

TI_GERICHTE 35.2001.16 vom 8. Dezember 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-12-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2001.16

FR: TI_GERICHTE 35.2001.16 du 8 décembre 2000

IT: TI_GERICHTE 35.2001.16 del 8 dicembre 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 4

Diagnosen 4.1. Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei - zwanghafter Persönlichkeit - Periarthropathia humeroscapularis ancylosans links - nach partieller Ruptur der Supraspinatussehne 4.2. Nebendiagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) - Chronisches zervikovertebrales und zervikocephales Syndrom links bei - erheblicher Osteochondrose und Spondylose C6/7 mit Pseudo-Olisthesis - Episodisches Lumbovertebralsyndrom bei - leichter Fehlförmigkeit der Wirbelsäule und - diskreten degenerativen Veränderungen der kaudalen

Lendenwirbelsäule - Beschwerden am linken Kniegelenk bei - diskreter Insuffizienz der Bandverbindungen und - leichter Chondropathia patellae links - Uncharakteristische, wetterabhängige Beschwerden in der linken Knöchelgegend - nach Abrissfraktur eines kleinen Spitzenfragmentes am Innenknöchel. - bei minimaler Instabilität im oberen Sprunggelenk - und diskreter Einschränkung der Dorsalflexion im oberen Sprunggelenk - Myopie (Aktendiagnose) " (doc. __, p. 35) I periti giudiziari hanno dunque chiaramente distinto le affezioni che incidono sulla capacità lavorativa dell'insorgente da quelle che, invece, su questo aspetto non hanno alcuna rilevanza. Gli specialisti del _____ B hanno poi approfonditamente discusso l'eziologia, rispettivamente, la rilevanza dei diversi disturbi alla salute lamentati da _____: " Zu Beginn des Jahres 1992 waren bei diesem Exploranden Lumbalgien aufgetreten, die eine längerdauernde, aber vorübergehende Arbeitsunfähigkeit verursacht hatten. Er wurde entsprechend behandelt. Es handelte sich damals wahrscheinlich um eine Ischialgie, soweit dies heute eruierbar ist auf der rechten Seite, die wahrscheinlich im Zusammenhang stand mit den leichten degenerativen Veränderungen der kaudalen Lendenwirbelsäule. Heute klagt der Explorand nur über diskrete Rückenschmerzen, jedenfalls nicht über ischialgiforme Schmerzen. Dabei ist aber klar, dass die Wirbelsäule des Exploranden eine Fehlförmigkeit aufweist und diskrete degenerative Veränderungen im Röntgenbild sichtbar sind, dies steht im Gegensatz zur Beschreibung der Vorgutachter im IMB Zürich. Im gleichen Jahr 1992, im Frühling, begab sich der Explorand in Behandlung von Dr. _____ wegen Zervikalgien und Schulterbeschwerden. Diese Zervikalgien waren wahrscheinlich auf degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule im Segment C6/7 zurückzuführen, wo sich eine Chondrose und eine Spondylose findet. Anlässlich des Unfalles vom 13.11.1992 wurden Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule angefertigt, wo diese alten Veränderungen dann zur Vorschein kamen. Die Frage, ob der Explorand anlässlich des Unfalles von 1992 ein HWS-Distorsionstrauma erlitten hat, ist aufgrund der Aktenlage gar nicht zu beantworten.

Kurz nach dem Unfall wird nichts von derartigen Beschwerden oder Befunden berichtet, jegliche Aussage darüber muss deshalb spekulativ bleiben. Es wäre möglich, dass der Explorand ein HWS-Distorsionstrauma durchgemacht hat. Gemäss Auskunft des Exploranden traten Beschwerden von seiten der Halsregion aber erst zirka einen Monat nach dem Unfall auf, was ein relevantes Distorsionstrauma eigentlich ausschliesst oder zumindest unwahrscheinlich macht. Tatsache ist jedenfalls, dass auf den Röntgenbildern vom Unfalltag keinerlei posttraumatische Veränderungen nachgewiesen wurden. Die vom Exploranden seit 1993 geklagten zervikovertebralen und zervikocephalen Symptome sind in Anbetracht dieser Umstände weitgehend als Ausdruck seiner psychogenen somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren. Das ist auch vereinbar mit den neurologischen Befunden und der neurologischen Beurteilung. Zumal da die Sensibilitätsstörungen, die er Explorand heute im linken Arm beklagt, erst zwei Monate nach dem Unfall aufgetreten sein sollen, ist nicht anzunehmen, dass eine unfallbedingte Traumatisierung der Nervenwurzel oder des Armplexus links dafür verantwortlich gemacht werden darf. Es bleibt als einziger objektiver neurologischer Befund ein deutlich abgeschwächter Trizepssehnenreflex, was tatsächlich für eine stattgehabte Wurzelläsion C7 spricht, doch zeitlich lässt sich diese Läsion aufgrund der Akten nicht "lokalisieren", respektive nicht auf den Unfall von 1992 zurückführen. Viel wahrscheinlicher ist es, dass die Wurzelläsion C7 links schon vorbestand, und zwar in Zusammenhang mit den deutlichen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule auf dieser Höhe. Wenn der Explorand also diese Leiden schon vor dem Unfall hatte und damals kurz vor dem Unfall beschwerdefrei war, heute aber über Sensibilitätsstörungen im linken Arm klagt, so sind diese wahrscheinlich auf eine psychogene Ursache zurückzuführen. Wegen Schulterbeschwerden, offenbar auch auf der linken Seite, stand der Explorand bereits im Frühjahr 1992 bei Dr. _____ in Behandlung. Für die Zeit kurz nach dem Unfall finden sich in den Akten keine Anhaltspunkte für erneut aufgetretene Schulterbeschwerden. Auch der Explorand selber gab uns gegenüber an, Schulterbeschwerden auf der linken Seite seien erst zirka einen Monat nach dem Unfall aufgetreten. Aus diesem Grund kann keine akute Verletzung der Schulter anlässlich des Unfalles von 1992 gefolgert werden. Tatsache ist auf der anderen Seite, dass im Jahre 1996 im MRI dieser Schulter eine pathologische Veränderung in Form eines partiellen Risses der Rotatorenmanschette festgestellt wurde. Wann dieser Riss aber eingetreten ist, kann nicht ausgesagt werden. Zum ersten Mal eine Bewegungseinschränkung dieser linken Schulter von Dr. _____ im Januar 1993 festgehalten. Dr. _____ nahm an, dass es sich um eine posttraumatische Periarthritis humeroscapularis handelte. Dokumentiert wurde auch von dr. _____, dem Kreisarzt der _____ am 23.8.1994 eine Funktionseinschränkung der linken Schulter, damals aber ohne objektivierbare pathologische Veränderungen. Heute besteht an dieser Schulter eine erhebliche aktive, aber auch passive Einschränkung der Beweglichkeit. Sekundär haben sich hier erhebliche Verkürzung der Weichteile eingestellt, namentlich auch der Gelenkkapsel. Es besteht heute ein Zustand einer sogenannten Periarthropathia ancylosans oder einer "frozen shoulder". Auch diese Befunde stehen im Gegensatz zu den Ausführungen im Gutachten des IMB. Die zusätzliche appellative Komponente bei der Fehlhaltung der Schulter durch den Exploranden könnte zu der Fehlinterpretation des IMB beigetragen haben. Mit den Befunden an dieser Schulter ist der Explorand aber nicht mehr im üblichen Umfange einsetzbar. Seine Arbeitsfähigkeit ist dadurch kompromittiert. Das linke Kniegelenk wurde anlässlich des Unfalles von 1992 traumatisiert. Man vermutete ursprünglich eine Verletzung der Kreuzbänder, und man beschrieb eine leichte Instabilität

