

TI_GERICHTE 35.2001.7 vom 9. Oktober 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-10-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2001.7

FR: TI_GERICHTE 35.2001.7 du 9 octobre 2000

IT: TI_GERICHTE 35.2001.7 del 9 ottobre 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 6

Februar 2000. Schon der Ablauf der Geschehnisse am 6. Februar 2000 spricht gegen eine wahnhafte Verkennung der Situation. Die seit Juli im Nachgang zum Tode ihres Vaters depressive und in Behandlung stehende Versicherte brach nach Weihnachten 1999 den Kontakt zu ihrem Verlobten praktisch ab und traf ihn am Morgen des 6. Februar 2000, wobei diese Begegnung nicht glücklich verlief. Wegen dieser Enttäuschung reifte in Frau _____ die Idee, sich zu suizidieren. Daher trug sie sich schon am Vormittag mit dem Gedanken, sich von einem Parkhaus zu stürzen. Sie sah dann aber davon ab und kehrte nach Hause zurück. Sie nahm ein Kabel aus der in Auto liegenden Werkzeugkiste, schrieb einen Abschiedsbrief, liess ein Bad ein, holte ein Rüstmesser aus der Küche und begann sich die Pulsadern links aufzuschneiden, worauf sie in die Wanne stieg. Dort begann das Blut allmählich zu stocken, da sie glücklicherweise nicht die Arteria radialis, sondern wohl nur eine Vene und zwei Sehnen ganz oder teilweise durchschnitt. Darauf begann sie sich mit dem bereitgestellten Kabel zu strangulieren. Danach oder davor brachte sie sich auch Schittverletzungen am Hals bei. Wegen einer körperlichen Schwäche und wohl auch, weil sie nicht mehr sterben wollte, rief sie dann die Polizei an. Dieser über mehrere Stunden sich abspielende Suizidversuch war in Anbetracht der Lebensumstände sicher unverhältnismässig, aber beileibe nicht unsinnig. Im Verlauf des Tages hat sich der Suizidimpuls möglicherweise auch verstärkt oder war gewissen Schwankungen unterworfen, welche eventuell Widerstreitenden innerseelischen Erwägungen entstammte. So war der Versicherten ein Sprung vom Parkhaus Balestra mutmaßlich zu endgültig. In der Folge war sie aber immer wieder zu besonnenen Handlungen fähig, etwa dann, als sie den Abschiedsbrief verfasste oder nach Abbruch ihres Suizidversuchs die Polizei benachrichtigte. Insgesamt war ihr Vorgehen also durchaus von langer Hand geplant und beinhaltete sogar gewisse Absicherungen wie etwa das Bereitlegen des erwähnten Kabels. Den vorliegenden Fall müsste man allerdings anders beurteilen, wenn die Versicherte sich beispielsweise vor oder nach dem Verlassen der Badewanne aus dem Fenster gestürzt hätte, also ein zuvor nicht geplanter Handlungsstrang plötzlich, unmittelbar und elementar das planvolle Handeln durchbrochen hätte. Zusammenfassend lag zum Zeitpunkt des Tentamen suicidii weder eine Geisteskrankheit noch so etwas wie ein "Raptus melancholicus" vor, der hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt sei; nicht nur, weil er extrem selten ist, sondern weil er weder von der Versicherten selbst noch von sonst jemandem geltend gemacht wird und ohnehin bei der erwähnten Konstellation nicht möglich wäre, wird darunter doch eine plötzliche Erregung verstanden, die unvermittelt aus einem Zustand schwerer depressiver

Hemmung herausbricht. An jenem Tag war die Versicherte aber nie schwer depressiv gehemmt. Damit ist eine den Geisteskrankheiten ähnliche oder gleichwertige Herabminderung oder Veränderung psychischer Funktionen natürlich nicht völlig ausgeschlossen, aber nur wenig möglich und sicher nicht überwiegend wahrscheinlich, weshalb die Voraussetzungen des Art. 48 UVV nicht erfüllt sind und die Vorfälle im Verlauf des 6. Februar 2000 im Rahmen der psychischen Grunderkrankung, nämlich der Depression, betrachtet werden müssen " (doc. _). Fra gli atti all'inserto figurano pure le certificazioni stilate dall'allora psichiatra curante di _____, la dott.ssa _____.

