

TI_GERICHTE 35.2005.72 vom 16. März 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-03-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2005.72

FR: TI_GERICHTE 35.2005.72 du 16 mars 2006

IT: TI_GERICHTE 35.2005.72 del 16 marzo 2006

Regeste

Assicurato si getta da un autosilo. Si é trattato di un tentativo di suicidio e non di un atto involontario. Negato l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore, accertato che l'assicurato, al momento del gesto, non era totalmente privo della capacità di discernimento.

Erwägungen

E. 25

consid. 1.2.). Nella concreta evenienza, considerato che l'evento in discussione è accaduto nel corso del mese di marzo 2004, tornano applicabili le disposizioni di diritto materiale della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2003. 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se l'CO 1 deve essere tenuto a versare delle prestazioni a dipendenza dell'evento del 7 marzo 2004 oppure no. In primo luogo, occorre determinare se l'evento in questione è stato un atto involontario oppure no. Qualora si sia trattato di un tentativo di suicidio, questa Corte dovrà ancora stabilire se, al momento del gesto, l'assicurato era o meno completamente privo della capacità di discernimento. 2.3. Giusta l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non altrimenti previsto dalla legge, le prestazioni assicurative sono concesse in caso d'infortunio professionale, d'infortunio non professionale e di malattie professionali. 2.4. L'art. 4 LPGA così definisce l'infortunio: " È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte." Questa definizione riprende, nella sostanza, quella che era prevista all'art. 9 cpv. 1 OAINF - disposizione abrogata dall'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dell'11 settembre 2002 (RU 2002 3914), in vigore dal 1° gennaio 2003. La precedente giurisprudenza relativa alla nozione di infortunio e ai singoli elementi caratteristici della stessa continua dunque a essere valevole (SVR 2005 UV Nr. 2). Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio: " - l'involontarietà - la repentinità - il danno alla salute (fisica o psichica) - un fattore causale esterno - la straordinarietà di tale fattore." (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 44-51) Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia. 2.5. L'art. 37 LAINF distingue, nei tre paragrafi di cui si compone, diverse ipotesi di riduzione, rispettivamente di diniego, delle prestazioni in contanti. In particolare, nel cpv. 1, il legislatore ha ancorato il principio secondo cui l'assicurato che ha provocato intenzionalmente il danno alla salute o la morte non ha diritto alle prestazioni assicurative, ad eccezione delle spese funerarie. L'art. 48 cpv. 1 OAINF precisa, nondimeno, che "seppur dimostrabile intendesse l'assicurato suicidarsi o automutilarsi volontariamente, l'art. 37 cpv. 1 della legge non è applicato se l'assicurato, al momento dell'azione e senza propria colpa, era completamente incapace di agire ragionevolmente o se il suicidio, il tentativo di suicidio o l'automutilazione vanno indubbiamente ascritti ad un infortunio assicurato". La

giurisprudenza ha ammesso la legalità di questo disposto (cfr. DTF 129 V 95; RAMI 2003 p. 197 seg.; J.M. Frésard/M. Moser/Steless, Refus, réduction et suspension des prestations de l'assurance-accidents: états des lieux et nouveautés, in HAVE/REAS 2/2005, p. 127 seg.). Essa ha inoltre precisato che il suicidio come tale costituisce un infortunio assicurato soltanto se è stato commesso in uno stato di totale incapacità di discernimento ai sensi dell'art. 16 CCS. Di conseguenza, affinché la responsabilità dell'assicuratore contro gli infortuni sia impegnata, è necessario che, al momento dell'atto e tenuto conto di tutte le circostanze oggettive e soggettive, in relazione anche all'atto in questione, l'interessato fosse totalmente privato della facoltà di agire ragionevolmente, a causa, segnatamente, di infermità o debolezza mentale (cfr. DTF 129 V 95, in particolare 99; RAMI 1996 U 267, p. 310 consid. 2b, 1989 U 84, p. 449 consid. 2b; DTF 113 V 61 = RAMI 1987 U 2 2, p. 352; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Ed. Helbing & Lichtenhahn, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, p. 86).