des Gelenkes. 1993 kam offenbar zu massiveren Beschwerden, und arthroskopisch reserzierte man die voluminös Plica mediopatellaris. Dabei handelte es sich um eine unfallfremde krankhafte Erscheinung. Hier interferierten höchstens unfallbedingte und krankheitsbedingte Faktoren. Heute macht der Explorand noch vor allem Beschwerden beim Treppabgehen und eine gewisse Unsicherheit geltend. Diese Beschwerden stehen in Zusammenhang mit der diskreten Insuffizienz der Bahnverbindungen und leichten degenerativen Veränderungen in diesem Kniegelenk. Anlässlich des Unfalles von 1992 erlitt der Explorand einen Abriss eines kleinen Spitzenfragmentes am linken Innenknöchel. Diese Verletzung wurde mittels Gipsbehandlung korrekt angegangen. Sie ist ausgeheilt. Heute klagt der Explorand noch über uncharakteristische, wetterabhängige Beschwerden in dieser linken Knöchelgegend. Man findet äusserlich einen unauffälligen Fuss mit einer diskreten Einschränkung der Dorsalflexion im oberen Sprunggelenk und eine höchstens minimale Instabilität in diesem oberen Sprunggelenk, die funktionell sicher keine Bedeutung hat " (doc. __, p. 35-38). Per quanto qui d'interesse, va rilevato che, secondo gli specialisti del _____, i soli disturbi che limitano la capacità lavorativa dell'assicurato sono quelli localizzati alla spalla sinistra (oltre, beninteso, a quelli di natura psichica, di cui si dirà solo successivamente). Orbene, sempre a mente degli esperti designati dal TCA, questi disturbi - concretamente, una periartropatia omero-scapolare anchilosante su rottura parziale del tendine del muscolo sovraspinato - non costituiscono una probabile conseguenza naturale dell'evento traumatico del 13 novembre 1992 e, pertanto, non vanno a carico dell'assicuratore infortuni convenuto. Da un canto, a fronte del relativamente lungo tempo di latenza con cui si sono manifestati i disturbi alla spalla sinistra (circa un mese), è da escludere che l'infortunio assicurato possa aver causato una lesione strutturale. Tutt'al più, così come emerge dall'apprezzamento enunciato dall'ortopedico dottor _____, l'evento infortunistico è da ritenere responsabile di un semplice aggravamento transitorio (cfr. doc. __, p. 20: "Allenfalls müsste eine vorübergehende Verschlimmerung durch den Unfall angenommen werden" - la sottolineatura è del redattore). D'altro canto, se è vero che la risonanza magnetica eseguita nel corso del 1996 ha permesso di diagnosticare una lesione parziale della cuffia dei rotatori, è altrettanto vero che i periti hanno dichiarato che è impossibile stabilire quando questo danno alla salute è sopravvenuto, tenuto segnatamente conto del fatto che impedimenti funzionali a livello della spalla sinistra sono stati osservati soltanto a partire dal gennaio 1993 (cfr. doc. __, p. 36: "Wann dieser Riss aber eingetreten ist, kann nicht ausgesagt werden" - la sottolineatura è del redattore). Tutto ben considerato, questa Corte non vede ragioni per scostarsi dalle conclusioni a cui sono pervenuti gli specialisti del _____. In effetti, il referto peritale non contiene contraddizioni. D'altra parte, esso presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. RAMI 1991 U133, p. 311ss. consid. 1b): in particolare, i medici hanno espresso il loro apprezzamento in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto ad un esame estremamente approfondito del caso. Non può neppure essere ignorata la circostanza che la perizia 1° aprile 1998 del _____ è stata ordinata direttamente dallo scrivente TCA, nell'ambito della procedura ricorsuale in materia di _____, allora pendente dinanzi ad esso. A questo proposito, va ricordato che, in caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati. Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni

oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti ad un diverso risultato. Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria (cfr. DTF 118 V 290 e riferimenti ivi citati). Merita tuttavia di essere sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso che egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria di cui all'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (cfr. RCC 1986, pag. 201 consid. 2a). In conclusione - tenuto esclusivamente conto dei postumi somatici oggettivabili dell'infortunio 13 novembre 1992 - lo scrivente TCA ritiene provato, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 121 V 6 consid. 3b, 47 consid. 2a, 208 consid. 6b; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 338), che _____ ha riacquisito la piena capacità lavorativa nei tempi e nei modi indicati dalla _____ nella decisione impugnata. 2.5.2. Affezione psichica 2.5.2.1.