Con referto del 22 agosto 2000, indirizzato al Servizio medico fiduciario de La _____, la succitata psichiatra ha affermato - per quanto qui d'interesse - che l'assicurata, al momento dell'atto, si trovava "... in uno stato alterato di coscienza (psicosi depressiva), ciò che le impediva di determinarsi ragionevolmente trasformando il suo senso di realtà; ciò si conferma dalla dinamica violenta e compulsiva dell'atto e dal fatto che in stato di remissione la paziente si senta emotivamente e psichicamente del tutto estranea all'atto stesso" (doc. _). In data 3 ottobre 2000 - interpellata dal patrocinatore della qui insorgente - la dott.ssa _____ ha segnatamente dichiarato che è "difficile dire se al momento dell'atto suicidale la capacità di intendere e di volere sia stata totale o solo gravemente ridotta. Di certo la motivazione che ha spinto la paziente al suicidio nasceva da un'interpretazione e da un vissuto delirante della propria persona nell'ambito della grave depressione" (doc. _).

2.9. Allo scopo di finalmente chiarire la situazione - segnatamente di stabilire se, al momento del tentamen , _____ fosse completamente privata della facoltà di agire ragionevolmente - lo scrivente TCA ha ordinato una perizia psichiatrica, affidandone l'allestimento alla dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. VI). Dopo aver descritto l'anamnesi della ricorrente ed averne puntualmente ricostruito i dati soggettivi (cfr. X, p. 7-10), la dott.ssa _____ ha posto le diagnosi seguenti: " - Disturbo bipolare, attualmente in remissione - Stato dopo mancato suicidio con arma da taglio - Stato dopo ferite da taglio e punta in regione sopra clavare destra e sinistra con emotorace sinistra e pneumomediastino a destra - Stato dopo ferite al polso sinistro con lesione del tendine m. palmaris longus e flexor carpi radialis." (X, p. 11). Si dirà immediatamente che il perito giudiziario si è dissociato dalla tesi difesa dal medico fiduciario de La _____ (cfr. consid. 2.8.), sostenendo che, al momento dell'atto, l'assicurata era in preda ad un episodio depressivo grave con manifestazioni psicotiche nel quadro di un disturbo bipolare, patologia che l'aveva privata totalmente (cfr. la precisazione di cui a XIII) del discernimento: " 1) È vero che la ricorrente è affetta da psicosi bipolare? In caso di risposta affermativa, descriva il perito tale tipo di affezione . Si la peritanda soffre di una psicosi bipolare. Oggi, secondo il DSM-IV, questa malattia viene denominata disturbo bipolare. Questa malattia comporta fasi maniacali alternate a fasi depressive. Durante le fasi maniacali l'umore é espanso, il paziente si presenta iperattivo fino all'agitazione psicomotoria nei casi più gravi, diminuito bisogno di sonno, maggiore loquacità, accelerazione del pensiero, distraibilità, eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose. Nella fase depressiva l'umore è depresso per la maggior parte della giornata, c'è una marcata diminuzione d'interesse e piacere, perdita di peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, faticabilità o mancanza d'energia, sentimenti di autosvalutazione o di colpa (che possono essere deliranti), ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico. Il DSM-IV distingue (e ne fissa i parametri di valutazione) se la malattia psichica in quella fase di manifestazione debba

