

## **TI\_GERICHTE 35.2002.4 vom 27. September 2001**

TI Tribunale d'appello, 2001-09-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2002.4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2002.4)

FR: TI\_GERICHTE 35.2002.4 du 27 septembre 2001

IT: TI\_GERICHTE 35.2002.4 del 27 settembre 2001

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

gennaio 1999, l'assicurata ha consultato il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina generale, riferendogli dell'insorgenza, nel frattempo, di "... mal di testa cervicale e sopraorbitale bilaterale, fotopsie ("stelline"), formicolii a entrambe le mani e in particolare a destra (mano "addormentata"), inoltre mal di schiena lombare". Il medico curante ha attestato una totale inabilità lavorativa dall'11 al 13 gennaio 1999 e dal 15 sino al 24 gennaio 1999 (cfr. doc. \_). Il medico curante dell'assicurata ha quindi disposto un consulto specialistico presso il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia. Quest'ultimo sanitario, che ha visitato la ricorrente in data 9 febbraio 1999, ha sostanzialmente diagnosticato - a fronte di uno status neurologico decisamente blando (solo una lieve limitazione dei segmenti cervicali superiori nella fase terminale del movimento) - due distinte problematiche: l'una - la cervico-brachialgia - è stata valutata quale postumo residuale del trauma distorsivo/contusivo del rachide cervicale subito il 27 settembre 1998, l'altra - un'emicrania senza aurea - di natura morbosa. Per quanto concerne la prima delle due patologie, il neurologo, in considerazione dello spontaneo miglioramento nel frattempo intervenuto, ha rinunciato ad ordinare una cura medica: " (...). Diagnosi : Stato dopo incidente della circolazione con contusione e distorsione della colonna cervicale. Eemicrania senza aura. Anamnesi: La signora \_\_\_\_\_ descrive due problematiche: 1) in data 27.09.98, all'età di quasi 33 anni, essa ha subito un incidente della circolazione con trauma contusivo distorsivo della colonna cervicale. Da allora persistevano delle cervicalgie più o meno accentuate ed una mobilità limitata della colonna cervicale. Mentre nei mesi di novembre e dicembre i dolori sarebbero stati meno forti, questi ultimi si sarebbero riasarcinati in gennaio. I disturbi non sono accompagnati da ulteriori sintomi, in particolare non da disturbi sensomotori agli arti superiori ed inferiori, da nessuna pregiudicazione dei nervi cranici e non da segni cerebrali. La fisioterapia indotta in seguito ha contribuito notevolmente alla situazione favorevole attuale. La paziente riferisce di essere oggi praticamente asintomatica e che le cervicalgie, più accentuate a dx, sarebbero nettamente regredite. 2) In data 23.12.98 e due volte nel mese di gennaio 99 si sono manifestati 3 episodi con iniziale disturbo della vista, un'immagine ottica deformata a stella seguita da forti cefalee pulsanti, in seguito del vomito, fotofobia e fonofobia, il bisogno di dormire e un miglioramento che si è instaurato nel lasso di un giorno. La paziente è felice di avere trovato un impiego in un centro fitness. Esame neurologico: I segmenti cervicali superiori sono leggermente e dolorosamente limitati nell'ultima fase del movimento. Non sussistono però segni per un'irritazione cervicale o per una pregiudicazione dei nervi cranici. I riflessi,

la forza e la coordinazione cosiccome la sensibilità per tutte le qualità risultano simmetrici e nella norma. La paziente è collaborativa e non dimostra alcuna particolarità neuropsicologica durante il colloquio. Valutazione e procedere: Questa paziente presenta a mio parere due problematiche differenti: 1) la cervico-brachialgia più accentuata a dx corrisponde al residuo in stato dopo contusione cervicale e distorsione avvenute nel settembre 1998. I disturbi sono regredienti, l'abilità al lavoro è migliorata, cosicché ritengo che non si impongano ulteriori valutazioni e misure terapeutiche in merito. Consiglio di sospendere la fisioterapia, dato che la paziente ha occasione di svolgere dell'attività fisica sul posto di lavoro. 2) Gli episodi di cefalea insorte in dicembre 98 e gennaio 99 sopramenzionati e abbinati a disturbi della vista e vomito sono da valutare nel quadro di un'emicrania senza aurea. Ho cercato di spiegare alla paziente che bisogna differenziare fra i due tipi di disturbi e le ho consigliato la somministrazione di 1000 mg di Aspirina al manifestarsi dei primi sintomi emicranici. Dovessero in seguito prevalere delle cefalee emicraniche, si dovrà discutere l'introduzione di una terapia più intensa contro l'emicrania, per cui sarebbe necessario un'ulteriore consulto nel mio studio. " (doc. \_)

Alla luce delle risultanze del consulto neurologico, l'Istituto assicuratore convenuto ha riconosciuto la propria responsabilità riguardo alla ricaduta annunciatagli nel gennaio 1999, perlomeno per quanto concerne la sindrome cervico-brachiale (cfr. doc. \_). L'assicurata ha nuovamente interrotto il proprio lavoro a distanza di più di due anni dall'infortunio, per la precisione a far tempo dal 6 novembre 2000, a causa di un episodio di bloccaggio a livello cervicale (cfr. doc. \_). Nel corso del mese di dicembre 2000, \_\_\_\_\_ è stata visitata dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, il quale - constatati dei dolori alla palpazione della regione cervicale con limitazione funzionale della mobilità in tutte le direzioni e contratture muscolari diffuse - ha diagnosticato uno stato dopo distorsione cervicale, astenendosi tuttavia dal prescrivere ulteriori misure terapeutiche, oltre alla terapia chiropratica già in corso (cfr. doc. \_). Dal 21 al 23 febbraio 2001, \_\_\_\_\_ è rimasta degente presso il Reparto di medicina dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, in ragione di una "sindrome cervicale con dolori alla palpazione della muscolatura paravertebrale cervicale irradiante alle spalle senza però deficit sensitivo-motori", con una diagnosi d'uscita di "sindrome di somatizzazione nell'ambito di una sindrome di dolore cronico" (cfr. doc. \_). In data 6 marzo 2001, essa è stata periziata, sempre presso il nosocomio \_\_\_\_\_, tanto dal profilo neurologico che da quello psichiatrico. Gli specialisti ivi consultati hanno sostanzialmente messo in luce una problematica di natura psichica - una sindrome da somatizzazione associata ad una sindrome depressiva reattiva - così come risulta dal loro referto del 29 marzo 2001: " (...) Trattasi dunque di una paziente 34 enne vittima di un indicente stradale nel 1998 in cui ha riportato traumi contusivi minori. L'evento è stato vissuto da molto stressante per la paziente che da allora non ha ancora ripreso a guidare. Gradualmente la signora \_\_\_\_\_ ha sviluppato una complessa sintomatologia caratterizzata da dolori lombari, cervicobrachialgie bilaterali, intermittenti sensazioni vertiginose mal sistematizzate, cefalee a carattere emicranico accanto a dei sintomi sistematici quali astenia generalizzata, calo leggero spontaneo miglioramento. Tutti i disturbi hanno la medesima importanza soggettiva per la paziente e influiscono in modo uguale sulla sua qualità della vita e capacità lavorativa. Clinicamente la paziente non presenta alcun deficit neurologico focale, non segni per una radicolopatia o patologia a carico del plesso brachiale. Non argomenti a favore di una sindrome vertiginosa d'origine centrale. Gli esami neuroradiologici quali una RM cerebrale e cervicale, non forniscono una spiegazione alla sintomatologia lamentata dalla paziente, evidenziando unicamente una

