. doc. XI). Con rapporto datato 6 ottobre 2014, il dott. \_\_\_\_\_ ha innanzitutto negato che il reperto oggettivato a livello di L4-L5 (protusione discale L4-L5 con rottura anulare dell'anello fibroso a contatto delle radici di L4 bilaterale sia stato causato (in senso stretto) dall'evento traumatico del 2008, in quanto, secondo la letteratura relativa all'evoluzione cronologica delle lesioni traumatiche del disco intervertebrale, ciò presupporrebbe che "..., già al sesto mese si intravedono delle formazioni spondilistiche con contorni netti e regolari e strutturazione iniziale; alla fine del primo anno i contorni risultano addensati e presentano una strutturazione evidente; alla fine del secondo anno le formazioni spondilistiche hanno l'aspetto di veri ponti ossei con struttura che continua senza interruzione verso la vertebra. Questo percorso é determinato dal fatto che una rottura traumatica impone una lesione immediata con conseguente sanguinamento che organizza un ematoma che, a sua volta, libera e deposita elementi mineralo-calcici e, laddove vi sia una lesione traumatica del disco intervertebrale, si crea una lieve instabilità in questa zona. Madre natura favorisce l'instaurarsi di queste formazioni spondilistiche proprio per cercare

di “saldare” od unire (ponte osseo) i segmenti coinvolti (nel caso specifico L4-L5) e trovare - in questo modo - una stabilizzazione. Nel presente caso, come bene si evince dalle sequenze radiografiche (risonanza magnetica, TAC, ecc.) questa circostanza non si é mai verificata. Non solo, ma non si sono prodotte neppure alterazioni a livello interfaccettario L4-L5 che, se anch’esse poste in relazione ad un trauma, sviluppano una rapida evoluzione di alterazioni.”. Il medico fiduciario della CO 1 ha pure escluso che l’evento del 9 giugno 2008 sia responsabile di un peggioramento direzionale e duraturo dello stato preesistente, e ciò per i medesimi motivi già esposti in precedenza (“Si sarebbero dovute evidenziare, quanto meno, delle apposizioni spondilistiche ben visibili e descrivibili dal radiologo negli esami poi eseguiti a distanza.”). Infine, egli ha sostenuto che l’infortunio assicurato é stato responsabile di un “... peggioramento temporaneo di uno stato preesistente che, come bene recita la letteratura, é da considerare ripristinato a distanza di un anno dall’evento, in assenza di lesioni morfologiche strutturali di natura post-traumatica evidenziabili agli esami strumentali eseguiti nell’immediato post-infortunistico e a distanza. Nel presente caso questo intervallo é stato procrastinato per avere la certezza dell’assenza di lesioni post-traumatiche (...).” (doc. XIII - il corsivo é del redattore). Unitamente alle proprie osservazioni, RI 1 ha prodotto una certificazione, datata 10 novembre 2014, del reumatologo dott. \_\_\_\_\_, secondo il quale “l’evoluzione protratta della sintomatologia algica di carattere meccanico nel tempo sfocia in una sindrome algica cronica ricorrente, che anamnesticamente correla con il trauma del 09.06.2008, nonostante la discrepanza fra sintomi algici e reperti iconografici. La correlazione postraumatica raggiunge i criteri della verosimiglianza preponderante unicamente per quanto concerne il racconto anamnestico e la cronologia degli eventi, non é in effetti possibile oggettivare altrimenti il danno postraumatico .” (doc. B - il corsivo é del redattore).