considerarsi lieve, moderata o grave. In quest'ultima categoria distingue altresì se sono presenti o meno manifestazioni psicotiche. Per manifestazioni psicotiche si intendono deliri o allucinazioni che possono essere congrui con l'umore (il contenuto è coerente con i tipici temi depressivi: inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, ecc.) o incongrui all'umore (il contenuto non coinvolge i tipici temi depressivi). Quindi la diagnosi completa al momento dei fatti secondo il DSM-IV è la seguente: Disturbo bipolare I, più recente episodio depressivo grave con manifestazioni psicotiche congrue all'umore. 2) Con riferimento all'episodio suicidiale 6.2.2000 che ha visto protagonista la ricorrente, indichi il perito giudiziario: 2.1) Al momento dell'atto si è trovata essa in uno stato alterato di coscienza che le impediva di determinarsi ragionevolmente? Sì, al momento dell'atto la peritanda si trovava in uno stato alterato di coscienza nel senso che il suo pensiero era delirante e centrato sull'idea del suicidio. Tutto il pensiero della signora era rivolto all'attuazione del gesto autolesivo e non era in grado di essere critica né riguardo a ciò che stava pensando né a ciò che stava agendo. 2.2) Era essa totalmente incapace di agire ragionevolmente? Se per "ragionevolmente" s'intende la capacità di valutare il gesto che si va compiendo, la sua portata, i suoi effetti, la peritanda era incapace di agire ragionevolmente. D'altra parte pensare in modo ossessivo al suicidio, pianificarne le mosse ed i tempi, avere come unico scopo il suicidio non è certo "ragionevole": una simile modalità di pensiero trova spiegazione nel riconoscimento di uno Stato di malattia, la depressione grave con sintomi psicotici, che pregiudica la capacità di giudizio. La peritanda per un mese intero pensa e pianifica il suo suicidio, perché non dobbiamo dimenticare che tale doveva essere nel suo pensiero cioè senza possibilità di salvezza: come già detto questo è un "mancato" suicidio e non un "tentato" suicidio" (X, p. 17-18; cfr., pure, risposta ai quesiti n. 1 e 2 di parte convenuta). L'esperta designata da questa Corte ha pure saputo esporre, in maniera articolata e persuasiva, i motivi che l'hanno portata a concludere che _____ lamentava una depressione innestata su un disturbo psicotico (disturbo bipolare), che l'aveva privata, al momento dell'atto, della facoltà di agire ragionevolmente: " (...) Si tratta di una giovane donna che soffre da anni di un disturbo psichiatrico grave, disturbo bipolare tipo I (DSM-IV Diagnostic Statistical Manual della American Psychiatric Association), non ben diagnosticato inizialmente e conseguentemente non trattato in modo adeguato fino al momento del ricovero presso la clinica _____. La peritanda ha una familiarità depressiva importante: nei collaterali materni si riscontrano casi di depressione e tentati suicidio. La madre stessa, dopo la nascita delle gemelle, sembra aver sofferto di un periodo depressivo o di un disagio psichico importante tale da non potersi occupare delle bambine. Delle due gemelle una si suicida: è possibile ipotizzare che soffrisse di una patologia depressiva o quanto meno di una patologia psichiatrica grave. Si sa che la presenza nei familiari diretti di un disturbo depressivo aumenta il rischio di ammalare di depressione, sia nel senso di una depressione maggiore che di un disturbo bipolare. Ciò significa che l'attenzione allo sviluppo di un disturbo psichico in questo soggetto abbisogna di particolare attenzione. Intorno ai 18 anni sviluppa un'anoressia: possiamo ipotizzare, in base alla storia di malattia della peritanda, che quest'episodio sia una forma di depressione espressa con modalità diverse. Siamo ancora nell'area dell'adolescenza e le modalità di espressione della malattia possono assumere le caratteristiche di anoressia che è comunque un sforzo di annullamento. La modalità di pensiero caratteristica dell'anoressia ricomparirà in occasione della depressione che ha esitato nel tentato suicidio del febbraio 2000. Nel 1988 muore la sorella suicida: è un evento grave, inaspettato, condotto con determinismo, senza prova d'appello. La sorella era