2.6. In una sentenza del 26 febbraio 1997 nella causa F., inc. n. 35.1996.102, confermata dal TFA con pronunzia del 25 marzo 1998, U 101/97, riguardante un assicurato rinvenuto sulla massicciata di fianco a uno dei binari della stazione di Mendrisio, con una grave ferita alla parte sinistra della calotta cranica, il TCA, valutata la documentazione medica agli atti, nonché quel che accadde il giorno stesso dell'evento, ha ritenuto che non emergevano elementi tali da rovesciare la presunzione, istituita dalla giurisprudenza federale (cfr. RAMI 1996 U 247, p. 168ss.), dell'involontarietà del gesto.

2.7. Nel caso di specie, la Cassa ricorrente fa valere che, contrariamente a quanto deciso dall'assicuratore LAINF convenuto, il danno alla salute riportato da PI 1 non sarebbe da imputare a un tentativo di suicidio, bensì a un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPG (cfr. I, p. 3: "... è a fronte di queste discrepanze che la CO 1 ha deciso che si tratta d'un tentato suicidio, senza però verificare il ben fondato d'un tale apprezzamento. In base ai documenti non è però stato provato con il grado della verosimiglianza preponderante che si tratta di un tentativo di suicidio"). Dalle tavole processuali emergono versioni molto diverse fra loro su quanto accadde quel 7 marzo del 2004. Il giorno stesso dell'evento, la moglie dell'assicurato, _____, è stata interrogata dagli agenti della Polizia cantonale in qualità di testimone oculare e, sotto la comminatoria di cui all'art. 307 CPS, ha dichiarato in particolare quanto segue: " Nel pomeriggio di ieri, 06.03.2004, ho terminato il lavoro verso le ore 1600. A piedi mi sono recata al domicilio dove attendevano i miei due figli. Tutti assieme siamo andati alla stazione FFS di _____ dove abbiamo incontrato mio marito. Lui era in servizio e avrebbe terminato di lavorare a _____. Tutti abbiamo preso il treno e siamo giunti a _____ dove mio marito aveva la vettura. Terminato il servizio siamo ripartiti con la macchina in direzione di _____. Io mi sono messa alla guida della vettura Opel Zafira _____, di proprietà mia e di mio marito. A precisa domanda dell'agente interrogante rispondo che il mattino mio marito aveva guidato la vettura fino a _____. Rispondo inoltre che non è in possesso di una licenza di condurre svizzera, ma unicamente di quella ottenuta in Jugoslavia. Tempo fa ho visto per casa dei formulari per convertire la patente ma credo che non li abbia mai spediti. Durante il tragitto di rientro, mio marito cominciava a farmi le solite domande. Infatti già da tempo discutiamo in continuazione poiché è convinto che io lo tradisca con un'altra persona. Ogni occasione è buona per discutere. Nella discussione, dal momento che mio marito era molto agitato, gli chiedevo se avesse bevuto alcolici. Lui mi rispondeva che aveva bevuto e che avrebbe continuato a farlo. Arrivati a casa, verso le 1900, la discussione continuava e coinvolgeva anche un'amica che in questi giorni ospitiamo e che ci fa il favore di curare i bambini. (...) Abbiamo trascorso la serata