2.7. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l’insieme della documentazione medica agli atti, questo Tribunale ritiene che il parere espresso dal chirurgo dott. \_\_\_\_\_, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. Il TCA rileva del resto che la conclusione a cui é pervenuto lo specialista interpellato dall’assicuratore resistente é conforme alla dottrina medica dominante, secondo la quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni alla colonna vertebrale, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi a contare dall’evento traumatico, come se l’infortunio non fosse mai sopraggiunto (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali; si veda pure E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985 ). Questa tesi dottrinale è stata peraltro recepita dalla giurisprudenza. Secondo il Tribunale federale, un aggravamento post-traumatico (senza lesione strutturale associata) di uno stato degenerativo anteriore della colonna vertebrale, precedentemente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV n 1 p. 1; STF 8C\_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C\_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C\_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C\_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3 ). Un aggravamento significativo e quindi duraturo di un’affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale in seguito a un infortunio è dimostrato soltanto quando l’indagine radiologica mette in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre nonché la comparsa o il peggioramento di lesioni successivamente a un trauma (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46s.). In una sentenza

8C\_677/2007 del 4 luglio 2008 - pubblicata in SVR 2009 UV Nr. 1 -, il TF ha precisato che non soltanto in caso di aggravazione traumatica di uno stato degenerativo preesistente non manifesto alla colonna vertebrale (STF 8C\_326/2008), ma pure in caso di alterazioni degenerative della colonna vertebrale sopraggiunte soltanto dopo l'infortunio, occorre ammettere, in via di massima, che un rapporto di causalità non è più dato dopo un anno. È inoltre utile segnalare che, in una sentenza U 60/02 del 18 settembre 2002, il TFA ha precisato che, nell'ambito dell'apprezzamento delle prove fondato sul criterio della verosimiglianza preponderante, possono essere presi in considerazione dei principi basati sull'esperienza medica, a condizione che essi riflettano l'opinione dominante. Sempre secondo l'Alta Corte, ciò deve valere in particolare per la dimostrazione del raggiungimento dello status quo sine. Alla luce della giurisprudenza citata in precedenza, secondo cui le conseguenze di un infortunio che ha interessato la colonna vertebrale si estinguono - in assenza di fratture traumatiche dei corpi vertebrali oppure di lesioni strutturali al rachide -, trascorsi 3-4 mesi, rispettivamente 6-9 mesi, al massimo un anno, in presenza di preesistenti alterazioni degenerative, l'Istituto assicuratore resistente era dunque legittimato a negare la propria responsabilità relativamente alla problematica lombare a far tempo dal 1° ottobre 2012, visto il tempo trascorso dalla data del sinistro (giugno 2008 - ottobre 2012). Il fatto che, in occasione della visita fiduciaria del 25 giugno 2013, il dott. \_\_\_\_\_ abbia dichiarato che "..., un nesso di causalità naturale fra l'infortunio del

#### **E. 9**

giugno 2008 e la situazione attuale non può essere più ulteriormente riconosciuto e per il futuro deve essere negato." (doc. 55, p. 5 - il corsivo è del redattore) è irrilevante, posto che, così come da lui stesso precisato, se si è andati oltre l'anno è soltanto "per avere la certezza dell'assenza di lesioni post-traumatiche ..." (doc. XIII). Neppure la certificazione

#### **E. 10**

novembre 2014 del dott. \_\_\_\_\_ è atta a giustificare una soluzione diversa da quella ritenuta dal medico fiduciario della CO 1. Al riguardo, il fatto che la sintomatologia denunciata dall'assicurata possa essere fatta risalire, da un profilo anamnestico, all'infortunio del giugno 2008, non è un argomento sufficiente a dimostrare che essa, anche dopo il 1° ottobre 2012, ha continuato a costituire una conseguenza naturale dello stesso evento. In effetti, secondo la giurisprudenza federale, l'argomento sollevato dal medico curante specialista è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C\_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ..."). 2.8. In concreto, questo Tribunale ha accertato che l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF convenuto si è estinto, al più tardi, al 1° ottobre 2012 (cfr. il consid. 2.8.). Il TCA deve ora valutare se l'amministrazione poteva pretendere la restituzione delle prestazioni versate nel frattempo (dal 1° ottobre 2012 al 31 marzo 2013). Giusta l'art. 25 cpv. 1 LPGA, le prestazioni indebitamente riscosse devono essere restituite. La restituzione non deve essere chiesta se l'interessato era in buona fede e verrebbe a trovarsi in gravi difficoltà. L'obbligo di restituzione ai sensi dell'art. 25 cpv. 1 LPGA presuppone ancora oggi, conformemente alla giurisprudenza sviluppata in relazione all'art. 47 cpv. 1 LAVS o all'art. 95 LADI (cfr. DTF 129 V 110 consid. 1.1, DTF 126 V 23

