

TI_GERICHTE 35.2015.44 vom 24. Februar 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-02-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.44

FR: TI_GERICHTE 35.2015.44 du 24 février 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2015.44 del 24 febbraio 2016

Regeste

Domanda di risarcimento danni contro assicuratore infortuni. Domanda respinta. Negato il pubblico dibattimento.

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.02.2016 35.2015.44 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.02.2016 35.2015.44 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.02.2016 35.2015.44

Domanda di risarcimento danni contro assicuratore infortuni. Domanda respinta. Negato il pubblico dibattimento.

Raccomandata Incarto n. 35.2015.44 mm Lugano 24 febbraio 2016 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattore: Maurizio Macchi , vicecancelliere segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 20 aprile 2015 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione su opposizione del 24 febbraio 2015 emanata da CO 1 rappr. da: RA 2 in materia di assicurazione contro gli infortuni ritenuto, in fatto 1.1. In data 15 gennaio 2003, RI 1, dipendente della ditta _____ di _____ in qualità di impiegata e, perciò, assicurata d'obbligo contro gli infortuni presso l'CO 1, é rimasta vittima di un incidente della circolazione stradale (tamponamento), avvenuto in territorio del Comune di _____ e ha riportato una distorsione al rachide cervicale, nonché uno stiramento muscolare (cfr. doc. 11). L'Istituto assicuratore ha assunto il caso e ha corrisposto regolarmente le prestazioni di legge. 1.2. Esperiti gli accertamenti medico-amministrativi del caso, con decisione formale del 3 settembre 2010, poi confermata in sede di opposizione (cfr. doc. 439), l'amministrazione ha dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni a far tempo dal 28 febbraio 2010 (cfr. doc. 381). 1.3. In data 28 febbraio 2011, l'avv. RA 1 per conto dell'assicurata ha inoltrato all'CO 1 una domanda di risarcimento, facendo valere una serie di danni (torto morale, perdita di guadagno e pregiudizio dell'avvenire economico, nonché costi e onorario legati al patrocinio) che sarebbero stati causati dall'agire illecito dell'assicuratore. In quella sede, era stato chiesto all'assicuratore di soprassedere all'emanazione di una decisione formale "... fintantoché non saranno prodotti i menzionati documenti nonché le valutazioni dei sanitari interpellati ..." (doc. 3/fasc. 5). Con scritto datato 2 marzo 2011, l'amministrazione ha informato il patrocinatore che la procedura relativa alla domanda di risarcimento sarebbe rimasta sospesa sino al termine della procedura riguardante le prestazioni (cfr. doc. 4/fasc. 5). 1.4. Con sentenza 35.2012.12 del 9 aprile 2014, il TCA ha respinto il ricorso interposto da RI 1 contro la decisione su opposizione del 13 gennaio 2012 (cfr. doc. 7/fasc. 5). La pronunzia appena menzionata è nel frattempo cresciuta incontestata in giudicato. 1.5. Nel mese di settembre 2014, l'avv. RA 1 ha ripresentato all'CO 1 una domanda di risarcimento di un

danno ammontante a fr. 376'150.- (cfr. doc. 8/fasc. 5). 1.6. Con decisione del 24 febbraio 2015, l'istituto assicuratore ha respinto la domanda di risarcimento danni presentata dall'assicurata (cfr. doc. 11/fasc. 5). 1.7. Con tempestivo ricorso del 20 aprile 2015, RI 1, sempre rappresentata dall'avv. RA 1, ha chiesto che l'amministrazione venga condannata a riconoscergli la somma di fr. 207'727.- a titolo di risarcimento per la ritardata giustizia da essa commessa. A sostegno della propria pretesa riscorsuale - per quanto riguarda la condizione dell'illiceità - l'insorgente rimprovera all'amministrazione una gestione prolungata del caso e dei ritardi nei pagamenti delle indennità giornaliere (cfr. doc. I, p. 6: "Si muove alla CO 1 nuovamente la censura di avere trascinato per ben oltre 7 anni la gestione della pratica d'infortunio dell'assicurata, contribuendo così alla cronicizzazione dei disturbi fisici e psichici, provocando un palese aggravamento delle patologie psichiche e neuropsicologiche. (...). Si osserva che la predetta censura è stata sollevata più volte da parte della _____ (in seguito denominata _____), quale assicuratore RC del veicolo, condotto dalla Signora _____, che ha tamponato il 15.01.2003 la vettura della mia assistita. In effetti, nei diversi colloqui avuti con il lic. iur. _____, incaricato di liquidare per conto di _____ le pretese risarcitorie di danno diretto, vantate dalla mia patrocinata, è stata sollevata a più riprese una colpa concomitante della CO 1, per avere trascinato per 7 anni la pratica LAINF. (...). A tale riguardo deve essere tenuto conto del fatto che _____ aveva sostenuto durante dette trattative che l'infortunio del 15.01.2003, di cui era stata vittima l'assicurata, deve essere classificato fra gli infortuni di gravità media e di conseguenza il danno alla salute, riportato dalla mia assistita in seguito a detto infortunio, doveva essere considerato solo per 3 ½ anni al massimo per 4 anni in relazione di causalità con l'evento del 15.01.2003. (...). Non c'è chi non veda come nello specifico sia stato manifestamente leso il principio di celerità, in quanto, pur tenendo conto delle particolari circostanze del caso della mia assistita, questa pratica assicurativa avrebbe dovuto essere chiusa in 3 ½ - 4 anni. In effetti, la circostanza che la pratica della mia patrocinata sia durata il doppio rispetto ad un caso analogo di tamponamento di un veicolo, in occasione del quale la conducente aveva accusato un importante danno alla salute, avvalorata la tesi di una ritardata giustizia. (...). Il fatto che vi siano stati dei palesi ed ingiustificati ritardi nel pagamento delle indennità giornaliere, avvalorata la tesi che vi siano stati pure dei ritardi nella gestione degli aspetti medici relativi alla pratica della mia mandante. Detta constatazione è suffragata dalla circostanza che era stato impedito a RI 1 nonostante le sue continue richieste - di essere visitata regolarmente da un medico di circondario. La mia assistita fu visitata una o due volte dal medico di circondario della CO 1 in cinque anni. L'allora collaboratore della CO 1, sig. _____, si era rifiutato di sottoporre la mia assistita ad ulteriori visite mediche dicendole testualmente "ulteriori esami non sono necessari, si accontenti di quanto le versa la CO 1 ogni fine mese."), come pure di non aver disposto accertamenti radiologici e simili (doc. I, p. 8: "Si rimprovera alla CO 1 di non avere predisposto alcun accertamento radiologico, dopo la mielo-TC del rachide cervicale, effettuata il 16.04.2004 presso l'_____ a _____. Questa circostanza unitamente ai rapporti medici assunti agli atti tra il 20.04.2004, data del referto del Dr. med. _____, ed il 18.07.2005, data del referto del Dr. med. _____, suffragano la tesi di una ritardata giustizia. In effetti, la CO 1 avrebbe potuto incaricare già nell'estate un istituto, riconosciuto a livello svizzero, di sottoporre l'assicurata ad una valutazione pluridisciplinare. Deve essere quindi dedotto che nello specifico si è verificata una palese ritardata giustizia, poiché per ben 5 anni la CO 1 non aveva più predisposto alcun esame medico, ossia sino al ricovero dal 20.05 al 28.05.2009 presso lo _____."). Per quanto