_____ ha presentato indubbiamente dei seri disturbi di natura psichica, disturbi che l'hanno portato, a partire dall'ottobre 1995, ad entrare in cura dal dottor _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. _). In occasione del soggiorno presso il _____ a, l'assicurato è stato approfonditamente indagato anche dal punto di vista psichico. Questa la valutazione manifestata al riguardo dal dottor _____, anch'egli specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale ha diagnosticato un persistente disturbo da dolore somatoforme su personalità ossessiva: " Familiär ist der Explorand nicht mit psychiatrischen Heredopathien belastet. Er wuchs in geordneten familiären Verhältnissen auf, und er genoss offenbar eine für die damalige Zeit und Umstände unauffällige Erziehung. Immerhin war er als Kind derart scheu, dass man bereits von einer Verhaltensauffälligkeit sprechen muss, die rückblickend als kindheitsneurotisches Brückensympton zu interpretieren ist. Äusserlich entwickelte sich der Explorand scheinbar unauffällig. Er besuchte die üblichen Schulen, absolvierte eine Lehre und den Militärdienst. Allerdings verheiratete er sich eher spät und es war eine Mussheirat, nachdem er als Jüngster und als Liebling der Mutter lange Zeit zu Hause gelebt hatte. Er blieb ein übermässig ordnungsliebender Mensch, der jeglichen Konflikten aus dem Weg ging. Er soll schon in _____ lieber die Stelle gewechselt haben, als sich irgendwelchen Konflikten am Arbeitsplatz zu stellen. Dieses frühere Verhalten des Exploranden ist vereinbar mit demjenigen von heute. Bei unseren eigenen Untersuchungen erwies er sich als überangepasst, fast unterwürfig. Die Persönlichkeit dieses Exploranden muss als zwanghaft oder anankastisch bezeichnet werden, im Sinne einer anankastischen Persönlichkeitsstörung. Persönlichkeitsstörungen wie sie der Explorand aufweist, sind jedenfalls bei rheumatischen Erkrankungen schon lange bekannt. Die Literatur beschreibt die im konkreten Fall ebenfalls vorhandenen latenten und manifesten Versorgungswünschen und Abhängigkeitstendenzen, die sich stärker durchzusetzen scheinen. Auch beim Exploranden finden sich die entsprechenden unbewussten Hingabe- und Abhängigkeitswünsche. Er ist der Meinung, sich früher sehr eingesetzt, sich fast aufgeopfert zu haben und ist enttäuscht, dass er keinen Dank bekommt. Der Konflikt besteht zwischen dieser Hingabe und der Standfestigkeit, zwischen dem Opfersinn und dem Egoismus des Exploranden, zwischen seiner erwünschten Sanftmut und seiner Aggressivität, die ihn irritiert. Die Emotionen, die dabei im Vordergrund stehen, vor allem

Angst und depressive Gefühle, sind weniger verdrängt. In der Literatur hat man diese Patienten mit Boxern vor dem Gong, mit Läufern vor dem Start verglichen, wobei diese Dauerbereitschaft nicht zu einer Lösung, sondern zu einer Muskelverspannung geführt wird. Typisch ist hier auch die Diskrepanz zwischen dem objektiven Befund und den subjektiven Klagen. Gefühle der Enttäuschung und Frustration äussert der Explorand aufgrund seiner Aggressionshemmung nicht direkt, aber er empfindet sie umso mehr, und er hat auch ein Schonungsbedürfnis. Dies sind wichtige Hinweise für die Tendenz zum sekundären Krankheitsgewinn, der den Exploranden seinerseits dann aber wieder in einen Konflikt stürzt, weil er weder vor der Öffentlichkeit, noch am wenigsten vor sich selber als Drückeberger gelten möchte. Die Sistierung der Versicherungsleistungen 1995 hat dann den inneren, damals noch mehr oder weniger verdrängten Konflikt des Exploranden geschürt. Durch die Anerkennung seiner depressiven Symptomatik, die dann eintrat, konnte der Konflikt wieder abgewehrt werden. Als Depressiver erfuhr der Explorand wider mehr Verständnis von der Umgebung, und er fühlte sich entlastet. Diagnostisch handelte es sich ursprünglich psychiatrischerseits gemäss der neuen Nomenklatur wahrscheinlich um eine sogenannte Entwicklung körperlichen Symptome aus psychischen Gründen. Dabei wurden die körperlichen Symptome, die früher vereinbar waren mit der körperlichen Störung wegen des psychischen Zustandes des Betroffenen aggraviert, und sie hielten länger an. Bei diesem Exploranden wurde diese Entwicklung dann allerdings kompliziert durch seine zwanghaften Persönlichkeitszüge. Es kam zu einer erneuten psychischen Abwehr, die MITSCHERLICH als zweiseitige Abwehr beschrieben hat. Durch diesen komplizierten Verlauf kann die ursprüngliche Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen heute nicht mehr aufrecht erhalten werden. Heute muss von einer eigentlichen psychosomatischen Entwicklung gesprochen werden, entsprechend der neuen Nomenklatur von einer sogenannten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Diese wird von depressiven Symptomen begleitet. Die Kriterien, um eine depressive Episode im Sinne von ICD-10 zu diagnostizieren, sind jedoch nicht (mehr) erfüllt. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass der Explorand in psychiatrischer Behandlung steht und mit hochdosierten antidepressiv wirkenden Medikamenten behandelt wird. Aufgrund der Aktenlage ist nämlich davon auszugehen, dass er zeitweise tatsächlich depressiv krank war. Die vom behandelnden Psychiater vermutete Diagnose einer sogenannten posttraumatischen Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder, PTSD) trifft bei diesem Exploranden sicher nicht zu. Die PTSD entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, etwa Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwerste Unfälle, etc. Dies war beim Exploranden nicht der Fall. Aber auch das Kardinalsymptom, das unbedingt vorhanden sein muss und das spezifisch ist für eine PTSD, besteht bei diesem Exploranden nicht. Der Explorand ist nicht von einem wiederholten Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, sogenannten Nachhall-Erinnerungen oder in Träumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit geplagt" (doc. __, p. 32-34). In corso di causa, lo scrivente Tribunale ha interpellato il dottor _____, chiedendogli di voler precisare l'eziologia - traumatica o meno - dei disturbi psichici di cui soffre _____ (cfr. XII). Lo psichiatra del _____ ha risposto in data 12 giugno 2001, affermando, essenzialmente, che le diagnosticate turbe psichiche si trovano, tutt'al più, in una relazione di causalità possibile con l'infortunio del novembre 1992: " (...). Nach dem Studium unseres Berichtes