riduzione della fisiologica lordosi cervicale, che in parte può spiegare le cervicalgie persistenti, ed una minima protrusione discale C5/C6 senza segni per una compressione radicolare. Sospettando una neuropatia ulnare al gomito, in presenza di intermittenti parostesie sulle ultime 2 dita, in parte dipendenti dalla posizione del gomito, abbiamo eseguito un esame elettroencefalografico che non ha evidenziato blocchi di conduzione a questo livello. La normalità dell'esame non esclude comunque una lieve irritazione del N. ulnare al solco cubitale. Inoltre, vista la segnalata marcata astenia generalizzata, con una debolezza maggiore soprattutto a carico della muscolatura cervicale, che potrebbe far pensare ad una patologia miastenica, abbiamo sottoposto la paziente ad una stimolazione ripetuta del N. facciale risultata normale. La normalità del test, l'assenza di altri dati anamnestici suggestivi per una miastenia (sintomi bulbari, debolezza generalizzata, esauribilità) nonché la normalità del quadro clinico, rendono improbabile una sindrome miastenica. Inoltre si tratta solamente di una debolezza soggettiva, mentre una reale caduta o impossibilità di sollevare il capo non sono state realmente osservate dai terzi o dalla paziente stessa anche nei momenti di maggiore stanchezza. Ci troviamo verosimilmente di fronte ad un quadro di somatizzazione multiple, associato ad una sindrome depressiva reattiva. La comparsa graduale nell'arco di diversi mesi della sintomatologia, non ancora manifesta nel 1999 in occasione della consultazione presso il nostro Servizio, parla contro la diagnosi di una sindrome post-traumatica da stress. L'incidente stradale ha tuttavia costituito un importante trauma psicologico per la paziente che a distanza di 2 anni non solo non ha ripreso a guidare, ma è stata costantemente preoccupata dalle eventuali conseguenze del trauma. Inoltre, la Sig.ra \_\_\_\_\_ ritiene che i medici curanti hanno banalizzato l'incidente, non sottoponendola agli esami complementari, fatto che avrebbe contribuito a progressivo sviluppo della sintomatologia attuale. Abbiamo rassicurato la paziente sul carattere benigno dei disturbi e sull'assenza delle patologie organiche visibili in grado di spiegare la sintomatologia attuale. Le abbiamo inoltre spiegato che la precoce esecuzione di esami neurologici, non avrebbe modificato l'atteggiamento terapeutico dei curanti, ma servirebbe unicamente a tranquillizzare la paziente stessa. Abbiamo proposto un tentativo di terapia farmacologica antidepressiva a base di Saroten retard 25mg, allo scopo di agire sul dolore d'origine centrale, ma anche per ridurre la frequenza delle crisi emicraniche ed agire sul tono dell'umore e sull'appetito. Per aiutare la paziente nel rilassamento muscolare abbiamo proposto di imparare delle tecniche di rilassamento personalizzato (metodo secondo Jacobson) presso il Servizio di Psicologia medica dell'\_\_\_\_\_." (doc. \_) Dopo avere interpellato il proprio medico di fiducia (cfr. doc. \_), l'\_\_\_\_\_, con decisione formale del 6 luglio 2001, ha rifiutato il proprio obbligo contributivo riguardo ai disturbi insorti nel corso del mese di novembre 2000 (cfr. doc. \_). Il dott. \_\_\_\_\_ ha ancora avuto modo di pronunciarsi in merito alle condizioni di salute dell'assicurata prima che venisse emanata la querelata decisione su opposizione: "...). L'assicurata figura completamente inabile al lavoro dal 6.11.2000, oltre 2 anni dopo una contusione semplice della colonna cervicale (con inabilità lavorativa dal 22.9 al 4.10.1998). Nel 2001, l'assicurata viene sottoposta a numerose indagini mediche, anche a titolo stazionario. In sintesi viene diagnosticata una "sindrome di somatizzazioni multiple, associata ad una sindrome depressiva", con comparsa graduale nell'arco di diversi mesi (2000/2001), ciò che depone contro la diagnosi di una "sindrome post-traumatica da stress". Dal lato organico invece si riscontra una lieve accentuata atrofia cerebrale frontale e temporale perinsulare bilaterale, con accentuazione dei solchi della circonferenza, senza atrofie focali. A questi fattori si aggiunge una discreta protrusione discale postero-laterale