concerne invece il nesso di causalità naturale tra l'atto illecito e il danno, trattandosi di una questione prettamente medica, l'insorgente chiede l'allestimento di una perizia giudiziaria, precisando che, una volta chiarito tale aspetto, "potrà essere in una seconda fase affrontato l'aspetto dell'adeguatezza di detto nesso." (doc. I, p. 9). Infine, a proposito del danno, la ricorrente fa valere che il TCA dovrebbe "... predisporre una valutazione peritale giudiziaria al fine di stabilire, sulla base di una valutazione somatica come pure sulla base di una valutazione psichiatrica, il grado d'incapacità lavorativa addebitabile unicamente alla cronicizzazione dei disturbi fisici e di quelli psichici, ..." (doc. I, p. 9 s.). D'altro canto, nell'ottica di stabilire un valore litigioso provvisorio, ella sostiene che ci si dovrebbe fondare "... sui ragionamenti compiuti nell'ambito della responsabilità civile ...". In questo senso, l'assicurata osserva che "... se non fosse insorto il danno alla salute, (...) avrebbe potuto conseguire nell'anno 2010 presso la _____, suo ultimo datore di lavoro, un reddito lordo di CHF 65'000.- ossia un reddito netto annuo di CHF 56'550.- pari a: 65'000.- (65'000 x 13%). Per tenere conto nell'ambito RC dei fattori preesistenti e degli aspetti psichici, sono stati applicati i principi posti nella DTF 113 II 86 rispettivamente nella DTF 131 III 12 e si è quindi ritenuto che il reddito computabile in RC fosse il 30% del reddito netto annuo, conseguibile dall'assicurata nell'anno 2010. Il danno per perdita di guadagno netta, subito dall'assicurata in seguito all'incidente del 15.01.2013, ammonta a CHF 131'309.- (...)." (doc. I, p. 10). Inoltre, "considerato che non è stata riconosciuta dalla CO 1 all'assicurata un'indennità per menomazione all'integrità, s'impone di stabilire il danno a titolo di torto morale in CHF 30'000.- e di conseguenza la parte a carico della CO 1 sussistendo una colpa concomitante in misura del 50% dell'assicuratore LAINF è a tale titolo di CHF 15'000.-" (doc. I, p. 11). Infine, sempre secondo l'insorgente, "... deve essere pure tenuto conto del fatto che nell'ambito della pretesa risarcitoria era stato fatto valere il danno domestico, subito dalla mia mandante nel periodo dal 15.01.2003 al 30.09.2005 e dal 1.10.2005 al 28.02.2010. Per quanto concerne questa posta di danno si rinvia per semplicità alla pretesa fatta valere con scritto del 17.10.2011 indirizzato ad _____, di cui si allega copia, che costituisce parte integrante del presente gravame. Date queste premesse il danno domestico dal 15.01.2003 al 30.09.2005, nonché dal 01.10.2005 al 28.02.2010 ammonta complessivamente a CHF 122'836.- (= CHF 39'480 + CHF 83'356), e tenuto conto di una colpa concomitante del 50%, questa posta di danno a carico della Suva ammonta a CHF 61'418.-" (doc. I, p. 11).