müssen wir vorausschicken, dass die Beantwortung dieser Frage nicht einfach ist. Die Schwierigkeit besteht vor allem darin, dass der Explorand vorbestehend an einer anankastischen Persönlichkeitsstörung litt, welche an sich schon geeignet ist, auch ohne weiteren Einfluss anderer Faktoren, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Gang zu bringen. Auf der anderen Seite ist zu sagen, dass der Explorand mit und trotz dieser psychischen Störung früher immer gearbeitet hat, wahrscheinlich sogar als zwanghafter Mensch mehr geleistet hat, zum Beispiel noch einem Nebenverdienst nachging. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung des Exploranden äussert sich ja vorwiegend in den subjektiven Schmerzsymptomen, insbesondere in den Kopfschmerzattacken, den Nacken- und Hinterkopfschmerzen, den Schmerzen über dem Schultergürtel und dem linken Arm. Weniger im Vordergrund sind die lumbalen Schmerzen und die Schmerzen am linken Knie. Für die kausale Zuordnung aus psychiatrischer Sicht im Sinne der Schmerzverstärkung ist deshalb vor allem auch die kausale Zuordnung aus somatischer Sicht zu berücksichtigen. Hierbei spielen aber unfallfremde Faktoren die wesentliche Rolle. Gemäss Auskunft des Exploranden traten die Beschwerden von Seiten der Halsregion erst ca. einen Monat nach dem Unfall auf, was ein relevantes Distorsionstrauma eigentlich ausschliesst oder zumindest unwahrscheinlich macht. Es liessen sich ja auch keine diesbezüglichen neurologischen Ausfälle nachweisen, respektive eine früher stattgehabte Wurzelläsion C7 konnte man nicht auf den Unfall von 1992 zurückzuführen. Sie stand wahrscheinlich vielmehr in Zusammenhang mit den deutlichen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule auf dieser Höhe. Auch aus einer rein psychiatrischer Sicht der Dinge, konnte keine spezifische psychische Unfallfolge nachgewiesen werden. Insbesondere bestanden bei unseren Untersuchungen keinerlei Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung, und für eine Anpassungsstörung waren schon die zeitlichen Kriterien nicht mehr gegeben. Der Explorand schilderte den Unfall von 1992 im übrigen uns gegenüber ohne besondere emotionale Beteiligung, also ohne dass man irgendwie den Eindruck gewinnen konnte, dieses Ereignis würde ihn zum Zeitpunkt der Begutachtung 1998 noch belasten. Die psychischen Symptome im engeren Sinn sollen sogar erst im ca. im Juli 1995 exacerbirt sein, als die Unfallversicherung ihre Leistungen einstellte und er in eine soziale Notlage geriet, was schliesslich dann die psychosomatische Entwicklung fixierte und in eine Eigendynamik führte. In Anbetracht all dieser Faktoren ist die genaue Dynamik, wie es damals zu dieser psychischen Störung kam, schwierig zu erklären, sie steht jedoch höchstens möglicherweise in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfall, respektive dessen Folgen, wie wir dies im übrigen auch schon in unserem Gutachten auf Seite 40 unten dargelegt haben. Der Beweis der überwiegenden Wahrscheinlichkeit wird nicht erreicht " (XIV - la sottolineatura è del redattore). Chiamato dal TCA ad esprimersi circa il contenuto del referto 12 giugno 2001 allestito dal _____, _____ a ha versato agli atti le considerazioni enunciate dal dottor _____, suo medico curante: " (...). 1) Manifesto un certo qual scetticismo già nella lettura della perizia per qual che concerne il paragrafo finale a pagina 40: si parla giustamente di "difetto dell'evoluzione nevrotica che è iniziato ancora nella fase di riabilitazione dopo l'incidente del 1992" ma poi nell'analisi della dinamica che ha portato al disturbo psichico si parla di un "possibile nesso di causalità con le conseguenze dell'incidente", menzionando poi che "la personalità particolare (ossessiva) dell'esplorando" sta alla base dello sviluppo di sintomi (psichici) sotto la forma di dolori e contemporaneamente di manifestazioni depressive". Non vedo come il nesso di causalità possa essere definito come solo possibile, quando il paziente, come sottolineato più volte in