consid. 4b, D TF 122 V 21 consid. 3a, DTF 122 V 368 consid. 3 ), che siano adempiute le condizioni di una riconsiderazione oppure di una revisione processuale della decisione - formale oppure informale - con la quale sono state corrisposte le prestazioni in questione (cfr. DTF 130 V 318 consid. 5.2). 2.9. Ai sensi dell'art. 53 cpv. 1 LPGA, le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. D'altro canto, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza (cpv. 2). I principi relativi alla riconsiderazione e alla revisione processuale sviluppati dalla giurisprudenza precedentemente alla LPGA, sono stati concretizzati all'art. 53 LPGA (cfr. DTF 133 V 50 consid. 4.1; STFA K 147/03 del 12 marzo 2004 consid. 5.3 in fine, U 149/03 del 22 marzo 2004 consid. 1.2., I 133/04 dell'8 febbraio 2005 consid. 1.2.). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (DTF 127 V 466 consid. 2c). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 125 V 383 consid. 3 con riferimenti). Mediante la riconsiderazione, si corregge un'errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un'errata constatazione derivante dall'apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (STF 9C\_181/2010 del 12 agosto 2010, consid. 3 con riferimenti). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (STF 9C\_457/2008 del 3 febbraio 2009 consid. 4.2.1 con riferimento alla STF 9C\_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1). 2.10. L'amministrazione è tenuta a procedere a una revisione processuale se si manifestano nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti a indurre a una conclusione giuridica differente (cfr. STFA C 227/03 del 23 marzo 2004, C 349/00 del 12 febbraio 2004, C 19/03 del 17 dicembre 2003, C 81/03 del 21 luglio 2003, C 354/01 del 7 marzo 2003; DTF 127 V 466, consid. 2c, p. 469 e la giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 ALV Nr. 101, p. 309 consid. 2a e riferimenti; DLA 1998 N. 15, consid. 3b, p. 79 e 80). Sono nuovi ai sensi di queste disposizioni solo i fatti già esistenti all'epoca della procedura precedente, ma che non erano stati allegati poiché non ancora noti nonostante tutta la diligenza del caso; i fatti verificatisi dopo la fine del processo, e comunque dopo il momento in cui, secondo le regole di procedura applicabili, potevano ancora essere adottati,