1.8. L'CO 1, in risposta, ha chiesto che l'impugnativa venga respinta con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (doc. IV).

1.9. Nel mese di maggio 2015, RI 1 ha prodotto documentazione a sostegno della propria domanda di assistenza giudiziaria (doc. VI + allegati).

1.10. In data 18 giugno 2015, l'assicurata ha versato agli atti copia dell'istanza di conciliazione inoltrata alla Pretura di _____ nei confronti dell'assicuratore RC e, d'altra parte, ha chiesto che la lite venga denunciata alla _____, che vengano richiamati gli incarti relativi alla procedura risarcitoria da lei promossa, che si proceda all'audizione testimoniale del lic. iur. _____, dell'avv. _____ e dei signori _____ e _____, come pure che venga indetto un pubblico dibattito (cfr. doc. IX). L'amministrazione si è pronunciata in proposito il 29 giugno 2015 (cfr. doc. XI + allegati).

1.11. Il 25 giugno 2015, l'insorgente ha trasmesso a questo Tribunale copia dell'istanza di conciliazione presentata alla Pretura di _____ (territorialmente competente) e della relativa citazione (doc. XII + allegati).

1.12. In data 19 agosto 2015, l'assicurata ha confermato i mezzi di prova presentati nel giugno 2015 (doc. XV).

1.13. Nel mese di ottobre 2015, RI 1 ha informato il TCA di rinunciare alla chiamata in causa

della _____, come pure all'audizione dei testi _____ e _____. Inoltre, ella ha comunicato di avere nel frattempo concluso un accordo transattivo con la _____, con riconoscimento da parte di quest'ultima di fr. 80'000 a titolo di risarcimento danni e fr. 13'000 a titolo di costi e onorario di patrocinio. Al riguardo, ella ha precisato che sulla posta di danno casalingo è stata applicata una riduzione del 70%, ciò che consentirebbe di concludere che "... detto assicuratore RC aveva ritenuto una manifesta colpa concomitante della CO 1 per avere palesemente ed in modo del tutto ingiustificato procrastinato l'evasione della pratica LAINF (...). In effetti, detta pratica d'infortunio avrebbe potuto essere chiusa in 3½ od al massimo 4 anni, trattandosi delle conseguenze di un infortunio per "colpo di frusta" alla cervicale." (doc. XVI + allegati). in diritto 2.1. L'insorgente ha chiesto al TCA d'indire un pubblico dibattimento (cfr. doc. IX e doc. XV).

2.1.1. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto di essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi in proposito (DTF 129 II 497 consid. 2.2; 127 I 54 consid. 2b; 127 III 576 consid. 2c; 126 V 130 consid. 2a). Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende inoltre l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Secondo l'art. 6 CEDU ogni persona ha diritto ad un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta. L'obbligo di organizzare un pubblico dibattimento ai sensi di quest'ultima disposizione, presuppone che una corrispondente domanda sia stata formulata in maniera chiara e inequivocabile. Semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale - nella misura in cui si traducono in una richiesta di interrogatorio nel senso di una assunzione di prove, ma non invece se tendono a esporre il proprio punto di vista personale sulle risultanze probatorie davanti a un tribunale indipendente (STF 2C_100/2011 del 10 giugno 2011 consid. 2) - o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (DTF 122 V 47 consid. 3a). Confrontato con una richiesta di pubblico dibattimento, il giudice cantonale deve di principio darne seguito. Egli può tuttavia astenersi nei casi previsti dall'art. 6 § 1 seconda frase CEDU, ossia quando la domanda è abusiva, quando appare chiaramente che il ricorso è infondato, irricevibile o, al contrario, manifestamente fondato oppure quando l'oggetto litigioso concerne delle questioni altamente tecniche (cfr. DTF 122 V 47 consid. 3b). Nella DTF 136 I 279 consid. 3, il Tribunale federale ha però precisato che non è possibile rinunciare al pubblico dibattimento per il motivo che la procedura scritta sarebbe più adeguata per discutere una questione di natura medica, anche se l'oggetto del litigio verte essenzialmente sul confronto di pareri specialistici riguardanti lo stato di salute e l'incapacità lavorativa di un assicurato in materia di assicurazione per l'invalidità.

2.1.2. Nel caso di specie, secondo questo Tribunale, già a una prima lettura dell'atto ricorsuale, le pretese ivi fatte valere appaiono destinate ad essere respinte e, nella misura in cui si sostiene che il fatto di aver corrisposto troppo a lungo le prestazioni configurerebbe un atto illecito dell'amministrazione (cfr. il consid. 2.6.), persino fondate su argomenti al limite della temerarietà. Pertanto, in ossequio all'art. 6 § 1 seconda frase CEDU, sono dati i presupposti per rinunciare al pubblico dibattimento chiesto dall'assicurata.