sinistra con estensione foraminale a livello C5/C6 nonché possibile irritazione della radice C6 a sinistra. In base a tutta la documentazione medica non è stato possibile individuare una lesione strutturale post-traumatica, tanto meno riconducibile all'evento del 19.9.1998. Manca quindi un nesso causale almeno probabile fra l'episodio dell'autunno 2000 e l'evento infortunistico del settembre 1988 " (doc. \_). Dalle tavole processuali emerge inoltre che il 30 gennaio 2002 \_\_\_\_\_ è stata privatamente periziata dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in fisiatria. Questo medico ha diagnosticato uno scompenso psicofisico post-traumatico con importante sindrome cervico-brachiale e cervico-occipitale cronificata bilateralmente dopo trauma contusivo e distorsivo della colonna cervicale in occasione di un incidente stradale (cfr. doc. \_, p. 3) ed ha espresso le considerazioni seguenti: " (...) Stiamo davanti ad un quadro molto cronificato di una sindrome cervico-brachiale e cervico-occipitale subacuta (attualmente persistente) dopo un incidente stradale (settembre 1998). I disturbi persistenti sono di origine plurifattoriale: d'una parte esistono i sintomi obiettivabili nel senso di una riduzione importante della motilità della colonna cervicale, processi infiammatori tendomiopatici con un'importante decompensazione e disequilibrio muscolare. D'altra parte esistono dei sintomi difficilmente obiettivabili (ma forse ancora più disturbanti per la paziente). Quest'ultimi sono comunque interpretabili nell'ambito di alterazioni neuro-psicologiche (mal di testa, insonnia, difficoltà nel concentrarsi, parestesie e disestesie, soprattutto negli arti superiori ecc....). – Questi disturbi neuro-psicologici sono molto conosciuti come conseguenza infortunistica dopo un trauma della colonna cervicale. Sono difficilmente obiettivabili (o solo con test e indagini neuro-psicologiche), comunque assolutamente credibili. A mio avviso (ho spiegato tutto ed in dettaglio anche alla paziente) i tentativi terapeutici (soprattutto iniziali, ma anche negli anni seguenti) erano molto scarsi. Questo fatto ci spiega ampiamente la cronicità e l'intensità dei dolori persistenti. Per poter uscire da questo circolo vizioso o da questa decompensazione psicofisica la Signora \_\_\_\_\_ necessita, come nuovo inizio terapeutico, una cura stazionaria di riabilitazione intensiva di almeno 4-5 settimane. – Uno dei migliori posti sarebbe la Clinica \_\_\_\_\_ (riconosciuta da tutti gli enti assicurativi). – Si tratta di una clinica di riabilitazione specializzata per problemi come quelli della nostra paziente con la collaborazione di diversi medici specializzati (visto che la paziente avrebbe sicuramente bisogno anche di un sostegno ed di un aiuto psichiatrico – psicologico) e di ottime prestazioni dal lato fisioterapico ed ergoterapico. Questa cura riabilitativa deve essere combinata con una terapia medicamentosa piuttosto a lungo termine con analgesici adeguati e medicinali del tipo "antidepressivi". – In seguito sarebbe da discutere il continuo giusto e regolare delle cure ambulatoriali. – Il tutto sarà difficile, ma indispensabile per un miglioramento, visto il lungo decorso clinico finora poco favorevole. – Si potrebbe comunque sperare che queste misure, a medio-lungo termine, potrebbero permettere un reinserimento della paziente in un lavoro parziale (che fino ad un certo punto farebbe anche parte della terapia!)." (doc. \_)

Rispondendo ai quesiti postigli dall'avv. \_\_\_\_\_, il dott. \_\_\_\_\_ ha indicato che \_\_\_\_\_ presenta una mancanza di lordosi cervicale, accompagnata da alterazioni degenerative a livello di C5-C6. Il tutto è stato giudicato preesistente all'evento infortunistico del settembre 1998. Il fisiatra privatamente consultato dall'assicurata ha inoltre precisato che, citiamo: "la contusione della colonna cervicale ha probabilmente provocato una lesione di fattori patologici preesistenti, ..." (doc. \_, p. 5). A mente del dott. \_\_\_\_\_, le alterazioni degenerative non appaiono comunque suscettibili di spiegare sufficientemente la sintomatologia lamentata dalla ricorrente (cfr. doc. \_, p. 6: "Sono comunque convinto che questo problema sia minimamente in relazione ai disturbi attuali

della paziente"). Per contro, sempre a detta del dott. \_\_\_\_\_, importante per spiegare il decorso prolungato è il raddrizzamento della lordosi cervicale, spesso causa di dolori cronici recidivanti che possono insorgere in qualsiasi periodo della vita, anche indipendentemente da un trauma. La valutazione espressa dal dott. \_\_\_\_\_ è stata criticamente commentata dal medico di circondario dell'\_\_\_\_\_ con il referto datato 15 aprile 2002: " La \_\_\_\_\_, già in febbraio 2001, ha cercato di convocare la signora \_\_\_\_\_ in agenzia, per documentare, ma soprattutto quantificare vari aspetti clinici, concernenti la zona cefalica e lo scheletro assiale, ma l'assicurata in quel periodo fu sottoposta a degli esami approfonditi, di natura neurologica e anche in ambito del servizio di medicina (). A tale riguardo sia rinviato al nostro apprezzamento del 23.2.2001 nonché al nostro rapporto del 20.9.2001. In sostanza si era trattato di chiarire la causalità di un'inabilità lavorativa subentrata circa due anni dopo l'infortunio iniziale, il quale ha causato un'interruzione del lavoro per la durata di 15 giorni. Già in marzo 2001, un quadro di somatizzazioni multiple, associata ad una sindrome depressiva reattiva non viene interpretata come una sindrome post-traumatica (da stress), come emerge dagli atti dell'OCL. Anche durante l'ospedalizzazione del Servizio di medicina dell'\_\_\_\_\_ in febbraio 2001 viene diagnosticata una sindrome di somatizzazione, nell'ambito di una sindrome di dolore cronico, senza riferimento ad un aspetto/causa post-traumatica. Il dott. \_\_\_\_\_ per conto dell'avv. \_\_\_\_\_ (rappresentante legale dell'assicurata) ha redatto un rapporto il 5.2.2001, momento in cui (quindi a distanza di oltre 3 anni e mezzo dall'infortunio iniziale), viene addirittura formulata una prognosi infausta ("un'invalidità, almeno parziale sarà comunque inevitabile..."). Prima di tutto salta all'occhio, che il dott. \_\_\_\_\_ nel capitolo dell'anamnesi non entra in materia delle dettagliate valutazioni dell'\_\_\_\_\_, riprendendo più tardi unicamente le radiografie e l'esame RM cerebrale/cervicale. Egli tuttavia ritiene come fattore importante per il decorso poco favorevole la preesistenza del tipo di lordosi fisiologica, spesso la causa di dolori cronici recidivanti che possono cominciare in qualsiasi periodo della vita e senza trauma. Inoltre trattasi di un'assicurata, già alla sua età portatrice di un'atrofia cerebrale corticale, frontale e temporale, lievemente accentuata, sicuramente non in alcuna relazione con l'infortunio di nostra pertinenza. Inoltre la signora \_\_\_\_\_ è affetta da una discopatia C5/C6 con alterazioni spondilolitiche a tale livello, con "piccoli prolasso medio-laterale C5/C6 con lieve contatto midollare discopatia C6/C7 con contatto del sacco durale, senza compressioni radicolari". Il dott. \_\_\_\_\_ rinvia al fatto che tali alterazioni, non combaciano con il tipo di dolore accusato, in quanto un tale dolore, proveniente da queste alterazioni degenerative preesistenti, si concentrerebbe a livello segmentale. Per quanto riguarda l'esame clinico descrive una mobilità della colonna cervicale ridotta, addirittura in tutte le direzioni, motivato da fattori algici diffusi, come pure la manifestazione di una tensione muscolare, di tutta la zona (del cinto omero-scapolare incluso). In sostanza vengono riprodotti dei fattori soggettivi, soprattutto anche delle parestesie e disestesie diffuse, "eventualmente da valutare da un neurologo", benché l'assicurata sia già stata sottoposta a una tale indagine molto approfondita. Sotto le conclusioni (punto 4), il dott. \_\_\_\_\_ non è dell'avviso (almeno nel grado della probabilità preponderante), che le manifestazioni degenerative siano state accelerate dal trauma. Sotto il punto 3 delle conclusioni invece ritiene che "la contusione della colonna cervicale ha probabilmente provocato una lesione di fattori patologici preesistenti, ma non precisa quali referti patologici preesistenti siano stati peggiorati durevolmente, con l'evento del 19.9.1998. Innanzitutto parte dalla premessa – nella scienza medica da nessuna parte dimostrata – che la mancanza della curva fisiologica