discutendo. Dopo cena, non ricordo l'ora, mi sono messa sul letto a vedere la televisione con i bambini. Preciso che mio marito non ha mangiato nulla ma ha bevuto molto. In questo frangente, mio marito continuava a lamentarsi per poi arrabbiarsi con la nostra amica _____ . Giorni fa abbiamo ricevuto una telefonata del padre di _____ . Mio marito era convinto che si trattasse del mio presunto amante e accusava _____ di tenermi la parte. A seguito della discussione, _____ ha detto che se ne sarebbe andata da un'altra amica, tale _____ . Mi ha chiesto di aspettarla alzata poiché sarebbe tornata più tardi a prendere i bagagli. In seguito ha lasciato l'appartamento verso le ore 0030 del 07.02.2004. (...) Mio marito ha continuato a bere birra o vino. Trascorsa circa un'ora, dal momento che _____ non era ancora rientrata per prendere le sue cose, PI 1 ha preso i bagagli e mi ha detto che li avrebbe portati lui con l'auto a _____ . Erano circa le 0130. Preciso che non ho verificato se ha guidato la macchina. Prendo atto che, al momento dell'intervento dell'agente interrogante, la vettura era bagnata anche se posteggiata al coperto. Questo significa che l'auto era stata usata da poco. Il motore era comunque freddo. Verso le ore 0300, PI 1 faceva rientro e ricominciava ad importunarmi. Io gli rispondevo che non avevo intenzione di discutere ulteriormente in quanto il mattino dovevo andare a lavorare. A questo punto, ha tentato di prendermi il collo mentre io ero sdraiata sul letto. Impaurita mi alzavo e chiamavo mia madre al telefono dicendole che non ne potevo più. A questo punto si svegliava pure mia figlia che ci pregava di smettere di litigare. In seguito mi sono vestita e, a piedi, mi sono diretta verso le scuole elementari _____ . Dal momento che avevo freddo sono ritornata verso casa e, avendo paura di salire nell'appartamento, ho deciso di andare al posteggio e di salire in macchina. Così ho fatto, raggiunta l'auto, sono salita ed ho occupato il sedile posteriore destro. A precisa domanda dell'agente interrogante rispondo che l'auto è posteggiata in un garage sotterraneo dello stabile n. 32 di Via _____ . Per accedere al garage bisogna percorrere una rampa elicoidale che porta nel sottosuolo. Erano circa le 0430 quando mio marito è giunto al posteggio. La discussione ricominciava. Lui era convinto che ero andata da qualche parte con la vettura. Entrambi piangevamo. Da parte mia scendevo dall'auto convinta che saremmo rientrati a casa. Mentre chiudevo la vettura, mio marito mi diceva "vuoi che mi butto?". Io sono stata zitta. Improvvisamente PI 1, al passo di corsa, si è diretto verso il parapetto della rampa e si è gettato al piano di sotto. Io ho avuto solamente il tempo di gridare "no, no"! Subito sono corsa verso il parapetto. Sotto, steso sulla schiena vi era mio marito privo di conoscenza. Colta dal panico gridavo e chiedevo aiuto. A precisa domanda dell'agente interrogante rispondo che non credo che vi siano testimoni dell'accaduto. Con il telefono cellulare chiamavo il 117 e comunicavo quanto successo. Ero molto confusa e spaventata. L'operatrice mi diceva di restare la telefono e di andare a vedere se mio marito respirava oppure no. Così ho fatto. Giunta di sotto notavo che respirava. L'operatrice mi diceva di girarlo su di un fianco e di ritornare sulla strada in quanto i soccorritori non trovavano il luogo. Sulla strada incontravo la Polizia e, subito dopo, giungevano i soccorritori. Mio marito veniva soccorso e trasportato all'ospedale. In questo frangente telefonavo a casa e comunicavo alla bambina quanto era successo. La rassicuravo dicendole che sarei arrivata subito. A precisa domanda dell'agente interrogante rispondo che è la prima volta che mio marito tenta un gesto del genere. Preciso che, l'anno scorso, mi ha detto che, al compimento dei suoi quaranta anni, sarebbe successo qualche cosa. Non mi ha dato ulteriori spiegazioni. A precisa domanda dell'agente interrogante rispondo che i litigi sono cominciati già dai primi anni di matrimonio. PI 1 è sempre stato molto geloso. Preciso che non sono mai stata picchiata tranne alcune sberle. ho subito spesso minacce del tipo che mi