non vanno invece considerati e non possono quindi fondare una domanda di revisione (DTF 121 IV 317 consid. 2; 118 II 199 consid. 5; 110 V 138 consid. 2; 108 V 170 consid. 1; Elisabeth Escher, Revision und Erläuterung, in: Thomas Geiser/Peter Münch [a cura di], Prozessieren vor Bundesgericht, 2a ed., Basilea e Francoforte 1998, n. 8.21; René A. Rhinow/Beat Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basilea e Francoforte 1990, n. 43 B I c, p. 132). I fatti nuovi devono inoltre essere rilevanti, vale a dire devono essere di natura tale da modificare la fattispecie alla base della sentenza contestata e da condurre a un giudizio diverso in funzione di un apprezzamento giuridico corretto. Per quanto concerne i nuovi mezzi di prova, gli stessi devono servire a comprovare i fatti nuovi che giustificano la revisione oppure fatti già noti e allegati nel procedimento precedente, che tuttavia non avevano potuto venir provati, a discapito del richiedente (DTF 127 V 353 consid. 5b). Se i nuovi mezzi sono destinati a provare dei fatti sostenuti in precedenza, il richiedente deve pure dimostrare di non essere stato in grado di invocarli in tale procedimento. Una prova deve essere considerata concludente quando bisogna ammettere che essa avrebbe condotto il giudice a statuire in modo diverso se egli ne avesse avuto conoscenza nella procedura principale. È decisiva la circostanza che il mezzo di prova non serva solamente all'apprezzamento dei fatti, ma alla determinazione degli stessi. Non basta pertanto che in una nuova perizia siano apprezzati in modo diverso i fatti; occorrono invece elementi di fatto nuovi, dai quali risulti che il fondamento della pronuncia impugnata presentava difetti oggettivi. Per giustificare la revisione di una sentenza non basta che, dalla fattispecie conosciuta al momento dell'emanazione della pronuncia principale, il perito tragga, ulteriormente, conclusioni diverse da quelle del tribunale. Neppure costituisce motivo di revisione il semplice fatto che il tribunale potrebbe aver mal interpretato fatti conosciuti all'epoca del procedimento principale. L'apprezzamento inesatto deve, al contrario, essere la conseguenza dell'ignoranza o della carenza di prove riguardanti fatti essenziali per la sentenza (DTF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cfr. pure DTF 118 II 205). 2.11. In sede di decisione su opposizione, l'assicuratore convenuto ha segnatamente fatto valere che "dal raffronto tra la versione resa dall'assicurata ai medici e la documentazione da noi acquisita (vedasi in particolare l'apparizione dell'assicurata alla trasmissione televisiva e la documentazione video-fotografica assunta tramite investigazione privata) é comprovata una netta contraddizione tra lo stato preteso dall'assicurata e quello reale. Sono quindi in sostanza smentite le difficoltà e/o impedimenti descritti dall'assicurata per quanto attiene alla postura ed alla deambulazione." (doc. 67, p. 8). Dalle carte processuali si evince che la CO 1 e l'Ufficio AI hanno congiuntamente disposto il pedinamento di RI 1 da parte di un'agenzia privata d'investigazioni. La sorveglianza ha avuto luogo durante il periodo 28 maggio - 30 giugno 2013. Agli atti figurano i resoconti scritti di questi pedinamenti (cfr. doc. 50), un dossier fotografico (cfr. doc. 52) e due cd-rom (cfr. doc. 68 e 69). L'Ufficio AI ha quindi sottoposto le risultanze della sorveglianza al proprio Servizio Medico Regionale (SMR). Con rapporto del 18 settembre 2013, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, é pervenuto alla conclusione che l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 20% nell'attività di gerente nel settore della ristorazione, da ricondurre alla patologia extra-infortunistica del rachide oggettivata radiologicamente (protusione L4/L5 anulare con rottura dell'anello fibroso, contatto e compressione delle radici L4 bilateralmente), precisato che "... considerate le posture inergonomiche, prolungate e ripetitive documentate (filmate e descrizione di sorveglianza), risulta possibile definire un'estensione dei sintomi con tratti di simulazione somatica, un'alterata percezione del dolore in tutte le sue