non sia in grado di ammortizzare una contusione in modo adeguato. Infatti, nella letteratura medica non è documentato che delle colonne cervicali con lordosi piuttosto rettilinee, subiscono delle lesioni maggiori (esposte alla medesima energia), rispetto a individui portanti una lordosi regolare. Inoltre ammette di non poter obiettivare dei disturbi neuro-psicologici, mentre i disturbi somatici vengono ritenuti "credibili", "comunque da interpretare nel senso di una certa decompensazione psico-fisica". Il medico in sostanza fonda la causalità affermativa (fra i disturbi accusati e l'infortunio del 1998), sul principio del "post hoc, ergo propter hoc", massima non applicabile nella scienza medica. Nella discussione, da una parte il dott. \_\_\_\_\_ ammette un'origine "pluri-fattoriale", tuttavia il tutto classificando come uno "scompenso psicofisico postraumatico": purtroppo in concreto non adducendo nessun elemento organico-lesivo ossia documentabile in modo scientifico. In questo contesto non possono servire come mezzo di prova, per esempio l'osservazione generalizzante che "questi disturbi neuro-psicologici sono molto conosciuti come conseguenza infortunistica dopo un trauma della colonna cervicale". A parte che certi elementi non combaciano con tale quadro (per esempio il tremore), assistiamo ad una progressiva "escalation" del quadro (anziché a una graduale regressione dei sintomi) e soprattutto ad una cronificazione persistente, prevedibilmente per tutta la vita (vedi la prognosi formulata). Anche l'argomentazione del dott. \_\_\_\_\_ che "i disturbi dell'assicurata siano credibili", non permette ad un perito di apportare una maggiore oggettività ai disturbi fatti valere dall'assicurata, tanto meno costituisce un criterio atto a rendere più probabile la causalità. In conclusione, il dott. \_\_\_\_\_ con il suo rapporto del 5.2.2002 non dimostra in modo medico-scientifico né un peggioramento obiettivabile delle varie affezioni costituzionali-morbosi né un altro elemento atto a stabilire un nesso causale almeno probabile fra i disturbi accusati dall'assicurata allo stato attuale e l'infortunio del 1998." (Xbis) Durante il periodo 1° maggio-13 giugno 2002, \_\_\_\_\_ è rimasta degente presso la Clinica \_\_\_\_\_, dove è stata sottoposta a delle misure di natura riabilitativa (doc. \_). Da notare che in precedenza, nel corso del mese di marzo 2002, l'assicurata aveva dovuto interrompere - già il giorno successivo a quello dell'entrata - il proprio ricovero presso la \_\_\_\_\_, e ciò a causa dello stato psichico in cui versava (cfr. doc. \_). In corso di causa, il TCA ha interpellato il dott. \_\_\_\_\_, autore della perizia di parte del 5 febbraio 2002, il quale è stato invitato a rispondere ad alcuni quesiti attinenti alla natura dei disturbi accusati dall'assicurata (cfr. XIX). Il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato di non avere nulla da aggiungere a quanto già risulta dal suo rapporto 5 febbraio 2002 (cfr. XX). Egli ha comunque voluto ricordare di avere posto, già in quella sede, la diagnosi principale di "scompenso psicofisico", ciò che risulterebbe peraltro pure confermato dal contenuto del rapporto di uscita della \_\_\_\_\_ (i cui sanitari, a fronte degli attacchi di panico manifestati dalla ricorrente, hanno suggerito una sua valutazione psichiatrica e l'instaurazione di una terapia specifica). 2.12. Attentamente esaminata la documentazione esposta al precedente considerando, va evidenziato che \_\_\_\_\_ a, immediatamente dopo l'incidente della circolazione del 19 settembre 1998, ha sì accusato dei modesti disturbi alla regione cervicale, tuttavia essa non ha presentato altri sintomi che fanno parte del quadro tipico di un trauma d'accelerazione alla colonna cervicale oppure di un trauma equivalente (cfr. DTF 117 V 360 consid. 4b: diffusi mal di testa, vomito, vertigini, disturbi della concentrazione e della memoria, facile stanchevolezza, disturbi visivi, irritabilità, labilità affettiva, depressione, cambiamento della personalità, ecc.). In effetti, nel certificato 30 settembre 1998 del Servizio di PS dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, si fa soltanto stato di una lieve cervicalgia (cfr. doc. \_). La dott.ssa \_\_\_\_\_, consultata dalla