avrebbe ucciso o che avrebbe fatto uccidere mia mamma o mia sorella. Non ha mai picchiato i bambini. A precisa domanda dell'agente interrogante rispondo che mio marito spesso beve ed è ubriaco. Preciso due o tre giorni fa mi ha chiamato mentre si trovava al lavoro. Felice, mi ha detto che aveva deciso di smettere di bere. L'agente interrogante mi comunica che le condizioni di mio marito sono al momento gravi anche se non dovrebbe essere in pericolo di vita. Dai primi accertamenti, i medici hanno stabilito che ha subito gravi traumi al torace e alla testa. Sono stata sottoposta all'esame indicativo dell'alito per determinare il tasso di alcolemia. I risultato del test, eseguito alle ore 0553, ha dato esito negativo in ragione dello 0.00 per mille. Prima di concludere vorrei dire che ho il terrore di ritornare con mio marito, dopo questo gesto credo che sia capace di tutto, anche di fare del male a me ed ai bambini." (doc. 38) Dal rapporto di polizia si evince inoltre che il prelievo di sangue, destinato a determinare il tasso di alcolemia di PI 1, è stato effettuato alle ore 05:30 del 7 marzo 2004, quindi 40 minuti dopo l'evento in discussione (04:50). La relativa analisi ha dato quale risultato un tasso minimo dell'1.95‰ e uno massimo del 2.15‰, da cui un tenore alcolemico medio del 2.05‰. Emerge pure che non è stato possibile determinare il valore al momento dell'evento, in quanto sconosciuta l'ora in cui l'assicurato ha cessato di bere (cfr. referto 8.3.2004 del Laboratorio _____, accluso al doc. 38). Da parte sua, l'esame tossicologico è risultato leggermente positivo per quanto riguarda i derivati della Cannabis (cfr. referto 16.3.2004 del Laboratorio _____, accluso al doc. 38). Nel rapporto di uscita del 31 marzo 2004, i sanitari del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale regionale di _____ hanno attestato che la caduta di cui era rimasto vittima l'assicurato andava ricondotta a, citiamo: "autodefenestrazione" (doc. 4). Analoghe indicazioni si ritrovano nella documentazione relativa alla degenza dell'assicurato presso la _____ di _____ (cfr. doc. 11 e 14). Dal referto 10 agosto 2004 della dott.ssa _____, medico-assistente presso la _____, risulta segnatamente che, a distanza di un mese circa dal ricovero, messo a confronto con il gesto da lui compiuto, PI 1 ha riconosciuto che, citiamo: "aveva improvvisamente avuto l'impulso di gettarsi in basso perché convinto che la moglie lo avrebbe lasciato": " Vista la sintomatologia psicotica di tipo maniacale presente all'inizio (il paziente a tratti si definiva essere Dio in persona), e nel contesto del delirio di gelosia descritto, è stata mantenuta una terapia neurolettica con Seroquel che il paziente tuttora assume. Per circa due settimane dopo l'ammissione, il paziente era mnesico rispetto al trauma cranico, dando in seguito credito piuttosto alle spiegazioni da parte del fratello che dei curanti. Insieme alla moglie ha ricostruito l'accaduto ripristinando con fatica e con un atteggiamento inadeguatamente euforico la memoria sui momenti appena precedenti la caduta: diceva per esempio di aver voluto prendere, all'interno dell'autosilo, la scorciatoia per raggiungere la moglie... Soltanto dopo un mese circa, confrontato direttamente con il fatto noto attraverso il racconto della moglie che egli avrebbe verbalizzato l'idea di uccidersi, egli ha cambiato improvvisamente e per un attimo l'espressione solitamente ilare, diventando commosso e triste, per ammettere che aveva improvvisamente avuto l'impulso di gettarsi in basso perché convinto che la moglie lo avrebbe lasciato. In colloqui ripetuti tra paziente e moglie, si è verificata una persistenza dell'acriticità rispetto al delirio di gelosia, migliorato verso fine maggio e dopo qualche incontro con il fratello del paziente che faceva da tramite, in modo superficiale ma con un minimo di autocritica rispetto all'abuso di sostanze alcoliche ed una vaga coscienza del fatto che l'uso d'alcool potrebbe danneggiare la sua percezione della realtà ed in conseguenza il matrimonio." (doc. 12) In data 14 luglio 2004, i coniugi _____ sono stati sentiti da un ispettore dell'CO 1, al quale hanno fornito una descrizione dei fatti completamente diversa