2.2. L'oggetto della lite è circoscritto alla questione di

sapere se l'CO 1 era legittimato a respingere la domanda di risarcimento danni presentata da RI 1, oppure no. Secondo l'art. 78 cpv. 1 LPGA, gli enti di diritto pubblico, gli organismi fondatori privati e gli assicuratori rispondono, in qualità di garanti dell'attività degli organi d'esecuzione delle assicurazioni sociali, per i danni causati illecitamente a un assicurato o a terzi da parte degli organi d'esecuzione o dei loro funzionari. Le condizioni dell'azione di responsabilità sono l'esistenza di un danno, un atto illecito, ossia la violazione di una norma scritta o non scritta da parte dell'amministrazione, e un nesso di causalità tra i due (cfr. U. Kieser, *Haftung der Sozialversicherungsträger nach Art. 78 ATSG*, in *Sozialversicherungsrechtstagung 2013. – St. Gallen : Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis*, 2014, p. 116-121). L'art. 78 cpv. 1 LPGA istituisce una responsabilità causale e non presuppone dunque una colpa di un organo dell'istituto assicuratore (cfr. U. Kieser, *ATSG-Kommentar*, Zurigo 2009, n. 25 ad art. 78). La responsabilità é inoltre sussidiaria nel senso che essa può intervenire soltanto se la pretesa invocata non possa essere ottenuta attraverso le procedure amministrativa e giudiziaria ordinarie in materia di assicurazioni sociali oppure in assenza di una norma speciale di responsabilità del diritto delle assicurazioni sociali, come ad esempio gli articoli 11 LAI, 6 cpv. 3 LAINF o ancora 18 cpv. 6 LAM (cfr. DTF 133 V 14 consid. 5; Kieser, *ATSG-Kommentar*, n. 3 e 4 ad art. 78). Affinché una responsabilità secondo l'art. 78 LPGA possa essere ammessa, occorre dunque valutare se sussiste un atto illecito e, nell'affermativa, un danno come pure un legame di causalità tra questi due elementi. 2.3. La condizione dell'illiceità ai sensi dell'art. 3 cpv. 1 LResp (a cui rinvia l'art. 78 cpv. 4 LPGA), suppone che lo Stato, attraverso i suoi organi e i suoi agenti, abbia violato delle prescrizioni destinate a proteggere un bene giuridico. Un'omissione può pure costituire un atto illecito, a condizione che esistesse, al momento determinante, una norma giuridica che sanzionava esplicitamente l'omissione commessa o che imponeva allo Stato di prendere la misura omessa a favore del leso; un tale motivo di responsabilità presuppone dunque che lo Stato abbia una posizione di garante nei confronti del leso e che le prescrizioni determinanti la natura e l'estensione di questo dovere siano state violate. La giurisprudenza ha parimenti ritenuto illecita la violazione di principi generali del diritto (cfr. DTF 133 V 14 consid. 8.1 e riferimenti ivi citati), come ad esempio l'obbligo, per colui che crea una situazione di pericolo, di prendere i provvedimenti atti a prevenire un danno (cfr. DTF 89 I 483 consid. 6e). Se l'atto dannoso consiste nella violazione di un diritto assoluto (quale la vita o la salute, oppure il diritto di proprietà), l'illiceità é realizzata a priori, senza che sia necessario verificare se e in quale misura l'autore abbia violato una specifica norma di comportamento. Al riguardo, si parla d'illiceità nel risultato. Se, per contro, l'atto dannoso consiste in una violazione di un altro interesse (ad esempio, il patrimonio), l'illiceità presuppone che l'autore abbia violato una norma di comportamento avente lo scopo di proteggere il bene giuridico in questione. Eccezionalmente, l'illiceità dipende dalla gravità della violazione. Ciò é il caso se l'illiceità risulta da un atto giuridico (una decisione, una sentenza). In questo caso, la violazione di una prescrizione importante dei doveri di funzione é di per sé suscettibile d'impegnare la responsabilità dello Stato (cfr. DTF 132 II 317 consid. 4.1, 123 II 582 consid. 4d/dd). A titolo di esempio, il Tribunale federale ha qualificato d'illecito il fatto che, contrariamente alla prescrizione di cui all'art. 85bis cpv. 2 OAI, un ufficio AI abbia omesso di trasmettere al datore di lavoro il formulario per la restituzione d'anticipi, nonostante che il datore di lavoro avesse informato l'ufficio che desiderava riceverne un esemplare (cfr. DTF 133 V 14). In una sentenza 5A.8/2000 del 6 novembre 2000 consid. 3, riguardante il caso di un'assicurata che pretendeva un indennizzo di fr. 50'000 a titolo di riparazione morale per il