ricorrente tre giorni dopo l'evento infortunistico in questione, riferisce anch'essa di problemi a livello della cervicale, senza alcun accenno ad altro genere di disturbo (cfr. doc. \_). Dal profilo terapeutico, la curante ha segnatamente prescritto un ciclo di fisioterapia (cfr. doc.), che è stato interrotto dopo appena tre sedute (cfr. doc. \_). Per il resto, non si può ignorare che la cura medica è stata dichiarata chiusa a far tempo dal 24 settembre 1998 (quindi a distanza di cinque giorni dall'infortunio) e, d'altro canto, che \_\_\_\_\_ ha ripreso a svolgere la propria attività lavorativa a tempo pieno già a contare dal 5 ottobre 1998 (doc. \_). È vero che, in occasione della ricaduta del mese di gennaio 1999, l'assicurata ha dichiarato di lamentare, oltre a delle cervicalgie, anche delle forti cefalee accompagnate da disturbi della vista e da vomito. Al proposito, occorre sottolineare che, secondo il neurologo dott. \_\_\_\_\_, privatamente consultato da \_\_\_\_\_, questi ultimi disturbi (in totale 3 episodi a cavallo fra il mese di dicembre 1998 e quello di gennaio 1999) andavano attribuiti ad una emicrania senza aura, patologia da distinguere dalle cervicalgie, sequela (queste ultime) del trauma contusivo/distorsivo del rachide cervicale (cfr. doc. \_: "Gli episodi di cefalea insorte in dicembre 98 e gennaio 99 sopramenzionati e abbinati a disturbi della vista e vomito sono da valutare nel quadro di un'emicrania senza aura. Ho spiegato alla paziente che bisogna differenziare fra i due tipi di disturbi ..."). Se ne deduce quindi che - contrariamente ai disturbi localizzati nella regione cervicale, relativamente ai quali l'\_\_\_\_\_ aveva correttamente riconosciuto la propria responsabilità (cfr. doc. \_) - il mal di testa allora denunciato da \_\_\_\_\_ non poteva essere fatto risalire all'infortunio del settembre 1998. La ricaduta annunciata nel mese di gennaio 1999 ha, del resto, comportato una incapacità lavorativa di brevissima durata (dall'11 al 13 gennaio 1999 e dal 15 sino al 24 gennaio 1999 (cfr. doc. \_). A proposito del referto 9 febbraio 1999 del dott. \_\_\_\_\_, va ancora segnalato che, in occasione del relativo consulto, l'assicurata aveva riferito di essere praticamente asintomatica e di avere osservato una netta regressione delle cervicalgie (cfr. doc. \_, p. 1). Contrariamente a quanto sembra sostenere la ricorrente (cfr. I, p. 4s.), sintomi tipicamente dipendenti da un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale (oppure da un trauma equivalente) sono stati fatti da lei valere soltanto in coincidenza con l'annuncio della seconda ricaduta, a contare dal mese di novembre 2000, dunque a distanza di più di due anni dall'evento traumatico assicurato. Sentita il 24 aprile 2001 da un ispettore dell'\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ha in effetti dichiarato, in particolare, di avere nel frattempo (ossia dal gennaio 1999 sino al novembre 2000) continuato ad accusare dei fastidi alla regione del collo, controllati con l'applicazione di cerotti Flector e con qualche massaggio praticato dai colleghi. Durante tutto questo stesso periodo, essa è stata, d'altra parte, in grado di svolgere regolarmente il proprio lavoro, dapprima presso un fitness-center, in seguito presso il \_\_\_\_\_, sempre quale segretaria (cfr. doc. \_). In una sentenza del 17 giugno 2003 nella causa M., \_\_, il TFA ha affermato che la propria giurisprudenza in materia di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, non presuppone che i sintomi tipici siano tutti costantemente presenti (cfr. consid. 3.1). In un'altra sentenza del 16 aprile 2003 nella causa X., \_\_, la Corte federale ha precisato che qualora i disturbi appaiano con un tempo di latenza di più anni, non solo i medesimi devono essere qualificati come aspecifici per un trauma d'accelerazione cervicale, ma esistono pure dei seri dubbi circa l'esistenza stessa di un nesso di causalità naturale con l'infortunio. Nel caso che era chiamata a giudicare l'Alta Corte ha così negato l'esistenza della causalità naturale trattandosi di un'assicurata, vittima di un incidente della circolazione stradale nel quale aveva apparentemente riportato un trauma cervicale del tipo "colpo di frusta", e che aveva denunciato l'apparizione di sintomi normalmente legati ad una tale lesione a distanza di