componenti ed un'evidenza di tendenza all'aggravamento di segni e sintomi." (doc. 75 / inc. AI). Con la sentenza 32.2014.8+9 del 2 febbraio 2015, emanata nella causa parallela in materia d'assicurazione per l'invalidità e nel frattempo cresciuta in giudicato, questa Corte ha fatto propria la valutazione espressa dal dott. \_\_\_\_\_ alla luce delle risultanze della videosorveglianza e ha quindi giudicato che, a far tempo dal mese di ottobre 2012, le condizioni di salute dell'insorgente erano migliorate a tal punto da consentirle l'esercizio della sua abituale professione di gerente di un esercizio pubblico nella misura dell'80% (e d'attività alternative adeguate nella misura del 100%). Qui di seguito le considerazioni che il TCA ha sviluppato a sostegno di tale conclusione: " (...). In concreto, attentamente esaminati gli atti di causa e tutto ben considerato, questa Corte ritiene che la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario esperire ulteriori accertamenti. Il medico del SMR ha preso posizione dopo aver esperito un esame clinico e visionato la documentazione video agli atti. Egli ha quindi posto la diagnosi esposta al considerando 2.9. e ritenuto l'assicurata abile nella misura dell'80% nella sua precedente attività, ma pienamente abile in mansioni adeguate, almeno dal mese di ottobre 2012 (data della visita peritale LAINF presso il Dr. \_\_\_\_\_) (doc. LAINF 57-1, doc. AI 75-8+9). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha preso in considerazione nella propria valutazione la circostanza che l'assicurata assume morfina in quantità non sovra dosata e compatibile con la mobilità osteoarticolare documentata e oggettivata (doc. AI 75-8). Come rettamente sottolineato dall'amministrazione il miglioramento dello stato di salute emerge da un confronto tra i limiti funzionali contenuti nelle valutazioni mediche del Dr. \_\_\_\_\_ del 16 dicembre 2009 (doc. LAINF 39-1) e del Dr. \_\_\_\_\_ del 20 giugno 2011 (doc. AI 51-4), con quanto invece emerso dalla visita medica SMR e dalla documentazione video agli atti. Il Dr. \_\_\_\_\_ aveva infatti constatato " un'articolarietà diminuita di 1/3 in tutte le direzioni a livello toracico, mentre a livello L/S ridotta di 1/3 nella flessione/estensione (DDS 40 cm) e nelle rotazioni e di 2/3 nelle lateroflessioni con maggior dolore riferito verso ds " (cfr. rapporto del 16 dicembre 2009, doc. LAINF 39-2), mentre il Dr. \_\_\_\_\_ aveva rilevato che " permangono sindrome algica alla stazione eretta, impossibilità alla deambulazione oltre i 200 metri con pseudo blocchi articolari associati a dolori continui; la paziente necessita inoltre di cambiare la posizione seduta " (cfr. rapporto 20 giugno 2011, doc. AI 51-1). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha chiaramente concluso che in considerazione delle posture inergonomiche, prolungate e ripetitive documentate nei filmati, è possibile definire un'estensione dei sintomi con tratti di simulazione somatica, un'alterata percezione del dolore in tutte le sue componenti ed un'evidenza di tendenza all'aggravamento di segni e sintomi (doc. AI 75-10). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni, precise e ben motivate, del Dr. \_\_\_\_\_, tanto più che non sono state sconfessate tramite la presentazione di refertazione specialistica di senso contrario. Non permettono una diversa valutazione della fattispecie neppure le certificazioni mediche del Dr. \_\_\_\_\_ e del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. VIII). Nel rapporto del 22 gennaio 2014 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e reumatologia, non ha posto una diagnosi divergente da quella degli specialisti precedentemente indicati (Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_) e non ha dato alcuna indicazione su limiti funzionali o capacità lavorativa residua. Lo stesso medico ha precisato che " la consultazione viene richiesta in particolare per motivi tecnico-assicurativi " (doc. C2). Anche il referto del 24 febbraio 2014 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in ortopedia e traumatologia chirurgia vertebrale e terapia interventistica del dolore SSPIM, ha posto la diagnosi ben conosciuta di " Lombalgia cronica. Discopatia L4-L5 con ernia discale