ritardo con il quale era stata trattata la sua domanda di riqualifica professionale in ambito AI, il Tribunale federale ha ammesso che il ritardo ingiustificato a decidere costituisce un atto illecito e che può ledere la personalità, esprimendo le seguenti considerazioni a proposito della misura del relativo risarcimento: " (...). Le retard injustifié à statuer constitue un acte illicite (ATF 107 Ib 155 consid. 2 et 3 p. 158 s. et 160 consid. 3d p. 166; Egli, L'activité illicite du juge, cause de responsabilité pécuniaire à l'égard des tiers, in *Hommage à Raymond Jeanprêtre*, p. 18, ch. 4.3). Il peut en outre porter atteinte à la personnalité. Cependant, d'après l'art. 6 al. 2 LRFC, la Confédération ne doit en répondre qu'en cas de faute du fonctionnaire et pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur n'ait pas donné satisfaction à l'intéressé autrement. A cet égard, toute procédure induit des conséquences d'ordre tant psychologique que financier, d'autant plus lorsqu'elle porte, comme en l'espèce, sur un problème de reclassement professionnel. Même si elles peuvent être importantes, ces répercussions liées à l'incertitude de l'issue et de la durée de la procédure doivent être supportées par le justiciable (arrêt non publié du 18 février 2000 dans la cause 5A. 27/1999, consid. 4). Dans le cas particulier toutefois, les autorités n'ont pas conduit la procédure avec toute la célérité requise et ont ainsi exposé la recourante à des désagréments en partie inutiles, dans une cause qui revêtait au demeurant une importance certaine pour elle. En admettant que cette atteinte à la personnalité soit grave, elle se trouve compensée par le constat des retards injustifiés des organes de la Confédération. La constatation du comportement illicite constitue en effet une forme de réparation (ATF 122 IV 103 consid. I/4 p. 111; Mark Villiger, *Handbuch der Europäischen Menschenrechtskonvention*, 2e éd., n. 243 p. 155 s.; Max Sidler, *Die Genugtuung und ihre Bemessung*, in: *Schaden, Haftung, Versicherung*, Bâle 1999, n. 10.40). Il se justifie en outre de tenir également compte de la violation du principe de la célérité, en réglant spécialement les frais et dépens de la présente procédure (cf. infra, consid. 4) et en libérant la recourante du paiement de l'émolument judiciaire mis à sa charge par le Département. Le chiffre deux du dispositif de la décision attaquée doit ainsi être annulé, ce qui rend sans objet le chef de conclusions subsidiaire fondé sur l'absence de base légale des frais perçus. On peut néanmoins préciser qu'il paraît douteux que celle-là existe (ATF 125 I 173 consid. 9 p. 179 ss). La réparation morale ne saurait aller au-delà de ces mesures. De ce point de vue, le recours est dès lors mal fondé." 2.4. Il danno giuridicamente riconosciuto consiste nella diminuzione involontaria del patrimonio. Esso corrisponde alla differenza tra l'ammontare attuale del patrimonio del leso e l'ammontare che avrebbe questo stesso patrimonio qualora l'atto dannoso non si fosse prodotto (DTF 128 III 22 consid. 2e/aa; 127 III 73 consid. 4a, 403 consid. 4a, 543 consid. 2b). Il danno può presentarsi sotto forma di una diminuzione dell'attivo, di un aumento del passivo, di un mancato aumento dell'attivo oppure di una mancata diminuzione del passivo (DTF 128 III 22 consid. 2e/aa). La nozione di danno nell'ambito del diritto pubblico della responsabilità é di principio uguale a quella vigente nel diritto privato (cfr. STF 2A.362/2000 del 10 dicembre 2001 consid. 3.3 e i riferimenti ivi menzionati). Nel diritto della responsabilità civile, i costi che la vittima sopporta per la consultazione di un avvocato prima dell'apertura del processo civile, nella misura in cui questo passo sia necessario e adeguato, possono costituire una posta del danno, a condizione che essi non siano stati inclusi nelle ripetibili. Ciò vale anche per i costi risultanti da un'altra procedura, come per esempio una procedura penale. Se questa procedura permette d'ottenere delle ripetibili, non é più possibile far valere una pretesa di risarcimento dei costi di patrocinio nel quadro di un'ulteriore azione di responsabilità civile (DTF 4C.51/2000 del 7 agosto 2000 consid. 2 pubblicato in SJ 2001 I 153; DTF 117 II 101