rispetto a quella che _____ aveva riferito alla Polizia cantonale immediatamente dopo il fatto. In particolare, essi hanno sostenuto che la caduta sarebbe da attribuire allo stato di ebbrietà in cui versava il marito e al pavimento bagnato dell'autosilo: " Il mattino del 7.3.04 siamo rientrati dalla Svizzera interna, dove eravamo stati per trascorrere una giornata di vacanza. Guidava la moglie. Alle 04.30 abbiamo posteggiato la macchina nell'autosilo in Via _____, dove abbiamo in affitto un posteggio che paghiamo fr. 150.-- al mese. Posteggiato la macchina al -2. Pioveva forte. L'autosilo era bagnato all'interno. La signora precisa che suo marito quella sera aveva bevuto relativamente tanto. Non è abituato a bere, e non è neppure dedito all'alcool, difatti appena beve un po', dopo sta subito male. Uscito dalla vettura ha avuto un forte giramento di testa, dovuto all'assunzione di bevande alcoliche. Mentre la moglie chiudeva la vettura a chiave, il marito si è avvicinato al parapetto dell'autosilo ed è scivolato di sotto. Il signor PI 1 conferma che non si ricorda nulla di cosa era successo. Era ubriaco. Si ricorda solo di avere avuto un forte giramento di testa e poi più nulla. Esclude nel modo più categorico di aver compiuto il gesto deliberatamente. Secondo lui la caduta è da ascrivere al pavimento bagnato dell'autosilo ed al fatto che aveva bevuto parecchio. Durante il viaggio non hanno avuto problemi, non hanno litigato. Lui ha dormito durante quasi tutto il viaggio a causa dell'alcool ingerito. La moglie conferma che il signor PI 1 ha un buon carattere. Non è un tipo violento. Anche con i bambini gioca spesso e volentieri. Non hanno problemi di natura finanziaria. Conducono una vita normale, senza eccessi. Di religione ortodossa, ma non praticante. E' responsabile dei suoi doveri di padre e marito e non ha mai fatto mancare nulla alla famiglia. Tipo molto riflessivo. Quando aveva un problema, prima di esprimersi rifletteva a lungo. Felice di avere due bambini, dopo che la moglie aveva avuto in precedenza due aborti spontanei. Passava le giornate di libero con la moglie e i bambini. Si occupava dei bambini quando la moglie lavorava. E', infatti, impiegata in qualità donna di servizio presso l'Hotel _____ di _____. Non è un tipo che si vanta o che ha bisogno di mettersi in mostra. E' un tipo schivo e riservato. Non hanno molti amici. Sono felici di vivere la loro vita in famiglia. Il senso della famiglia è molto elevato. Con la moglie sempre avuti buoni rapporti. Ogni tanto qualche discussione come in buona parte delle coppie. Non è un marito violento. Ha un fratello maggiore che abita a _____. Con il fratello ha dei buoni rapporti. Si incontrano spesso. (...) Prima dell'evento del 7.3.04 non era successo nulla di particolare. Non aveva avuto problemi o conflitti di nessuna sorta. Conduceva la sua normale vita. Non era in cura medica. La sera del 6.3.04 hanno festeggiato con degli amici a _____, in una casa privata. In questa occasione il signor PI 1 ha veramente abusato un po' troppo di bevande alcoliche. Si è lasciato trasportare dall'euforia della festa. La festa è finita più o meno verso mezzanotte. La moglie si è messa al volante ed ha guidato fino al domicilio a _____. Una volta arrivati nell'autosilo è successo quanto sopra descritto. La moglie ha chiamato subito la polizia siccome non sapeva il numero dell'ambulanza. La polizia ha redatto un rapporto. Poi è intervenuta l'ambulanza che l'ha ricoverato all'_____. (...) In passato non aveva mai avuto problemi di natura psichica. Come riferito in precedenza, conduceva una vita normale senza troppi problemi. I coniugi _____ escludono entrambi che il fatto del 7.3.04 sia da considerarsi un atto volontario. E' scivolato sul pavimento bagnato dell'autosilo, e l'alcool ha avuto il suo ruolo nella caduta. Non capiscono perché i medici dell'ospedale di _____ hanno ritenuto di scrivere che aveva cercato di compiere il gesto volontariamente." (doc. 8) Infine, in occasione della visita fiduciaria eseguita il 21 marzo 2005 dal dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, i coniugi _____ hanno dichiarato quanto segue a