centrale”. Il medico curante ha quindi concluso escludendo un intervento chirurgico e consigliando la continuazione del trattamento conservativo (doc. C3). La nuova documentazione medica è stata sottoposta alla valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale nell’annotazione dell’11 marzo 2014 ha concluso che non risultano nuovi elementi clinici, né una modifica dello stato di salute rispetto alla precedente valutazione SMR (doc. XIII1). A corroborare le conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ vi sono le perizie del Dr. \_\_\_\_\_, in particolare quelle del 31 dicembre 2012 e del 22 luglio 2013, in cui lo specialista ha evidenziato come la sintomatologia lamentata dalla paziente non trovasse un correlato con le indagini strumentali e radio-strumentali (doc. AI 57-5 e 65-6). Ciò che ha poi condotto l’assicuratore infortuni a negare il nesso di causalità naturale fra l’infortunio del 9 giugno 2008 e i disturbi soggettivi (cfr. decisione \_\_\_\_\_ del 26 agosto 2013, doc. AI 66-2). Per quanto concerne il mandato di osservazione conferito in data 6 maggio 2013 a “\_\_\_\_\_” Sagl, il TCA sottolinea innanzitutto che, in occasione della sorveglianza dell’assicurata, non è stato violato l’art. 179quater CP. In effetti, la relativa documentazione mostra RI 1 impegnata in attività - principalmente a camminare, guidare l’autovettura e frequentare esercizi pubblici - compiute in luoghi liberamente visibili a ognuno, senza particolare legame con la sua sfera privata (cfr. la giurisprudenza citata al consid. 2.7.). Dalla documentazione fotografica e dal video agli atti emerge che l’assicurata è in grado di svolgere una serie di attività esposte al consid. 2.9. che non giustificano i limiti funzionali che ella ha manifestato durante gli esami e i colloqui con gli assicuratori. In particolare, nei filmati \_\_\_\_\_ della trasmissione “\_\_\_\_\_” si vede RI 1 compiere un balletto di una trentina di secondi accovacciandosi con flessione ed estensione degli arti inferiori senza alcun appoggio (cfr. filmato del 19 febbraio 2013). Nelle successive puntate della trasmissione televisiva l’assicurata assume la posizione seduta con gli arti inferiori incrociati senza sostegno dorso-lombare (sgabello), mostrando ampia mobilità degli stessi (cfr. filmati del 20 e 21 febbraio 2013). Nel filmato de “\_\_\_\_\_” si vede, in particolare, l’assicurata camminare in modo continuo, a velocità costante senza zoppie o instabilità (cfr. 28 maggio 2013, da ore 11.56 a 12.22), scendere le scale (cfr. 28 maggio 2013, ore 12.04), camminare in salita (cfr. 28 maggio 2013, ore 12.21), salire in automobile senza difficoltà (cfr. 28 maggio 2013, ore 12.23), rimanere in piedi a lungo senza appoggio su terreno sconnesso (acciottolato) (cfr. 30 maggio 2013, da ore 12.53 a 14.33). Per contro, nel filmato di sorveglianza de “\_\_\_\_\_” del 25 giugno 2013, dalle ore 09.30 alle ore 10.23, l’assicurata recandosi presso il Dr. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, scende dall’autovettura con difficoltà esibendo smorfie di sofferenza e dolore e deambula lentamente (cfr. filmato “\_\_\_\_\_” del 25 giugno 2013, 09.30 -10.23). Tuttavia, alcuni minuti dopo aver lasciato lo studio medico del Dr. \_\_\_\_\_, si osserva l’assicurata deambulare in modo più fluido e salire in automobile con maggiore scioltezza (cfr. filmato “\_\_\_\_\_” del 25 giugno 2013 ore 11.01). Si vede, in particolare, al minuto 11.45/11.47 l’assicurata camminare speditamente e con disinvoltura (cfr. filmato “\_\_\_\_\_” del 25 giugno 2013 11.45/11.47) e deambulare su terreno sconnesso (acciottolato) senza difficoltà (cfr. 25 giugno 2013, 17.58). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha chiaramente concluso che quanto riferito da RI 1 durante la visita medica SMR non risulta corrispondere alla mobilità apprezzata al di fuori di questa valutazione medica e di quelle descritte nell’incarto (doc. AI 75-10). Vi un’estensione dei sintomi, da parte dell’insorgente, con tratti di simulazione somatica, un’alterata percezione del dolore in tutte le sue componenti ed un’evidente tendenza all’aggravamento di segni e sintomi (doc. AI 75-10). Le conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ – dopo aver esaminato la paziente e visionato la documentazione video – sono inequivocabili