consid. 5; 112 Ib 353 consid. 3a). 2.5. La responsabilità ex art. 78 LPGA presuppone infine la dimostrazione dell'esistenza di un nesso di causalità naturale e adeguata. Il nesso di causalità adeguata è dato se, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza generale della vita, l'agire illecito è atto a causare oppure a favorire il risultato che si è effettivamente prodotto (cfr. Kieser, ATSG-Kommentar, n. 30 ad art. 78). La relativa giurisprudenza non è oltremodo rigida. Non è richiesta una prova rigorosa ma è sufficiente che il tribunale maturi la convinzione che un determinato andamento dei fatti s'impone con verosimiglianza preponderante (cfr. Kieser, Haftung ..., p. 120). Il nesso di causalità adeguata può essere escluso, ovvero interrotto, quando un'altra causa concomitante - la forza maggiore, la colpa di un terzo oppure la colpa della vittima - costituisce una circostanza assolutamente eccezionale o appare straordinaria al punto tale da non essere prevedibile. Di per sé, l'imprevedibilità dell'atto concomitante non è sufficiente per interrompere il rapporto di causalità adeguata. È inoltre necessario che questo atto abbia un'importanza tale da imporsi quale causa più probabile e più immediata dell'evento considerato, relegando in secondo piano tutti gli altri fattori che hanno contribuito a produrlo, in particolare il comportamento dell'autore (DTF 133 V 14 consid. 10.2 e riferimenti ivi citati). 2.6. Nella concreta evenienza, la ricorrente sostiene che, con il proprio agire, l'istituto assicuratore resistente le avrebbe causato un danno alla salute psichica e neuropsicologica, di cui ora chiede il risarcimento nella forma di un indennizzo della perdita di guadagno, del danno domestico e del torto morale. Questa Corte constata che gli atti illeciti che la ricorrente imputa all'CO 1, consistono essenzialmente in omissioni. In effetti, l'assicurata rimprovera all'assicuratore di non aver chiuso il suo caso d'infortunio a tempo debito e di non aver disposto accertamenti medici, perlomeno sino alla perizia della cui esecuzione è stato incaricato il _____ di _____ (cfr. doc. I, p. 6: "Non c'è chi non veda come l'aver i funzionari della CO 1 omesso di prendere in casu tempestivamente le necessarie misure volte ad evitare una cronicizzazione dei disturbi accusati dall'assicurata, abbia contribuito ad un peggioramento dello stato di salute." – il corsivo è del redattore). Ora, se è vero che, come lo sostiene l'insorgente (cfr. doc. I, p. 5), quando il fatto dannoso consiste nella lesione di un diritto assoluto, qual'è la vita o la salute umana, l'illiceità è data a priori (cosiddetta "illiceità nel risultato" - cfr. STF 8C_510 del 3 ottobre 2008 consid. 7.1 e riferimenti ivi menzionati), è però altrettanto vero che, in determinati casi, nonostante si sia in presenza di una lesione di un diritto assoluto, la questione della violazione di un dovere deve essere esaminata, come ad esempio in caso di danno provocato da un'omissione (cfr. G. Biaggini, I. Häner, U. Saxer, M. Schott (ed.), Verwaltungsrecht, Zurigo 2015, p. 1231 n. 29.87). Fatta questa premessa, il TCA rileva che la ricorrente rimprovera innanzitutto all'amministrazione una violazione del principio di celerità, nella misura in cui essa avrebbe tenuto "aperta" troppo a lungo la sua pratica d'infortunio - ben 7 anni, anziché 3 ½, al massimo 4 anni –, ciò che avrebbe comportato una cronicizzazione dei disturbi fisici e psichici. Riferendosi a quanto sarebbe emerso nel quadro delle trattative con l'assicuratore RC, trattandosi di un infortunio di media gravità, il danno alla salute da lei riportato in quell'occasione avrebbe dovuto essere "... considerato solo per 3 ½ anni al massimo per 4 anni in relazione di causalità ..." (cfr. doc. I, p. 7). Chiamato a pronunciarsi in proposito, questo Tribunale constata innanzitutto che non vi è alcuna norma legale che imponga a un assicuratore d'interrompere il versamento delle proprie prestazioni trascorso un determinato periodo di tempo, e non potrebbe essere altrimenti visto che la relativa decisione dipende dalle peculiarità di ogni singola fattispecie, segnatamente dal decorso del danno alla salute. Inoltre e soprattutto, l'atteggiamento della ricorrente risulta palesemente contraddittorio,

tanto da apparire pretestuoso, nella misura in cui, in questa sede, rimprovera all'istituto assicuratore di non aver chiuso anticipatamente il proprio caso d'infortunio (ciò che avrebbe contribuito a cronicizzare i disturbi alla salute) mentre, con il suo ricorso del 14 febbraio 2012, aveva chiesto che l'CO 1 riconoscesse l'esistenza di un nesso di causalità naturale e adeguata con l'evento assicurato anche dopo il 18 febbraio 2010 e, quindi, il suo ulteriore obbligo a prestazioni (cfr. doc. 441, p. 22: "... , è fatto ordine alla CO 1 di ripristinare con effetto retroattivo al 1.03.2010 il versamento delle indennità giornaliere."). In questo contesto, è pure utile ricordare che, nel novembre 2005, trascorsi poco meno di tre anni dall'infortunio, l'amministrazione aveva comunicato la propria intenzione di dichiarare estinto il diritto alle prestazioni con effetto immediato (cfr. doc. 182). A fronte delle obiezioni sollevate dall'allora patrocinatore dell'assicurata , il quale aveva in particolare richiamato il parere espresso dal Prof. dott. _____ e preannunciato la produzione di una perizia pluridisciplinare di parte (cfr. doc. 184), l'CO 1 aveva però soprasseduto alla chiusura del caso (e continuato a corrispondere le prestazioni). Ora, nel caso concreto, è possibile che il caso d'infortunio avrebbe potuto essere chiuso precedentemente, a dipendenza del momento in cui lo stato di salute infortunistico si è stabilizzato (è infatti soltanto a quel momento che, secondo la giurisprudenza federale, si può procedere all'esame dell'adeguatezza, in presenza di disturbi che non trovano sufficiente giustificazione sul piano oggettivo). Tuttavia, il fatto che l'assicuratore convenuto abbia riconosciuto il proprio obbligo a prestazioni sino al febbraio 2010, a tutto vantaggio dell'assicurata, non può (ovviamente) essere giudicato un atto illecito ai sensi della giurisprudenza citata al considerando 2.3., di modo che non può neppure essere ammessa una sua responsabilità giusta l'art. 78 LPGa. Visto quanto precede, questo Tribunale non ritiene che sia necessario procedere all'audizione testimoniale del lic. iur. _____, incaricato dall'_____ di liquidare il danno patito dalla ricorrente, e dell'avv. _____, responsabile del Settore regressi dell'CO 1. 2.7. Quale altro atto illecito commesso dall'amministrazione, RI 1 invoca la circostanza che essa avrebbe ommesso di disporre i necessari accertamenti medici (cfr. doc. I, p. 8). Al riguardo, il TCA osserva che, secondo l'art. 43 cpv. 1 LPGa, l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. In base all'art. 43 cpv. 1 LPGa, la messa a disposizione delle basi mediche della decisione, spetta dunque in primo luogo all'assicuratore sociale. Al riguardo, esso decide con quali mezzi va accertata la fattispecie giuridicamente rilevante. L'amministrazione gode di un ampio margine d'apprezzamento nel decidere se in base agli atti a disposizione si può già procedere a una valutazione giuridicamente sufficiente oppure se sono indicati ulteriori accertamenti, come pure nel scegliere il tipo di accertamento da eseguire (cfr. STF 8C_828/2013 del 19 marzo 2014 consid. 2.1, 8C_733/2010 del 10 dicembre 2010 consid. 5.2 e 9C_28/2010 del 12 marzo 2010 consid. 4.1). Secondo la giurisprudenza, deve essere considerato come illecito il fatto, per un funzionario, di commettere un eccesso oppure un abuso qualificato del potere d'apprezzamento che gli è conferito dalla legge (" im Sinne eines qualifizierten Ermessensfehlers "; cfr. STF 2C_1150/2014 del 9 giugno 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). In definitiva , l'illiceità del comportamento di un funzionario nell'esercizio del potere decisionale presuppone dunque un'inosservanza qualificata, che non si realizza per il semplice fatto che una decisione si rivela a posteriori priva di fondamento oppure contraria alla legge (cfr. DTF 120 Ib 248 consid. 2b, 118 Ib 163 consid. 2, 112 Ib 446 consid. 3b). Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a disposizione, questo Tribunale non ravvede nell'agire dell'CO 1 alcun errore, men che