perizia e complemento non abbia mai sofferto in precedenza di turbe psichiche, non sia mai stato in cura psichiatrica, e abbia sempre lavorato molto, compreso il lavoro ausiliario serale durante il quale è successo l'incidente. 2) Rimango quindi molto sorpreso delle conclusioni del complemento peritale che nega la "preponderante probabilità" del rapporto causale naturale dei disturbi psichici presentati dal paziente con il traumatismo del 13.11.92. I periti spiegano nel complemento peritale che in seguito all'incidente non è stato possibile evidenziare nessuna "conseguenza specifica psichica dell'incidente" ovvero sia un disturbo post-traumatico da stress oppure un disturbo dell'adattamento. Premetto che non esistono in questo caso a mia conoscenza osservazioni psichiatriche (meglio sarebbe dire psicotraumatologiche) scritte durante il periodo precedente la prima consultazione presso di me, e che quindi la valutazione si può fare solo a posteriori. Esistono per contro a mio avviso precisi indizi che ci siano stati disturbi psichici specifici in conseguenza diretta col trauma: A) il paziente ha probabilmente presentato un disturbo acuto da stress (ICD10: F43.0): dalla descrizione di pag. 2, di pag. 11 e di pag. 30 della perizia si può chiaramente desumere che il paziente non ha probabilmente subito una commozione cerebrale, ma piuttosto uno stato dissociativo (tipica reazione ai traumatismi potenzialmente gravi) e ovviamente consecutivo all'incidente. Da qui si può affermare che il paziente tende a reagire in questo modo agli stress acuti. B) non sono dell'avviso che si possa negare la presenza di un disturbo post traumatico da stress (PTSD; ICD10 F43.1) sulla sola base delle osservazioni della perizia fatte a pag. 31, e cioè sulla mancanza del sintomo cardinale dei "flash backs" e sul fatto più volte sottolineato che il paziente parla dell'incidente senza visibile angoscia, anzi con una certa tranquillità e distacco. Questa maniera di reagire sembra piuttosto tipica della tendenza alla dissociazione sopra descritta. Sono infatti presenti i tre elementi diagnostici cardinali unanimemente accettati in questa patologia e descritti in modo un po' diverso nei due grandi testi internazionali di riferimento per le diagnosi dei disturbi mentali e comportamentali, e cioè nella ICD10 (Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, curata dall'OMS, edita nel 1992, edizione italiana, pag. 141-142) e nel DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dell'APA - Associazione Americana di Psichiatria - edito nel 1995, edizione italiana, pag. 323-235) e cioè: - Rievocazione o riproposizione ripetitiva o intrusiva dell'evento nei ricordi, nelle immagini, o nei pensieri o nelle percezioni, o nei sogni, o durante i cosiddetti "flash-backs". - Dissociazione: distacco emozionale, ottundimento dei sentimenti ed evitamento degli stimoli che potrebbero risvegliare il ricordo del trauma. - Aumentato arousal (ipereccitabilità) non presenti prima del trauma. Ora il paziente presenta chiaramente ancora oggi questi 3 gruppi di sintomi cardinali (predominano gli ultimi due, mentre il primo si limita, come del resto giustamente osservato a pag. 31 della perizia, alla rievocazione ripetitiva dell'evento nei pensieri, come del resto è tipico della sua particolare personalità ossessiva presente già prima del trauma). C) Anche l'assenza di un disturbo dell'adattamento (ICD10 F43.2, pag. 142-145), può essere confutata: il disturbo è comparso entro i sei mesi dall'avvenimento stressante (e qui non si intende solo il traumatismo in sé, ma anche tutte le conseguenze relazionali, sociali ed esistenziali ad esso connesse), con sintomi di tipo psicosomatico ("dolori soggettivi") e depressivo ingravescente fino alla prima consultazione presso di me e soprattutto ha comportato il sintomo cardinale della compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, sicuramente presente anche nelle descrizioni dei periti durante i primi due anni, e non attribuibile unicamente alle conseguenze dirette di tipo ortopedico-chirurgico. 3) Posso anche seguire il complesso ragionamento dei periti (che tuttavia premettono che questa valutazione risulta

estremamente difficile) quando dicono che i disturbi cervicali e brachiali sarebbero comparsi a detta del paziente solo un mese dopo l'incidente, cosa che renderebbe improbabile una traumatismo da distorsione della colonna (i dolori sarebbero stati immediati) ma che renderebbero piuttosto probabile un disturbo degenerativo cervicale preesistente. Aggiungerei però che se, in accordo con i periti, il dolore cervicale è stato valutato come un "espressione psicosomatica" (tipica della particolare maniera di elaborazione degli stress propria al soggetto), questa è pur sempre sopraggiunta un mese dopo il traumatismo e dunque rientra chiaramente nelle conseguenze psichiche post-traumatiche. Occorre poi sottolineare che risulta dagli atti che ben 6 medici (Dr. _____, Dr. _____, Dr. _____, Dr. _____, Dr. _____, Dr. _____, questi ultimi due medici fiduciari delle assicurazioni!) hanno confermato l'esistenza di disturbi cervicali post-traumatici, cosa che per il paziente non ha fatto altro che confermare per anni quanto poi è stato per lui "clamorosamente" negato in sede peritale. Potrebbe in questo senso quindi sussistere qui un elemento iatrogeno (condizione ben conosciuta ed accettata come fattore aggravante nelle vicissitudini post-infortunistiche) che del resto appare chiaramente in relazione con l'incidente; in altre parole si può a mio avviso sostenere che senza l'incidente l'evoluzione dei dolori cervicali di natura degenerativa postulati nella perizia, qualora fossero apparsi comunque, sarebbe molto probabilmente stata ben diversa. 4) Infine i periti fanno notare che i disturbi psichici (Disturbo da dolore somatoforme persistente, Disturbo depressivo maggiore) si sono esacerbati nel 1995 (epoca alla quale risale anche la prima consultazione presso di me), quando l'assicurazione ha bruscamente interrotto le prestazioni, precipitando il paziente (già fragilizzato dal disturbo psichico preesistente) e la sua famiglia in una situazione umana e finanziaria difficile. Ora mi sembra estremamente difficile sostenere che questo aspetto non abbia nulla a che vedere con l'incidente che ha condizionato da subito pesantemente la vita del paziente e della sua famiglia, con l' inabilità lavorativa che sicuramente non era di tipo medico ma traumatologico, con la perdita del posto di lavoro che era estremamente investito dall'assicurato (aveva iniziato alla _____ come lavapiatti ed era diventato _____!) e con le lungaggini assecurologiche (il paziente è in ballo da quasi 9 anni con questa storia e non mi sembra che l'assicurazione che oggi ricorre si sia dimostrata molto veloce o volenterosa nel risolvere in fretta il caso e nel considerare i fattori psichici inevitabilmente presenti in questo genere di situazioni). Queste conseguenze si sono progressivamente aggravate con un "effetto a valanga" man mano che il tempo passava, sono state vissute dal paziente con comprensibili sentimenti di rabbia e di impotenza e hanno contribuito a "fissare" nella cronicità il tipo di disturbo post-traumatico iniziale. L'incidente ha trasformato il paziente da un lavoratore efficace e impegnato ad un invalido con disturbi psichici, conflitti talvolta gravi in famiglia e dolori somatoformi che prima non aveva: non mi sembra che si possa dimostrare che senza l'incidente tutta questa evoluzione negativa che ha trasformato una vita ci sarebbe stata comunque. Considerando questi aspetti mi sembra che la "preponderante probabilità" del nesso di causalità tra incidente e disturbi psichici più sopra descritti e da me continuamente costatati ci stia tutta " (cfr. XVII e doc. _ - la sottolineatura è del redattore). Gli specialisti basilesi, da un lato, ed il dottor _____, dall'altro, si trovano dunque su delle posizioni diametralmente opposte per quel che concerne tanto la diagnosi dei disturbi psichici lamentati dal ricorrente quanto la loro eziologia. Questa Corte, da parte sua, ritiene di potersi esimere dall'esaminare più da vicino la questione riguardante la natura delle turbe psichiche di cui è portatore l'insorgente, poiché, anche nell'ipotesi in cui si dovesse ammettere che queste ultime costituiscano una