circa sette anni dalla data dell'infortunio. In precedenza, essa aveva presentato esclusivamente dei problemi a livello del collo: " (...) Wohl ist rechtsprechungsgemäss nicht erforderlich, dass die charakteristischen Beschwerden bereits unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten sind. Wenn aber, wie hier, die Latenzzeit (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 und Nr. U 391 S. 307, 1995 Nr. U 221 S. 111 Ziff. A/2 und S. 113 Ziff. B/1; Urteil Z. vom 18. März 2003, U 205/02, Erw. 2.3.1 mit Hinweisen) mehrere Jahre beträgt, müssen die erst danach gehäuft aufgetretenen Beschwerden nicht nur als für ein Schleudertrauma untypisch bezeichnet werden (nicht veröffentlichtes Urteil H. vom 10. Dezember 1999, U 249/98), sondern es bestehen auch hinsichtlich des vorliegend von den beteiligten Ärzten teilweise bejahten natürlichen Kausalzusammenhangs ernsthafte Zweifel. (...) " (STFA succitata, consid. 5.2). La I. Camera del TFA è pervenuta ad una conclusione analoga in una sentenza di principio del 25 febbraio 2003, trattandosi della questione a sapere se a delle turbe psichiche diagnosticate con un tempo di latenza di circa 2 anni e mezzo, poteva essere riconosciuta un'eziologia traumatica: " (...) 4.3.1 Für die erstmals anfangs Oktober 1998 während der stationären Abklärung im Spital Y. \_\_\_\_\_ diagnostizierte depressive Gesundheitsstörung kann sich somit lediglich fragen, ob es sich dabei um eine natürliche Folge des Unfalls vom 29. Januar 1996 und bejahendenfalls auch um eine adäquate Folge dieses Unfalls nach Massgabe der in BGE 115 V 133 ff. entwickelten, unfallbezogenen, objektiven Kriterien handelt. Diesbezüglich ist zu beachten, dass bei psychischen Störungen die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs mit einem Unfall entsprechend dem zeitlichen Abstand zwischen diesem und dem Auftreten von Symptomen einer psychogenen Gesundheitsstörung abnimmt, weil das Unfallereignis in der Regel mit der Zeit verarbeitet und verkräftet wird. Je grösser das zeitliche Intervall zwischen einem Unfall und dem Eintritt psychischer Störungen ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass schon bei nicht auszuschliessender oder bloss möglicher Kausalkette der natürliche Kausalzusammenhang bejaht oder einfach unterstellt und so das für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs geltende Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unterlaufen würde (Urteil B. vom 18. Mai 2001, U 474/00; nicht veröffentlichte Urteile A. vom 14. Januar 1999, U 146/98, und B. vom 23. Dezember 1991, U 73/89). 4.3.2 Im vorliegenden Fall beträgt die Latenzzeit zwischen dem Abklingen der durch den Unfall vom 29. Januar 1996 ausgelösten körperlichen Beschwerden und dem Auftreten einer spezialärztlich und damit verlässlich diagnostizierten psychischen Gesundheitsstörung rund 2½ Jahre. Hinzu kommt, dass der Unfall vom 29. Januar 1996 keine schweren körperlichen Verletzungen zur Folge hatte, keine stationäre Behandlung nötig machte und bloss eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während rund eines Monats zur Folge hatte. Psychische Störungen setzen aber nach einem Unfall häufig dann ein, wenn nach mehreren erfolglosen Operationen, längeren Hospitalisationen, schwierigem Heilungsverlauf mit wiederholten Abklärungs- und Therapieaufenthalten sowie wegen andauernder Schmerzen die befürchtete Nichtwiedererlangung der früheren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allmählich zur Gewissheit wird. Eine solche für die Auslösung psychischer Beschwerden im Anschluss an einen Unfall geeignete Sachlage ist hier nicht gegeben. Insgesamt ist daher auf Grund des beim Unfall vom 29. Januar 1996 erlittenen, relativ geringfügigen körperlichen Gesundheitsschadens und des relativ grossen zeitlichen Intervalls bis zum Eintritt einer psychogenen Gesundheitsstörung deren natürlicher Kausalzusammenhang mit dem rund 2½ Jahre zurückliegenden Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

zu verneinen. Demgemäss erübrigt sich die Prüfung der diesbezüglichen Adäquanzfrage. " (STFA succitata - la sottolineatura è del redattore) Questo Tribunale ha statuito nello stesso senso in una sentenza del 12 settembre 2002 nella causa L., inc. n. 35.2000., riguardante un'assicurata, vittima anch'essa di un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale a seguito di un tamponamento stradale, che aveva presentato dei disturbi di carattere neuropsicologico (ridotta capacità di concentrazione e di memoria) nonché nausea, vomito e vertigini, con un tempo di latenza di circa due anni e mezzo. Queste le ragioni che hanno portato il TCA a negare che tale sintomatologia potesse costituire una naturale conseguenza del trauma d'accelerazione riportato dall'assicurata: " (...) In concreto, va osservato che L., dopo l'evento infortunistico del luglio 1997, ha presentato soltanto in modo (molto) parziale disturbi che rientrano nel quadro tipico di un trauma cervicale del tipo "colpo di frusta". Nel certificato del 20 settembre 1997 del dottor R., relativo alla visita del 15 agosto 1997, si fa stato unicamente di disturbi localizzati al collo ed alle spalle nonché di una limitata mobilità del segmento cervicale (cfr. doc. \_). Ancora in occasione della consultazione del 3 agosto 1998 - dunque a più di un anno dal sinistro - il suddetto reumatologo ha unicamente attestato l'esistenza di una muscolatura contratta nella regione del collo e delle spalle nonché di una disfunzione segmentale a livello C1/2 e 2/3 a destra (cfr. doc. \_). Durante la visita peritale del 1° febbraio 1999, il dott. B. ha potuto oggettivare soltanto una discreta limitazione della rotazione verso sinistra della colonna cervicale ed una modesta contrattura muscolare nella regione del cinto scapolare. Soggettivamente, L. lamentava dei lievi dolori al collo, evocabili alla digitopressione (cfr. doc. \_, p. 4). Da parte sua, il dott. C., in data 15 aprile 1999, ha riferito soltanto di una "... disfunzione dei segmenti alti alla cervicale, con rotazione bloccata verso sx di C1 su C2 e di C2 su C3" (cfr. certificato del 23.6.1999 accluso al doc. \_). Dal rapporto 1° ottobre 1999 della dott.ssa P., spec. FMH in neurologia, relativo al consulto del 28 settembre 1999, risulta che l'assicurata presentava, citiamo: "... una muscolatura paravertebrale simmetricamente sviluppata. Una modica limitazione della lateroversione a sinistra, mentre l'inclinazione e la reclinazione sono libere, nessuna riproducibilità di dolori col colpo di tosse e nemmeno con la prova di Valsalva. (...). Neurologicamente posso affermare che non vi sono segni di un'irritazione di un danno radicolare o midollare, in particolare nessun fattore patologico dall'ottica neuromuscolare. La fenomenologia della cefalea descritta evoca un' eziologia tensionale. Non vi sono segni di elementi emicranici né cervicogeni" (doc. \_, p. 3). Durante la degenza 20 settembre-1° ottobre 1999 presso la Clinica X., il dott. C. ha osservato "... una disfunzione alla rotazione verso sinistra con blocco dei segmenti cervicali C1/C2, C2/C3 e trigger points alla muscolatura suboccipitale e del collo anteriore" (cfr. doc. \_, p. 2). Da notare ancora che sino al suo ricovero presso il suddetto istituto di cura - quindi per più di due anni - L. è sempre stata in grado di esercitare la sua attività professionale a tempo pieno. È solo nei referti della Clinica di riabilitazione Y. che, per la prima volta (posto come la prima consultazione presso il Prof. dott. E. abbia avuto luogo il 25 febbraio 2000, cfr. doc. \_, p. 1), si fa accenno - oltre alla nota sintomatologia a livello cervicale e delle spalle - all'insorgenza di disturbi di carattere neuropsicologico (ridotta capacità di concentrazione e di memoria) nonché di nausea, vomito e vertigini (cfr. doc. \_). Manifestatisi con un tempo di latenza di circa due anni e mezzo, tali disturbi non possono essere considerati delle conseguenze del trauma di accelerazione al rachide cervicale lamentato dalla ricorrente. In questo senso si è pure espressa la Commissione "Whiplash-associated Disorder" della Società svizzera di neurologia, autrice di un cosiddetto "foglio di consenso", secondo la quale deve essere ritenuta inverosimile l'insorgenza di nuovi sintomi dopo un intervallo libero da disturbi o,