infermiera psichiatrica. Tutto ciò è importante poiché condiziona il pensiero della peritanda riguardo la malattia e al suicidio: della malattia si muore (quindi non si guarisce) e il suicidio è un gesto definitivo. Nel 1990 si ammala di depressione: in quest'occasione c'è un tentativo di suicidio non così grave da necessitare le cure ospedaliere: è in ogni modo un segnale del disagio di cui soffre, una richiesta d'aiuto. E' il padre che raccoglie la richiesta e le sta vicino sostenendola affettuosamente. Si fa comunque curare da uno specialista, ma la cura le sembra troppo impegnativa nel senso che la intontisce, la seda eccessivamente. Seguono diversi altri tentativi di trattamento, ma questi non sembrano efficaci: la peritanda sembra mostrare episodi depressivi puri senza episodi maniacali o ipomaniacali per cui farmacologicamente non viene prescritto un medicamento atto a stabilizzare l'umore, vale a dire in grado di contenere in intensità sia le fasi depressive che maniacali permettendo, al contempo, di diradare gli episodi di malattia. Per cui la patologia si ripresenta quasi in modo inesorabile, potremmo dire: il vissuto della paziente è pesante, il limite che la malattia impone è gravoso, "ti porti la morte addosso" le dicono; le cure perdono senso perché non garantiscono la guarigione, ma solo periodi liberi da sintomi in attesa della successiva ricaduta. Così in quest'ultimo episodio la peritanda non crede più nella possibilità di cura e di miglioramento: vuole fare da sola, in modo onnipotente vuole sconfiggere la malattia. Il peggioramento delle condizioni psichiche, però, la inducono a chiedere aiuto: chiama lo specialista e si fa prescrivere una terapia. Ma la medicazione sembra non essere efficace, anzi la peritanda descrive il periodo trascorso a casa caratterizzato da un estremo immobilismo e apatia. I suoi pensieri si chinano ossessivamente sui sentimenti di colpa riguardo alla sorella, quanto avrebbe potuto fare e non ha fatto; quanto avrebbe potuto capire e non ha compreso; avrebbe dovuto impedire che compiesse questo gesto così definitivo; lei che era infermiera psichiatrica non ce l'ha fatta nei confronti della malattia; di colpa nei riguardi della madre perché anche questa figlia, la peritanda, è ammalata. Il suo corpo non le piace, lo avverte come sformato, brutto, grasso. Ha paura si possa trasformare, allargare. Comincia a pensare di non voler più vivere con la malattia, con "questa" malattia. E allora: _____, la via di fuga, la porta d'uscita dalla malattia, costi quel che costi compresa la vita. Ed inizia a cercare il modo, quello più efficace che significa senza ritorno. Nei pazienti depressi i pensieri di morte sono la regola: il pensiero del suicidio è un'ossessione, esso viene immaginato, desiderato, cercato. Il pensarlo non vuoi dire necessariamente agirlo. Certo è che il limite è sottilissimo, il confine è esile: lo spirito vitale, quello che ci permette di rimanere attaccati alla vita, è diminuito nel depresso. Ciò significa che basta davvero poco perché questo tipo di paziente agisca il tentativo di suicidio. Poiché nel paziente depresso si possono ritrovare sentimenti di autosvalutazione, disistima, questi avvalorano maggiormente i propositi suicidali, giustificando e avvallando la necessità del gesto. Le idee di autosvalutazione, disistima, spesso di colpa riferendosi ad errori del passato (nel paziente depresso il passato è dominante perché non esiste più il futuro), idee di rovina riguardanti la propria vita ma anche i congiunti più prossimi, si organizzano spesso in delirii veri e propri: il paziente è convinto che le proprie impressioni, le proprie percezioni siano corrette quindi non è critico rispetto ad esse e si comporta di conseguenza. Infine il passaggio all'atto necessita che lo spirito d'autoconservazione, quell'istinto che regola la nostra sopravvivenza, venga meno. Non è così facile farsi volutamente male fisicamente; ancor meno è facile ripetere il gesto autolesivo più volte e volte ancora. Nel caso in questione, la malattia aveva sicuramente distorto la capacità di discernimento della peritanda: l'ideazione depressiva era dominante e delirante nel senso che sussistevano idee di indegnità e colpa, dispercezioni corporee che non erano reali e che