meno qualificato, in relazione all'accertamento della fattispecie. In effetti, va rilevato che, a breve distanza dall'infortunio, l'insorgente è stata sottoposta a una TAC cervicale, che non ha evidenziato alterazioni di rilievo (cfr. doc. 19). Quindi, in occasione della visita fiduciaria di controllo del 4 luglio 2003, il chirurgo ortopedico dott. _____ ha disposto l'esecuzione di un'artro-TAC della spalla destra (risultata nella norma – cfr. doc. 60), di un soggiorno di riabilitazione presso il _____ di _____ (che ha avuto luogo dal 14 luglio all'8 agosto 2003 – cfr. doc. 69), come pure la prosecuzione della presa a carico psicologica (cfr. doc. 55, p. 2). Nell'ottobre 2003, l'assicurata ha consultato il Prof. dott. _____, responsabile della chirurgia vertebro-midollare presso la _____ di _____, il quale ha ordinato una mielo-TAC (cfr. allegato al doc. 105), esame che non ha mostrato nulla di particolare, eccezion fatta per una minima anterolistesi a livello C6/C7 (cfr. doc. 110). A margine del consulto del 30 agosto 2004, il Prof. dott. _____, responsabile del Centro per la terapia del dolore presso la _____, ha poi dichiarato di non aver alcun dubbio circa il fatto che la ricorrente soffriva di una sindrome miofasciale con cefalea cervicogenica, consigliando quindi di continuare con la fisioterapia (doc. 146, p. 2). Ora, dati questi presupposti, è comprensibile che l'istituto resistente si sia astenuto dal disporre ulteriori accertamenti radiologici (in questo senso, si veda anche la sentenza 35.2012.12 del 9 aprile 2014 consid. 2.16., in cui questa Corte ha giudicato di particolare rilievo "... la circostanza che le indagini strumentali eseguite nei mesi successivi all'infortunio non abbiano posto in luce alcunché di patologico a livello del rachide cervicale, proprio perché, a quel momento, le conseguenze del preteso trauma midollare avrebbero dovuto essere particolarmente ben visibili."). È vero che, da più parti (in primo luogo, dal Prof. _____), era stato auspicato che l'assicurata si sottoponesse a una risonanza magnetica cervicale. Così come è già stato sottolineato nella pronuncia appena menzionata, non era però stato possibile eseguire tale esame, in quanto ella è portatrice di un bendaggio gastrico con sonda in acciaio (cfr. inoltre il doc. 91). Del resto, la scelta dell'assicuratore di non ordinare ulteriori esami si è rivelata corretta anche a posteriori, visto che, sebbene RI 1 si sia nel prosieguo sottoposta, di sua iniziativa, a un'infinità di accertamenti (ripetute TAC cervicali, potenziali evocati multimodali, esami elettrofisiologici, ecc.), la sintomatologia denunciata dalla stessa è (sempre) rimasta priva di sostrato organico oggettivabile (cfr. STCA 35.2012.12 consid. 2.16.). Per quanto attiene invece alla pretesa assenza di una valutazione medica pluridisciplinare, secondo il TCA, all'assicuratore non può in realtà essere rimproverata alcuna omissione. Dalle tavole processuali si evince in effetti che, successivamente all'evento infortunistico, le condizioni di salute dell'insorgente sono state indagate da ogni possibile profilo (radiologico [cfr. doc. 19, 60 e 110], neurologico [cfr. doc. 14, 98 e 154], ortopedico [cfr. doc. 85, 95 e 170], reumatologico [doc. 100], psichiatrico [doc. 146] e della terapia del dolore [doc. 171]). Alla luce di quanto precede, non può dunque essere preteso che, sino alla perizia pluridisciplinare affidata al _____ di _____ (nel gennaio 2009), la sintomatologia lamentata dalla ricorrente non sarebbe stata adeguatamente approfondita. Gli atti testimoniano infatti del contrario e dimostrano inoltre che, proprio in base alle risultanze di questi accertamenti, era stata impostata la terapia. In questo contesto, merita di essere nuovamente sottolineato che, sino alla chiusura del caso, RI 1 ha ininterrottamente beneficiato delle prestazioni assicurative (cura medica e indennità giornaliera). Anche in questo caso, facendo difetto un atto illecito, non può essere ammessa una responsabilità dell'istituto resistente fondata sull'art. 78 LPGA. 2.8. Con il proprio ricorso, l'insorgente rimprovera infine all'CO 1 di aver tardato nel pagare le indennità giornaliera durante un