altrimenti detto, il quadro tipico dei disturbi deve manifestarsi all'istante, rispettivamente, durante i primi giorni dopo l'infortunio (cfr. rapporto del 13.7.2001 del dottor \_\_\_\_\_, attivo presso la Divisione medica dell' \_\_\_\_\_, citato nella STCA dell'11 luglio 2002 nella causa T., inc. 35.2002.22, consid. 2.3. in fine: " Die vom Patienten geltend gemachten Beschwerden hauptsächlich in Form von Nackenschmerzen gehören zu den Symptomen, die nach einem "Schleudertrauma" geklagt werden können. Andere Symptome hat der Patient nicht geschildert, wobei darauf hinzuweisen ist, dass gemäss Konsenspapier der Kommission "Whiplash Associated Disorder" der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft das Auftreten neuartiger Symptome nach einem beschwerdefreien Intervall unwahrscheinlich ist, anders ausgedrückt, das "typische Beschwerdebild" nach einem solchen Unfallmechanismus muss sofort, bzw. in den ersten Tagen nach dem Unfall registriert werden"; cfr., pure, Schnider, Annoni, Dvorak, Ettl, Gütling, Jenzer, Radanov, Regard, Sturzenegger, Walz, Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma "whiplash-associated disorder", Boll. dei medici svizzeri 2000, p. 2218ss.). Del resto, va pure ricordato che la giurisprudenza del TFA insegna che, p iù il tempo trascorso fra l'infortunio e la manifestazione dell'affezione é lungo, e piú le esigenze riguardanti la prova del nesso di causalità naturale devono essere severe (cfr. RAMI 1997 U 275, p. 188ss.; RJJ 1994, p. 46 consid. 1b). " (STCA succitata, consid. 2.5.) Limitatamente a questo aspetto, il summenzionato giudizio cantonale è stato confermato dal TFA con sentenza del 2 settembre 2003 nella causa L., U 299/02. L'Alta Corte ha al proposito rilevato: " A prescindere da tale constatazione, va comunque notato che i sintomi tipici ricollegabili a un trauma del tipo "colpo di frusta" sono essenzialmente stati rilevati, in forma multipla, per la prima volta nella primavera del 2000, in occasione della degenza, avvenuta dal 27 aprile al 25 maggio 2000, presso la Clinica riabilitativa di Y., ossia a distanza di 2 anni e 9 mesi dall'incidente (sul significato attribuito dalla giurisprudenza alla manifestazione tardiva dei sintomi, cfr. sentenza del 12 luglio 2002 in re M., U 34/02, consid. 3b/aa [tempo di latenza: 2 anni dall'ultimo infortunio], e sentenza inedita del 10 dicembre 1999 in re H., U 249/98 [tempo di latenza: 3 ½ anni]) e, ciò che piú conta, posteriormente alla decisione su opposizione in lite del 23 febbraio 2000 che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice (consid. 2.1). Ora, già solo per questo motivo, non avendo potuto, al momento determinante della decisione su opposizione in lite, ravvisare il quadro tipico dei sintomi ricollegabile ai traumi cervicali del tipo "colpo di frusta", a ragione la Corte cantonale non poteva nemmeno valutare - e riconoscere eo ipso - la persistenza del necessario nesso di causalità naturale tra l'incapacità lavorativa della ricorrente e l'infortunio del 19 luglio 1997 in base alle regole stabilite in quell'ambito " (STFA succitata, consid. 3). Alla luce della giurisprudenza appena illustrata, occorre concludere, nel presente caso, che - facendo difetto il nesso di causalità naturale con l'infortunio del 19 settembre 1998 - l'Istituto assicuratore convenuto ha correttamente negato la propria responsabilità relativamente ai disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta del mese di gennaio 2001. 2.13. Questa Corte segnala che l'esito della lite non sarebbe diverso, neppure nell'ipotesi in cui si volesse considerare la sintomatologia accusata da \_\_\_\_\_ come "semplicemente" atipica per un trauma d'accelerazione al rachide cervicale (cfr. STFA del 16 aprile 2003 nella causa X., U 256/02, succitata), ciò che implicherebbe l'inapplicabilità della giurisprudenza di cui alla DTF 117 V 359ss. (secondo il TFA, quest'ultima torna difatti applicabile qualora sia stato diagnosticato un trauma del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale e l'interessato abbia presentato il quadro tipico dei disturbi, contraddistinto da una loro accumulazione) a favore delle regole ordinarie sulla