proposito di quel che accadde il 7 marzo 2004: " La raccolta di informazioni riguardo all'evento risulta difficoltosa perché l'ass. dice di non ricordare nulla o quasi: avrebbe bevuto a una festa a _____ e poi sarebbe rientrato in automobile con la moglie (che avrebbe guidato); uscendo dall'auto, nell'autosilo di casa, sarebbe probabilmente scivolato perché pioveva e caduto nel vuoto, superando (non sa come) un muretto di ca. 40-50 (poi si corregge indica un'altezza di ca. 1,2 m). Nega precedenti o attuali problemi di gelosia, abuso di alcool o altre sostanze stupefacenti. Nega intenzioni suicidali. Anche la moglie (che è stata sentita in un secondo tempo insieme al marito), afferma di non ricordare niente e di non aver visto il marito cadere nel vuoto. Non avrebbero avuto particolari discussioni o litigi durante il viaggio. Il marito era "solo un po'" nervoso e avrebbe criticato il suo modo di guidare. Dice di non ricordare quello che aveva raccontato alla polizia subito dopo l'evento, perché "forse ero confusa". Nega di aver mai avuto dei problemi in precedenza con il marito: egli non sarebbe particolarmente geloso e non avrebbe mai consumato sostanze alcoliche, a parte qualche birra occasionalmente, ma questo fatto non ha mai creato tensioni particolari in famiglia. Lei non avrebbe inoltre mai pensato di lasciarlo. Forse, in passato, il marito non era stato bene ma solo a causa delle preoccupazioni per la salute del padre." (doc. 28) 2.8. Con la propria impugnativa, la Cassa ricorrente rimprovera all'CO 1 di avere fondato la propria decisione esclusivamente su quanto dichiarato dalla moglie dell'assicurato in sede di interrogatorio di polizia, dimenticando che dall'incarto emergono circostanze tali (ad esempio, lo stato alterato dall'alcool e dai derivati dalla canapa, il suolo bagnato dell'autosilo, l'altezza della caduta, ecc.) da rendere più verosimile l'ipotesi di una fatalità (cfr., pure, X). Questa Corte, attentamente valutata tutta la documentazione presente all'inserto, è dell'avviso che la versione più plausibile sia quella ritenuta dall'Istituto assicuratore convenuto, ovvero quella del tentato suicidio. In primo luogo, che PI 1 abbia tentato di suicidarsi è stato chiaramente ammesso dalla moglie, presente al momento dell'azione, in occasione del suo interrogatorio da parte degli agenti della Polizia cantonale (cfr. doc. 38, verbale d'interrogatorio di _____, p. 5: "Da parte mia scendevo dall'auto convinta che saremmo rientrati a casa. Mentre chiudevo la vettura, mio marito mi diceva "vuoi che mi butto?". Io sono stata zitta. Improvvisamente PI 1, al passo di corsa, si è diretto verso il parapetto della rampa e si è gettato al piano di sotto, Io ho avuto soltanto il tempo di gridare "no, no!" Subito sono corsa verso il parapetto. Sotto, steso sulla schiena vi era mio marito privo di conoscenza"). È vero che, nel prosieguo, dinanzi all'ispettore dell'CO 1 (cfr. doc. 8: "Uscito dalla vettura ha avuto un forte giramento di testa, dovuto all'assunzione di bevande alcoliche. Mentre la moglie chiudeva la vettura a chiave, il marito si è avvicinato al parapetto dell'autosilo ed è scivolato di sotto") e allo psichiatra dott. _____ (cfr. doc. 28: "Anche la moglie (che è stata sentita in un secondo tempo insieme al marito), afferma di non ricordare niente e di non aver visto il marito cadere nel vuoto. Non avrebbero avuto particolari discussioni o litigi durante il viaggio. Il marito era "solo un po'" nervoso e avrebbe criticato il suo modo di guidare. Dice di non ricordare quello che aveva raccontato alla polizia subito dopo l'evento, perché "forse era confusa"), la stessa _____ ha mutato radicalmente la propria versione dell'accaduto. Il TCA giudica inaffidabile quanto dichiarato in un secondo tempo dalla moglie dell'assicurato. Al riguardo, occorre rilevare che le divergenze tra una versione e l'altra sono tante e talmente rilevanti da non poterle spiegare facendo appello soltanto a un preteso stato confusionale. Ad esempio, in occasione del suo interrogatorio di polizia, _____ ha dichiarato che le ore che hanno preceduto l'evento in questione, trascorse presso l'abitazione di via _____, erano state caratterizzate da continue discussioni e minacce, originate dalla