naturale conseguenza dell'infortunio assicurato, ciò non sarebbe ancora sufficiente per poter fondare l'obbligo contributivo dell'assicuratore LAINF convenuto, facendo difetto - così come verrà meglio dimostrato in seguito - l'adeguatezza del nesso di causalità, aspetto che deve essere valutato alla luce dei criteri sviluppati nella DTF 115 V 133ss. (cfr. STFA 20.12.1994 in re L., inedita).

2.5.2.2. Esaminando l'adeguatezza del legame causale, occorre avantutto, procedere alla classificazione dell'infortunio occorso all'insorgente. La dinamica dell'evento traumatico 13 novembre 1992 risulta chiaramente dal rapporto di polizia del 15 novembre 1992 e, d'altronde, non è mai stata oggetto di discussione fra le parti: " (...). Sulla scorta dei nostri accertamenti ed in base alle versioni forniteci, la dinamica dell'accaduto può venire riassunta come segue: _____, in sella al suo ciclomotore, percorreva via _____ in direzione di _____.- Suo impegno consegnare del materiale pubblicitario nelle bucalettere.- Giunto al numero civico _____, si fermava, ponendosi sul lato destro della corsia.- Vista la vicinanza della buca, decideva di non scendere dal mezzo meccanico.- In questo preciso frangente, da tergo, veniva tamponato dall'automobile condotta dal _____, che procedeva sulla stessa corsia e nella stessa direzione.- _____, a verbale, dichiarava di avere notato tardivamente l'uomo in sella al ciclomotore e che, malgrado la pronta reazione frenando, non ha potuto evitare l'investimento " (doc. _). Dal rapporto di polizia emerge inoltre che, a seguito dell'urto, l'assicurato è caduto dal ciclomotore sulla parte sinistra (cfr. verbale d'interrogatorio 14 novembre 1992 di _____). D'altro canto, il suo motorino è stato danneggiato un po' ovunque ma solo leggermente (cfr. doc. _, p. 2). Dal certificato 26 novembre 1992 stilato dai medici del PS dell'Ospedale regionale di _____ risulta che l'assicurato, a causa del sinistro, ha lamentato delle contusioni alla gamba sinistra, senza tuttavia lesioni ossee a livello tibiale, del ginocchio e della caviglia sinistra. Dal profilo terapeutico, i medici gli hanno prescritto l'utilizzo di una stecca analgica per 3 giorni nonché l'assunzione di un anti-infiammatorio. _____ ha peraltro potuto lasciare il suddetto istituto di cura il medesimo giorno dell'incidente (cfr. doc. _). Dimesso dall'ospedale, l'insorgente è entrato in cura dal dottor _____, generalista, il quale, con certificato 16 aprile 1992, ha diagnosticato, oltre alle contusioni all'arto inferiore sinistro, una distorsione del rachide cervicale e toracale (cfr. doc. _). Va ancora sottolineato che, in un secondo tempo, è stata posta in luce, a livello della caviglia sinistra, un distacco dell'apofisi malleolare mediale. Alla luce della dinamica dell'evento e delle lesioni riportate, l'infortunio occorso a _____ non può essere classificato né fra quelli leggeri ma neppure - contrariamente a quanto egli parrebbe pretendere in sede di ricorso (cfr. I, p. 6) - fra quelli gravi: si tratta, a mente del TCA, di un infortunio di media gravità al limite della categoria degli infortuni leggeri. A mero titolo di raffronto, si osserva che il TFA, in una ormai costante giurisprudenza, classifica fra gli infortuni di grado medio, al limite però della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti, gli incidenti della circolazione stradale in cui vi è stato un tamponamento fra due autovetture (cfr. STFA 21.6.1999 in re E., 20.3.1998 in re K., 6.6.1997 in re D., tutte inedite). Ad esempio, la nostra Alta Corte federale è giunta a questa conclusione in una sentenza del 6 settembre 1996 nella causa A. S. c/ INSAI (U 78/95), riguardante una fattispecie in cui l'autocarro a bordo del quale viaggiava l'assicurato è stato tamponato da un altro autotreno. L'assicurato ha riportato una contusione della colonna cervicale, contusioni ed escoriazioni con ferite lacero-contuse all'avambraccio ed alla mano destra, una contusione all'emitorace destro e una ferita lacero-contusa superficiale nella zona occipitale. In una sentenza del 29 marzo 1996 nella causa Ch. M. c/ INSAI (35.1995.00196 + 277) - confermata dal TFA con pronunzia del 4