e non possono che essere condivise da questa Corte. Il miglioramento può dunque legittimamente essere fatto risalire al mese di ottobre 2012, ovvero alla visita eseguita il 29 ottobre 2012 dal Dr. \_\_\_\_\_ (rapporto peritale del 31 dicembre 2012), il quale aveva concluso che i disturbi dell'assicurata non avevano un correlato oggettivo (doc. LAINF 57-5). Per quanto riguarda l'assunzione di antidolorifici e morfina, il Dr. \_\_\_\_\_ ha definito la capacità lavorativa residua prendendo in considerazione il dosaggio e le assunzioni previste dalla terapia dell'assicurata e dall'estratto della cassa malati (cfr. doc. AI 68-1). A mente del medico del SMR l'utilizzo di morfina non risulta sovra dosato ed è compatibile con la mobilità osteoarticolare oggettivata (doc.- AI 75-8). L'amministrazione ha pertanto ritenuto – a giusta ragione – che la continuazione di questa terapia è esigibile ricordato altresì che per un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali l'assicurato ha l'obbligo di intraprendere tutto quanto può da lui essere ragionevolmente preteso per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze delle sue affezioni invalidanti (DTF 127 V 297 consid. 4b/cc; DTF 113 V 28 consid. 4a e riferimenti; cfr. anche DTF 115 V 52 consid. 3d e 114 V 285 consid. 3)." (STFA succitata, consid. 4.7). Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze del medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessata e richiamato inoltre 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 schweizerischen 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), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurata è abile all'80% nell'abituale attività di gerente, mentre in attività adeguate l'abilità al lavoro è piena (100%).” (STCA succitata consid. 2.10.) Ora, la circostanza secondo la quale, in base a quanto é emerso dalla nota videosorveglianza, la ricorrente era ed é in grado di esercitare - tenuto conto delle sole sequele infortunistiche e a far tempo dal mese di ottobre 2012 - la sua precedente attività lavorativa in misura completa (si vedano in proposito le conclusioni contenute nel referto 18 settembre 2013 del dott. \_\_\_\_\_, per il quale la riduzione del 20% della capacità lavorativa era causata da una patologia di origine morbosa ) , costituisce un fatto nuovo ai sensi dell'art. 53 cpv. 1 LPGA, che fonda la revisione processuale della decisione (informale) mediante la quale le sono state riconosciute le indennità giornaliere in questione (in questo senso, si veda la STF 9C\_870/2013 del 29 aprile 2014 consid. 4.4) e, dunque, un obbligo di restituzione ex art. 25 cpv. 1 LPGA. La decisione su opposizione impugnata merita conferma anche nella misura in cui é stata chiesta la restituzione delle spese di cura medica rimborsate a partire dall'ottobre 2012. In effetti, posto che, secondo la giurisprudenza, la questione del “sensibile miglioramento” va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (cfr. DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti; sul tema, si veda pure la STF 8C\_211/2009 del 10 luglio 2009 consid. 4), il fatto che la ricorrente abbia ritrovato una piena abilità lavorativa dal mese di ottobre 2012 , ha comportato (anche) l'estinzione del diritto alla cura medica. Ne consegue che

correttamente la CO 1 ha chiesto la restituzione delle prestazioni indebitamente percepite durante il periodo 1° ottobre 2012 - 31 marzo 2013, per un importo (non contestato) di fr. 25'772.55 . 2.12. Mediante la decisione su opposizione 24 febbraio 2014, l'Istituto assicuratore resistente ha pure preteso che l'assicurata rimborsi i costi legati alla videosorveglianza, per un importo pari a fr. 4'959.55 (cfr. doc. 67, p. 9). Secondo l'art. 43 cpv. 1 LPGGA, l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. L'art. 45 cpv. 1 LPGGA, l'assicuratore assume le spese per l'accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. Il cpv. 3 dell'art. 45 LPGGA introduce un'eccezione al principio secondo cui le spese di accertamento devono essere assunte dall'assicuratore. Prevedendo che le spese possono essere addossate alla parte che, nonostante un'ingiunzione, ha impedito in modo ingiustificato l'inchiesta oppure l'ha ostacolata, esso regola tuttavia una fattispecie diversa da quella sub judice . Alla luce di quanto precede, vista l'assenza di base legale, il TCA ritiene che i costi generati dalla videosorveglianza non possano essere addossati all'assicurata, costi che rimangono pertanto a carico della parte che ha ordinato l'accertamento in questione.

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