gelosia del marito, e da un costante assorbimento di bevande alcoliche da parte di quest'ultimo (cfr. doc. 38, verbale d'interrogatorio di _____, p. 3-5), mentre che, successivamente, essa ha raccontato che la sera del 6 marzo 2004 avevano preso parte a una festa privata presso degli amici a _____, durante la quale PI 1 aveva un po' esagerato con l'alcol, e che, verso la mezzanotte, essa stessa si era messa al volante dell'autovettura per rientrare a _____ (cfr. doc. 8: "La sera del 6.3.04 hanno festeggiato con degli amici a _____, in una casa privata. In questa occasione il signor PI 1 ha veramente abusato un po' troppo di bevande alcoliche. Si è lasciato trasportare dall'euforia della festa. La festa è finita più o meno verso mezzanotte. La moglie si è messa al volante ed ha guidato fino al domicilio a _____. Una volta arrivati nell'autosilo è successo quanto sopra descritto"). Sempre a titolo di esempio, questo Tribunale osserva che la moglie, davanti agli agenti di polizia, ha spiegato che i rapporti con il marito erano da tempo problematici a causa della sua morbosa gelosia e che egli era peraltro dedito al consumo di bevande alcoliche (cfr. doc. 38, verbale d'interrogatorio di _____, p. 6: "A precisa domanda dell'agente interrogante rispondo che i litigi sono cominciati già dai primi anni di matrimonio. PI 1 è sempre stato molto geloso. Preciso che non sono mai stata picchiata tranne alcune sberle. Ho subito spesso minacce del tipo che mi avrebbe ucciso o che avrebbe fatto uccidere mia mamma o mia sorella. (...). A precisa domanda dell'agente interrogante rispondo che mio marito spesso beve ed è ubriaco. Preciso che due o tre giorni fa mi ha chiamato mentre si trovava al lavoro. Felice, mi ha detto che aveva deciso di smettere di bere"), mentre che, sentita da un ispettore CO 1 il 14 luglio 2004, essa ha negato l'esistenza di qualsiasi difficoltà matrimoniale, dipingendo il consorte come un buon padre di famiglia, senza il vizio del bere (cfr. doc. 8: "La signora precisa che suo marito quella sera aveva bevuto relativamente tanto. Non è abituato a bere, e non è neppure dedito all'alcool, difatti appena beve un po', dopo sta subito male. (...). La moglie afferma che il signor PI 1 ha un buon carattere. Non è un tipo violento. Anche con i bambini gioca spesso e volentieri. (...). Con la moglie sempre avuto buoni rapporti. Ogni tanto qualche discussione come in buona parte delle coppie. Non è un marito violento"). Il TCA sottolinea che l'affermazione secondo cui l'assicurato non avrebbe mai avuto problemi di alcolismo è palesemente falsa, dal momento in cui da tutta la documentazione medica agli atti si evince che, in realtà, PI 1 soffriva di un etilismo cronico (cfr., segnatamente, il referto 10.8.2004 della dott.ssa _____, p. 3: "Da notare che in un momento di presa di coscienza, il paziente ha detto spontaneamente di essere disposto a tutto per smettere con l'abuso di alcool e con questo "salvare la famiglia", incluso ripetuti controlli (per esempio all'Ingrado) ed eventuale assunzione di una terapia con Antabus. (...). Nel decorso osservato finora, il paziente è riuscito per un lungo tempo ad astenersi dall'alcool, ma da qualche settimana capita che egli venga trovato con un'alcoemia positiva, negando all'inizio l'evidenza o trovando spiegazioni del tipo di non essere stato capace di declinare l'invito da terzi"). A proposito del valore da attribuire a quanto la moglie dell'assicurato ha dichiarato in sede di interrogatorio di polizia rispetto alle successive sue descrizioni dell'accaduto, è utile segnalare che, secondo la dottrina (cfr. A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 263; T. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 331 n. 28) e la giurisprudenza, in presenza di due versioni differenti, la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'interessato ha dato nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche. Le spiegazioni fornite in un secondo tempo non possono integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (cfr. DTF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 3c; RAMI 1988 U