marzo 1998 - questa Corte ha invece giudicato di media gravità all'interno della categoria medio-grave, l'incidente della circolazione stradale in cui la moto guidata dall'assicurato è stata urtata da un'autovettura. Sbalzato di sella, l'assicurato ha sbattuto contro due autovetture regolarmente posteggiate ed è caduto a terra, procurandosi un trauma contusivo al piede sinistro con vasta ferita lacero-contusa sul dorso del piede e la sezione dei tendini estensori delle dita. Lo scrivente TCA ha proceduto ad un'identica classificazione in una sentenza del 17 aprile 2000 nella causa F.D.C.G. c/ INSAI (inc. 35.1999.00075) - tutelata dal TFA limitatamente alla questione della qualifica dell'infortunio (cfr. STFA 11.1.2001 [U 208/00]) - riguardante un incidente della circolazione stradale in cui, in sella al proprio scooter, nell'intento di superare una colonna di autovetture, l'assicurato è entrato in collisione con una vettura che stava per iniziare una manovra di svolta a sinistra. A seguito del sinistro, l'assicurato, immediatamente trasportato all'ospedale, ha riportato una frattura del piatto tibiale laterale del ginocchio sinistro nonché una contusione della spalla sinistra. Queste due ultime fattispecie - vuoi per la dinamica stessa del sinistro, vuoi per la natura delle lesioni subite dall'assicurato - vanno considerate più gravi rispetto a quella che occupa ora il TCA. Il giudice è quindi tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.4.3.. Per ammettere l'adeguatezza sarebbe, pertanto, necessaria, alternativamente, la presenza, cumulativamente, di tutti i fattori elencati o la particolare intensità dei fattori effettivamente intervenuti. Va immediatamente rilevato che nella discussione riguardante l'adeguatezza, andranno considerati esclusivamente quei disturbi di natura organica che si trovano in una relazione di causalità naturale (ed adeguata) con l'infortunio del novembre 1992 (cfr. RAMI 1999 U341 p. 409 e 1993 U166 p. 94 consid. 2c e riferimenti). Perciò - con riferimento alle conclusioni di cui alla perizia 1° aprile 1998 del _____ - non si potrà tenere conto dei disturbi a livello lombare, cervicale e cervico-cefalico, dei disturbi della sensibilità al braccio sinistro, dei disturbi alla spalla sinistra nonché, ovviamente, delle invalidanti turbe psichiche. L'incidente non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. Il ricorrente non ha riportato alcuna grave o particolare lesione organica. Al proposito, va ricordato che, a mente dei periti giudiziari, è inverosimile - se non addirittura escluso - che _____ si sia procurato un trauma distorsivo al rachide cervicale (in questo senso, il ricorrente è malvenuto a postulare l'applicazione della giurisprudenza di cui alla DTF 117 V 359). D'altro canto, la sospetta lesione radicolare a livello di C7 non costituisce, sempre a detta degli specialisti del _____, una naturale conseguenza dell'evento infortunistico assicurato (cfr. doc. __, p. 36). Le cure mediche applicate all'insorgente non sono state errate né hanno, tantomeno, aggravato notevolmente gli esiti dell'infortunio. Limitatamente alle sole sequele organiche dell'infortunio 13 novembre 1992 - interessanti la caviglia e il ginocchio sinistro - la cura medica non ha avuto un decorso sfavorevole né sono intervenute delle rilevanti complicazioni. Per quel che concerne la caviglia sinistra, dal referto peritale del _____ si evince che il diagnosticato distacco dell'apofisi malleolare mediale è guarito grazie ad una semplice ingessatura (cfr. doc. __, p. 37). Trattandosi del ginocchio sinistro, nell'aprile 1993 _____ a ha interpellato il dottor _____, spec. FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, a causa di dolori di tipo meccanico, accompagnati da una diminuzione della flessione. Grazie all'artroscopia predisposta dal suddetto specialista (9 luglio 1993) è stata evidenziata unicamente una plica mediopatellare e condrite del bordo interno della rotula (cfr. doc. __). Con certificato del 28 gennaio 1994 - relativo alla visita di controllo del 15 novembre 1993 - il dottor _____ ha riferito di un ginocchio sinistro calmo e secco

nonché di una mobilità completa e simmetrica. Limitatamente alla problematica del ginocchio, l'assicurato è peraltro stato giudicato abile al lavoro in misura del 50% dal 6 settembre 1993 ed in misura completa dal 20 settembre 1993 (cfr. doc. _). Vero è che, nel corso del settembre 1994, vi è stata una riacutizzazione dei disturbi al ginocchio sinistro, ciò che ha reso necessario un nuovo intervento artroscopico con lisciaggio del condilo mediale del femore sinistro e della patella (cfr. doc. _). Tuttavia, così come esplicitamente indicato dal medico-operatore, il dottor _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e ortopedia, la diagnosticata condromalacia era di natura squisitamente morbosa (doc. _; cfr., inoltre, doc. _, p. 7). Sulla scorta di quanto precede, non può essere neppure sostenuto che la cura medica delle sequele somatiche dell'evento infortunistico in discussione, sia stata eccezionalmente lunga né, d'altra parte, che l'insorgente abbia sofferto di dolori somatici persistenti. Infine, non appare nemmeno adempiuto il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa. Se _____ non è più stato in grado di riprendere la propria attività lucrativa, non è certamente a causa del danno - tutto sommato assai modesto - riportato alla caviglia ed al ginocchio sinistro. In simili circostanze occorre concludere che l'infortunio assicurato non ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione dei disturbi psichici di cui _____ soffre: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venir ammessa. Non è pertanto censurabile il fatto che la _____ abbia negato la propria responsabilità a dipendenza delle turbe psichiche lamentate dal ricorrente ed abbia, finalmente, rifiutato d'indennizzare l'incapacità lavorativa che ne deriva.

2.6. Dev'essere, infine, esaminato se l'assicurato può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria gratuita, come da lui richiesto in data 16 marzo 2001 (cfr. II).

2.6.1. Secondo l'art. 108 cpv. 1 LAINF i Cantoni regolano la procedura dei rispettivi Tribunali delle assicurazioni. Una delle condizioni da osservare è la seguente: "dev'essere garantito il diritto di patrocinio. Se le circostanze lo giustificano, al ricorrente è accordata l'assistenza giudiziaria gratuita" (art. 108 cpv. 1 lett. f LAINF).