determinato periodo, ciò che avrebbe influito negativamente sul suo stato psichico (cfr. doc. IX, p. 4). In proposito, va rilevato, in occasione di un incontro avvenuto il 13 novembre 2007, l'amministrazione stessa ha ammesso che da parte del funzionario incaricato vi era stata una gestione "poco professionale" della pratica (cfr. doc. 235). Da un esame della documentazione agli atti risulta che, in due occasioni – il 23 luglio (cfr. doc. 222) e il 21 settembre 2007 (cfr. doc. 225) –, l'assicurata si era in effetti vista costretta a sollecitare il pagamento dell'indennità giornaliera (altri solleciti sono stati necessari affinché l'assicuratore le trasmettesse il formulario per annunciare il sinistro occorso nel dicembre 2006). Ora, qualora fosse provato che l'addebito imputato all'istituto assicuratore ha effettivamente pregiudicato lo stato di salute psichica dell'assicurata, data la lesione di un diritto assoluto, occorrerebbe ammettere l'esistenza di un atto illecito (cfr. la giurisprudenza citata al considerando 2.6.). Questo Tribunale non ritiene però che ciò sia il caso. In effetti, dalle carte processuali non emerge alcun elemento a dimostrazione del fatto che il pregiudizio alla salute fatto valere da RI 1 sarebbe conseguenza, anche solo parziale, proprio dei ritardi con cui, in alcune circostanze, ella ha percepito l'indennità giornaliera. Al proposito, va osservato che, nell'ambito della perizia pluridisciplinare elaborata presso il _____ di _____, lo psichiatra dott. _____ ha proceduto a un esame approfondito dello stato psichico dell'insorgente. Per quanto riguarda la patogenesi dell'affezione, il dott. _____ ha segnalato che "l'incidente del 2003 si è verificato in questo periodo di crisi personale, di percezione dei propri bisogni, dell'ammissione a se stessa degli anni fuggiti e delle nuove prospettive professionali del nuovo ambiente e dopo aver scelto consapevolmente il bendaggio gastrico, rifiutato dal marito, con un corrispondente calo ponderale. L'incidente e le relative conseguenze hanno interrotto questo processo verso l'autonomia della perizianda e hanno nuovamente scosso il rapporto con la sua immagine di sé. Si deve presumere che in questa situazione siano venute meno anche le possibilità di compensazione alla base dei tratti di personalità narcisistica-insicura di sé. Andavano rimossi anche probabili desideri di dipendenza latenti e inconsci ora non più adeguati. Da un punto di vista psicodinamico si presume che le strane "perdite di coscienza" o alterazioni sensoriali, siano di tipo dissociativo. Per la perizianda stessa i dolori rappresentano di fatto prima di tutto la causa della sua profonda disperazione e della "perdita di controllo"; lei oscilla tra resistenza e adattamento alla sua situazione. (...). Sulla base dell'anamnesi, del decorso e dei riscontri dei diversi specialisti qui allo _____ e anche in precedenza, è più probabile la presenza di un disturbo di personalità combinato piuttosto che una semplice accentuazione dei tratti di personalità. Già dalla sua infanzia, quindi prima dell'infortunio del 2003, la perizianda presentava una particolare relazione con la propria persona con un disturbo del comportamento alimentare fin dalla giovinezza e un disturbo nei confronti delle proprie persone di riferimento." (doc. 340, p. 30 ss.). Nemmeno dalla perizia pluridisciplinare SAM del 21 maggio 2010, risultano peraltro elementi atti a supportare quanto sostenuto dalla ricorrente. In queste condizioni, considerato che lo stato di salute psichica di RI 1 è già stato in passato oggetto di approfondite valutazioni specialistiche, il TCA ritiene di potersi esimere dall'ordinare l'atto istruttorio da lei richiesto (perizia giudiziaria). In esito a tutto quanto precede, non essendo dimostrata, con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra i ritardi nel percepimento dell'indennità giornaliera e il danno alla salute (cosicché può rimanere aperta la questione riguardante l'adeguatezza del nesso causale), non può parimenti essere ammessa una responsabilità dell'CO 1 fondata sull'art. 78 LPGA. 2.9. Deve ancora essere verificato se la ricorrente può essere posta al beneficio

dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, p. 12 s.). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato é necessario o perlomeno indicato e se il processo non é palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA U 220/99 del 26 settembre 2000; RAMI 1994 p. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251). 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 accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005; STFA I 173/04 del 10 agosto 2005; STFA I 422/04 del 29 agosto 2005; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b). Nel caso concreto, visti i chiari principi che risultano dalla giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino, al patrocinatore di RI 1 doveva apparire evidente che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito. In queste condizioni, non essendo adempiuto uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso é respinto . 2. L'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria è respinta . 3. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 4. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente
Cattaneo Il segretario Daniele
Gianluca Menghetti

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