causalità naturale. In effetti, in questa ipotesi, l'esistenza di un nesso causale naturale andrebbe comunque negata, siccome i disturbi avvertiti dalla ricorrente non hanno potuto trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo. In effetti, in casi del genere, la decisione non può che essere sfavorevole all'interessato, nella misura in cui, non essendo stata individuata, dal profilo medico-scientifico, l'origine dei disturbi, il giudice delle assicurazioni sociali - a maggior ragione - non può riconoscere l'esistenza di una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (cfr., in questo senso, la STCA del 28 luglio 2003 nella causa T.-K., inc. n. 35.2003.26, del 13 settembre 2001 nella causa C., inc. n. 35.1999.90, confermata dal TFA con sentenza del 9 gennaio 2003, U 347/01, del 21 settembre 2000 nella causa P., inc. n. 35.1998.57, confermata dal TFA con giudizio del 13 marzo 2001, U 429/00, del 22 febbraio 1999 nella causa D., inc. n. 35.1998.61 e del 19 febbraio 1999 nella causa A., inc. n. 35.1998.10; cfr. inoltre, U. Meyer-Blaser, *Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts*, SZS 2/1994, p. 105s.: "Lässt sich der medizinisch-wissenschaftliche Beweis für das Vorliegen organischer Befunde, ihrer Verantwortlichkeit für die vorhandenen Beschwerden und die Ursächlichkeit der unfallmässigen Einwirkung zum Eintritt des organischen Befundes, nach derzeitigem Wissensstand, in einem konkreten Fall, trotz sorgfältigen Abklärungen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, entfällt insofern die Leistungspflicht der Unfallversicherer ohne weiteres" - la sottolineatura è del redattore). 2.14. La documentazione medica presente all'inserto conferma peraltro questa conclusione. In effetti, nessuno degli specialisti che si sono occupati di \_\_\_\_\_ a partire dalla seconda ricaduta, ha mai preteso che i disturbi da lei lamentati a far tempo dal novembre 2000 (cervicobrachialgie, cefalee, vertigini mal sistematizzate, ...), rappresentassero ancora una naturale conseguenza dell'incidente della circolazione del 19 settembre 1998. Soltanto il dott. \_\_\_\_\_, nel suo rapporto peritale del 5 febbraio 2002, ha sostenuto, in particolare, che la contusione della colonna cervicale avrebbe, citiamo: "... probabilmente provocato una lesione di fattori patologici preesistenti e soprattutto con la mancanza della curva fisiologica (lordosi) la colonna cervicale non era in grado di "ammortizzare" il colpo in un modo adeguato (in confronto ad una colonna cervicale di "costruzione normale")" (doc. \_\_, p. 5), lasciando in tale modo sottintendere che l'infortunio assicurato deve essere ritenuto responsabile di un aggravamento direzionale di uno stato patologico preesistente. Ora - al di là del fatto che il dott. \_\_\_\_\_ non ha precisato quali reperti patologici preesistenti sarebbero stati peggiorati dall'infortunio del settembre 1998 - questa tesi appare in netto contrasto con la dottrina medica dominante, secondo la quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni al dorso, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito al più tardi 6 mesi, rispettivamente un anno (in presenza di patologie degenerative), a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (status quo sine) (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). La tesi dottrinale appena esposta è stata recepita dalla giurisprudenza federale (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 45ss.; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.2, del 31 dicembre 1997 nella causa L. consid. 4c, U 125/97, del 4 settembre 1995 nella causa M. consid. 4a; cfr., inoltre, STFA del 6 giugno 1997 nella causa C., U 131/96, in cui il TFA, riferendosi alla sentenza non pubblicata del 3 aprile 1995 nella causa O., U 194/94, ha esplicitamente ribadito che il genere di trauma riportato dall'assicurato - si trattava di una contusione/distorsione del rachide lombare causata da una caduta, in presenza di lesioni

degenerative al passaggio lombo-sacrale - cessa di produrre i propri effetti trascorsi alcuni mesi dal giorno dell'infortunio; cfr., pure, E. Morscher, *Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule*, in *Versicherungsmedizin*, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985). Un aggravamento significativo e, pertanto, durevole di un'affezione degenerativa preesistente al rachide vertebrale (peggioramento direzionale) causato da un infortunio, è da ritenere dimostrato unicamente qualora gli accertamenti radiologici abbiano permesso di mettere in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre, così come l'apparizione oppure l'ingrandimento di lesioni dopo trauma (cfr. RAMI 2000 succitata, consid. 3a; conferma della giurisprudenza). In casu, risulta sufficientemente dimostrato che quelle poste in luce, segnatamente, dall'esame di risonanza magnetica del rachide cervicale del 19 dicembre 2000 (cfr. doc. \_), sono delle anomalie preesistenti all'evento traumatico del settembre 1998, così come ha esplicitamente riconosciuto lo stesso fisiatra interpellato dalla ricorrente (cfr. doc. \_, p. 5: "Questo "difetto di costruzione" [l'appiattimento della lordosi fisiologica della colonna cervicale, n.d.r.] è sicuramente preesistente dal periodo della crescita. (...). Questo difetto biomeccanico preesistente è molto probabilmente anche responsabile delle alterazioni degenerative discali e vertebrali a livello C5-C6 (le quali sono sicuramente anche preesistenti in confronto all'incidente del mese di settembre 1998" - la sottolineatura è del redattore). 2.15. Deve essere, infine, esaminato se l'assicurata può essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria gratuita, come da lei richiesto in data 3 gennaio 2001 (cfr. II). 2.15.1. 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). 2.15.2. Secondo la giurisprudenza, i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale (A. Rumo-Jungo, op. cit., 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 settembre 1994 nella causa 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 (A. 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 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 in SVR 1998 UV 11, 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 n. 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 consid. 4), in particolare quando il lasso di tempo trascorso tra domanda e decisione è importante (cfr., pure, Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 155 p. 485). 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 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.). 2.15.3. In casu, dagli atti di causa risulta che \_\_\_\_\_ - nubile senza figli - non esercita più da tempo un'attività lucrativa (dal mese di giugno 2001). La sua sola fonte di reddito è rappresentata dalle indennità giornaliere di disoccupazione (circa fr. 2'000.--/mese, cfr. i relativi conteggi acclusi a VIII). Con un reddito di fr. 2'000.--, la ricorrente deve fare fronte a fr. 1'100.-- quale importo base mensile per persona che vive sola, stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento CEF, quale Autorità di vigilanza cantonale ed in vigore dal 1° gennaio 2001. Tale importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo del 1° gennaio 2001). Bisogna poi computare il

canone di locazione di fr. 500.-- al mese ed il premio afferente all'assicurazione contro le malattie di fr. 305.60 al mese (cfr. certificato di assicurazione della Cassa malati \_\_\_\_\_ accluso a VIII). In tali circostanze, l'indigenza deve essere ammessa, anche tenuto conto del fatto che il limite per ammettere lo stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza ai sensi del diritto esecutivo. Ritenuto, inoltre, che anche le altre condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta.

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