2.6.2. Secondo la giurisprudenza i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale (A. Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1994, p. 114). Con riferimento ad una disposizione analoga all'art. 108 cpv. 1 lett. f LAINF, in materia di assicurazione vecchiaia (art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS), il TFA ha statuito che la concessione dell'assistenza giudiziaria è subordinata alle seguenti condizioni (STFA non pubbl. del 2.9.1994 in re J.P.H; DTF 108 V 269; 103 V 47; 98 V 117; cfr. anche ZBL 94/1993 p. 517): a) il richiedente deve trovarsi nel bisogno. L'indigenza posta alla base dell'art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS deve essere interpretata in modo analogo alla nozione del bisogno ai sensi dell'art. 152 cpv. 1 OG (STFA non pubbl. citata). L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (DTF 119 Ia 11ss.; DTF 103 Ia 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195, il coniuge o i genitori, B. Cocchi, F. Trezzini, *Codice di procedura civile ticinese*, Lugano 1993, ad art. 155, p. 237). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 11ss.). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma dell'art. 328 e 329 CCS (Cocchi-Trezzini, op. cit., ad art. 155, p. 237 e giurisprudenza ivi citata). Non è determinante che l'indigenza sia stata cagionata da colpa propria (Haefliger, *Alle Schweizer*

sind vor dem Gesetz gleich, p. 165). Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia (STFA non pubbl. succitata p. 3). Nella sentenza pubblicata in DTF 124 I 1ss., il TF ha precisato che una richiesta di assistenza giudiziaria non può essere respinta unicamente sostenendo che l'istante non è indigente, in quanto può permettersi i costi e la manutenzione di un'automobile. Secondo l'Alta Corte federale il richiedente deve piuttosto - indipendentemente dal modo in cui utilizza le sue risorse finanziarie - essere considerato indigente, se in base alla sua situazione finanziaria non è in grado di sopperire al suo minimo esistenziale; in questo calcolo non devono essere naturalmente computate le spese non inerenti al suo fabbisogno esistenziale. Nella sentenza apparsa recentemente in SVR 1998 UV11, p. 29ss., il TFA ha, d'altro canto, ritenuto che il fatto di ricevere prestazioni complementari non permette senz'altro di concludere che il richiedente sia indigente. L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il Giudice soltanto valore indicativo (Cocchi-Trezzini, op. cit., ad art. 155 p. 236 no. 5). Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Essa deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o per lo meno a partire dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (DTF 118 Ia 369ss). Da un punto di vista temporale lo stato di bisogno dell'istante va determinato secondo la situazione esistente al momento della decisione (DTF 108 V 265), in particolare quando il lasso di tempo trascorso tra domanda e decisione è importante (cfr. anche Cocchi-Trezzini, op. cit., ad art. 155 p. 236 no. 2). Secondo la giurisprudenza del TFA, infine, la decisione di concessione dell'assistenza giudiziaria può essere modificata o revocata. Trattandosi di una decisione processuale ("prozessleitender Entscheid") non passa infatti in giudicato materiale, ma solo formale. La modifica può avvenire anche con effetto retroattivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b). b) l'intervento dell'avvocato dev'essere necessario o perlomeno indicato. Il TF ha stabilito che la necessità dell'intervento di un avvocato è data nella misura in cui le questioni controverse non sono di facile soluzione e la parte oppure il suo rappresentante civile non posseggono conoscenze giuridiche (DTF 119 Ia 265/6). c) il processo non deve essere palesemente privo di esito favorevole. Il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona ragionevole e di condizione agiata rinunciarebbe al processo in considerazione delle spese a cui si esporrebbe (cfr. DTF 119 Ia 251; Cocchi-Trezzini, op. cit., ad art. 157 p. 42 N 4). A tal proposito si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.). 2.6.3. In data 16 marzo 2001, l'assicurato ha chiesto d'essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria. All'occasione, egli ha preannunciato la trasmissione, non appena disponibile, del certificato municipale aggiornato (cfr. II). L'11 maggio 2001, il TCA ha sollecitato l'invio, da parte del patrocinatore di _____, del suddetto certificato municipale (cfr. X). In data 4 ottobre 2001, questa Corte ha assegnato all'avv. _____ un ultimo termine per la presentazione del "certificato municipale per l'ammissione all'assistenza giudiziaria" (cfr. XX). Con scritto 8 ottobre 2001, il succitato rappresentante

ha comunicato al TCA di non essere in grado di produrre il certificato municipale e, pertanto, di decidere l'istanza di assistenza giudiziaria sulla base degli atti prodotti, in particolare dell'ultima notifica di tassazione (cfr. XXI). In proposito, va rilevato che la procedura per la concessione dell'assistenza giudiziaria è retta dalla massima ufficiale (Cocchi/Trezzini, op. cit., p. 240), come del resto quelle relative alle assicurazioni sociali (SVR 1998 UV Nr. 1). Tuttavia, nel caso in cui l'interessato si limita a dichiarare di non poter pagare le spese di patrocinio, ma non prova in alcun modo lo stato di bisogno e omette di fornire qualsiasi indicazione atta a renderlo verosimile, l'istanza va respinta (Cocchi/Trezzini, op. cit., p. 240). Di conseguenza, quindi, nel caso in cui il richiedente non fa fronte al proprio obbligo di collaborare all'accertamento dei fatti, deve sopportarne le conseguenze (SVR 1998 UV Nr. 1 e giurisprudenza ivi citata). In concreto, l'assicurato non ha, sino ad oggi, fatto pervenire al TCA la documentazione atta a comprovare il suo stato di indigenza, nonostante questa Corte gli abbia dato, in più di un'occasione (cfr. X e XX), la possibilità di farlo. La notifica di tassazione relativa al periodo fiscale 1999-2000 (cfr. doc. _) non può certo essere considerata idonea a fondare l'istanza d'assistenza giudiziaria, e ciò nella misura in cui fa stato della situazione economica esistente nel biennio 1997-1998 e, quindi, non di quella attuale (determinante secondo la DTF 108 V 265). In tali circostanze, in virtù della giurisprudenza suesposta, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria dev'essere respinta.

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