la peritanda non solo non sapeva criticare, ma tanto meno correggere. La capacità critica era alterata. Quanto in quel momento ella fosse inadeguata, quanto il suo pensiero fosse distorto ci viene rivelato proprio dal biglietto d'addio: in quel momento particolare, così disperato ritiene doveroso che venga avvertita la collega che ella sarà impedita a presentarsi il giorno dopo sul lavoro. L'ideazione delirante riguardava anche il suicidio nel senso che tutto il pensiero della peritanda era rivolto ad esso ed alle modalità d'attuazione. Ci pensa per un mese, giorno dopo giorno, ora dopo ora. Né è in grado di dirsi e credere che sia un'assurdità, che esistano alternative: tutto il suo mondo psichico impallidisce e perde senso di fronte al pensiero del suicidio. E' proprio la presenza di un'ideazione delirante che giustifica il termine nosografico "psicosi depressiva". Nel caso in questione, inoltre, dobbiamo parlare di "mancato suicidio" e non di "tentato suicidio" né la distinzione è solo formale. Il suicidio è un gesto che si consuma assolutamente in privato ed in segreto; il tentato suicidio è un gesto che potremmo definire pubblico nel senso che avviene di solito con spettatori o potenziali tali (per esempio la possibilità di poter essere scoperti poco prima). Il suicidio comporta la consapevolezza dei mezzi atti all'attuazione e alla riuscita dello stesso; il tentato suicidio è più estemporaneo, meno pensato, meno programmato. Il suicidio non è una richiesta di aiuto, ma una vera e propria ricerca della fine, il tentato suicidio è una richiesta d'aiuto per poter continuare a vivere. E' importante ascoltare il racconto del paziente, come sono stati i suoi pensieri, come si sono concatenati, quanto era in grado di capire e criticare le proprie idee per poter apprezzare la modalità patologica di giudizio che caratterizza il pensiero delirante e come questa modalità si sia progressivamente sviluppata. Oggi la peritanda gode di buona salute, fisica e psichica. E' in grado di raccontare in modo cronologicamente corretto i fatti, accompagnando il racconto con un'affettività adeguata ed è capace di essere critica rispetto all'accaduto ed alla sua malattia. Ciò significa che la particolare condizione psichica che ha condotto al suicidio era strettamente legata allo stato di malattia depressiva in cui versava" (X). 2.10. Con le proprie osservazioni 21 novembre 2001, l'assicuratore convenuto ha censurato il referto peritale allestito dalla dott.ssa _____, facendo essenzialmente appello all'apprezzamento contenuto nel rapporto 19 novembre 2001 del dottor _____ (cfr. XV). Il medico fiduciario de La _____ ha dichiarato che le conclusioni peritali non sarebbero suscettibili di modificare la sua valutazione della fattispecie, e ciò sulla scorta delle seguenti motivazioni: " (...). Diese [la dott.ssa _____, n.d.r.] beschreibt sehr treffend die typische Symptomatik einer Depression, wie sie bei leichten, mittelschweren und schweren Depressionen vorkommt, wobei zumeist nur ein gradueller, d.h. quantitativer Unterschied besteht. Zu diesen Symptomen gehören - wie Frau Dr. med. _____ richtig erwähnt - verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken bis hin zu Suizidhandlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit. Gemäss ICD-10, das in unserem Land in sämtlichen somatischen und psychiatrischen Kliniken verbindliche Diagnosesystem - wird speziell darauf hingewiesen, dass Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit gerade auch bei leichten depressiven Episoden vorkommen. Nebenbei sei erwähnt, dass die ICD-10 und das DSM-IV recht ähnlich sind. Allerdings sind im DSM-IV bei gewissen Diagnosen die Beschreibungen etwas ausführlicher, jedoch nicht grundsätzlich verschieden von denjenigen der ICD-10. Zu den erwähnten typischen Symptomen einer Depression gesellt sich ebenfalls schon bei leichten, eher aber bei mittelgradigen depressiven Episoden ein sogenanntes somatisches Syndrom mit - Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen

Aktivitäten - mangelnder Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren - frühmorgentlichem Erwachen zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit - Morgentief - dem objektiven Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit - deutlichem Appetitverlust - Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts - deutlichem Libidoverlust Solange also kein qualitativer Unterschied zu diesen normalen depressiven Symptomen, die eben nicht wahnhaft sind, hinzukommt, handelt es sich - wie erwähnt - um nur graduelle Unterschiede und würde in allen Fällen eines Suizids oder Suizidversuchs bei depressiven Patienten psychiatrische Begutachtungen überflüssig machen, zumal etwa 15-20% der depressiven Patienten ihr Leben durch eigene Hand beenden. Ausdrücklich hält aber Frau Dr. med. _____ fest, dass die Gedanken und Ideen im Vorfeld des Suizids resp. Suizidversuchs von Frau _____ synthym waren, d.h. zur Stimmungslage passten und daher kein im engeren Sinn wahnhaftes oder psychotisches Gepräge annahmen, selbst wenn sie realitätsfern angesiedelt werden müssen. Erst parathyme, d.h. nicht mehr zur Stimmung passende und im engeren Sinn psychotische oder wahnhafte Ideen würden das Vorliegen einer psychotischen Störung im engeren Sinn nahelegen und damit auch die Voraussetzungen für eine gänzliche Aufhebung des Vermögens, vernunftsgemäss zu handeln. Auf Seite 17 ihres Gutachtens räumt Frau Dr. med. _____ selbst ein, dass die Gefühle der Selbstentwertung und der Schuld wahnhaft sein können. Sie sind es aber in den seltensten Fällen - wie oben ausgeführt -, da sie synthym sind, d.h. zur aktuellen Stimmung passen. (...). Zusammenfassend kann also durchaus von einer im psychologischen Sinn verminderten Urteilsfähigkeit der Versicherten ausgegangen werden. Dies gilt aber für die meisten Suizide und Suizidversuche, weil die vernunftferne Beurteilung des eigenen Lebens typisch, ja gerade Voraussetzung für Suizide und Suizidversuche ist. Nur so erklärt sich, dass über 90% der geretteten Suizidenten über die Rettung froh sind und in der Folge zumeist gerne weiterleben. Selbst wenn möglicherweise in casu eine derartige Verminderung der Urteilsfähigkeit im psychologischen Sinn bestanden haben mag, so waren doch für die Voraussetzungen für eine gänzliche Unfähigkeit, vernunftsgemäss zu handeln, nicht vorhanden " (doc. _). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti ad un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Merita tuttavia di essere sottolineato che il perito giudiziario ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria di cui all'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 nella causa B., U 288/99, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Al contrario, lo specialista consultato dall'assicuratore contro gli infortuni non è sottoposto alla comminatoria di cui all'art. 307 CPS, disposizione che concerne esclusivamente la procedura giudiziaria. Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio molto limitato per rapporto ad una perizia giudiziaria (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: " Ein

Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen "). Merita comunque d'essere ricordato che, secondo una costante giurisprudenza, ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità (DTF 125 V 351). In questo contesto, va considerato che in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U281, p. 282; DTF 104 V 209; sentenze inedite 5 gennaio 1993 in re S., 5 aprile 1984 in re M. e 2 novembre 1983 in re M.; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989 pag. 30 seg.). In concreto, il rapporto peritale 31 ottobre 2001 non contiene contraddizioni. Il solo fatto che la dott.ssa _____ - nella misura in cui ha diagnosticato la presenza di una depressione psicotica (e non di una "semplice" depressione psichica, come preteso dal dottor _____) e, con ciò, una totale incapacità di discernimento al momento del tentamen - abbia manifestato un apprezzamento divergente rispetto a quanto fatto dal sanitario consultato da La _____ non basta, ovviamente, per qualificare come contraddittoria la sua perizia. Se così fosse, il TCA si troverebbe - sistematicamente - a doversi scostare dalle conclusioni peritali, non appena il medico di fiducia dell'assicuratore interessato esprime una diversa valutazione della fattispecie (ciò che, naturalmente, accade con una certa frequenza, in presenza di referti peritali sfavorevoli all'assicuratore). D'altro canto, non può essere ignorato che, secondo la giurisprudenza federale, ad una perizia allestita esclusivamente sulla base dell'incarto può essere riconosciuto valore probante soltanto nella misura in cui quest'ultimo contenga sufficienti apprezzamenti medici che, a loro volta, si fondano su un esame personale dell'assicurato (cfr. RAMI 1988 U56, p. 370s. consid. 5b ed il riferimento). Questa giurisprudenza va relativizzata quando si tratta di valutare - come nel caso di specie - delle questioni che necessitano di una perizia psichiatrica, nel senso che questa perizia, di principio, deve essere allestita sulla base di un consulto personale (cfr. DTF 127 I 54 consid. 2e-g e riferimenti, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345s.). A mente dello scrivente TCA, il referto peritale della psichiatra _____ ha dimostrato, nei limiti della verosimiglianza preponderante richiesti dalla giurisprudenza del TFA, che la ricorrente, al momento del tentativo di suicidio, non era capace di discernimento a causa di una malattia psichica. Del resto, la nostra Corte federale è pervenuta ad una identica soluzione nella sentenza del 3 giugno 1992 nella causa R. G. - citata da H. Kind, Suizid oder "Unfall", in SZS 1993, p. 276ss. - concernente il suicidio di un uomo di 48 anni. L'autorità di prima istanza aveva respinto il ricorso giacché, sulla base di una perizia psichiatrica, era stata diagnosticata una "semplice" depressione, senza carattere psicotico. Nella procedura ricorsuale, lo psichiatra curante ha sostenuto, per la prima volta, che il suo paziente aveva sofferto di idee deliranti. Il perito psichiatra (analogamente al dottor _____) ha definito queste idee come una sopravvalutazione ("überwertig") nel quadro della depressione, tuttavia non come deliranti. Il TFA ha fatto propria la diagnosi di depressione caratterizzata da idee deliranti, ed ha finalmente riconosciuto che il suicidio è stato commesso in uno stato di totale incapacità di discernimento. Infine, alla convenuta non può

essere di nessun soccorso osservare che "la signora _____ ha programmato il suicidio giorno dopo giorno, nei minimi dettagli, ..." (XV). In effetti, secondo la giurisprudenza federale, comportamenti pianificati e coerenti avuti nei giorni precedenti ed immediatamente prima del suicidio, non escludono affatto una totale incapacità di discernimento al momento dell'atto (cfr. STFA dell'11 luglio 2001 nella causa A., B., C., U 55/99, consid. 3b, e riferimenti ivi menzionati). La conseguenza di tale conclusione è che la decisione su opposizione impugnata va annullata e a La _____ va fatto obbligo di erogare le prestazioni previste dalla LAINF.

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