55, p. 363 consid. 3b/aa; STFA del 27 agosto 1992 nella causa M., non pubbl.; RDAT II-1994 p. 189; per una critica, cfr. U. Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurigo 1999, p. 217, n. 546). Tutto ben considerato, questa Corte è dell'avviso che la chiave per comprendere le ragioni che stanno alla base del comportamento mostrato da _____, vada ricercata nel contenuto della sua ultima dichiarazione verbalizzata nel rapporto di polizia del 7 marzo 2004, citiamo: "Prima di concludere vorrei dire che ho il terrore di ritornare con mio marito, dopo questo gesto credo che sia capace di tutto, anche di fare del male a me ed ai bambini." (doc. 38, verbale interrogatorio _____, p. 6) A sostegno della tesi del tentato suicidio vi è, in secondo luogo, il fatto che, nel corso della degenza presso la _____ di _____, l'assicurato stesso ha riconosciuto di avere, citiamo: "... improvvisamente avuto l'impulso di gettarsi in basso perché convinto che la moglie lo avrebbe lasciato": "Per circa due settimane dopo l'ammissione, il paziente era mnesico rispetto al trauma cranico, dando in seguito credito piuttosto alle spiegazioni da parte del fratello che dei curanti. Insieme alla moglie ha ricostruito l'accaduto ripristinando con fatica e con un atteggiamento inadeguatamente euforico la memoria sui momenti appena precedenti la caduta: diceva per esempio di aver voluto prendere, all'interno dell'autosilo, la scorciatoia per raggiungere la moglie ... Soltanto dopo circa un mese, confrontato direttamente con il fatto, noto attraverso il racconto della moglie, che egli avrebbe verbalizzato l'idea di uccidersi, egli ha cambiato improvvisamente e per un attimo l'espressione solitamente ilare, diventando commosso e triste, per ammettere che aveva improvvisamente avuto l'impulso di gettarsi in basso perché convinto che la moglie lo avrebbe lasciato." (doc. 12) In questo contesto assume un particolare significato il fatto che l'assicurato si è astenuto dall'impugnare la decisione su opposizione emanata dall'CO 1 e che, d'altra parte, chiamato dal TCA a determinarsi sull'impugnativa della RI 1, egli ha affermato di non poter esprimere delle, citiamo: "... appropriate considerazioni in quanto non ho ritenuto opportuno portare in giudizio la decisione dell'CO 1, ..." (V). In sede di osservazioni 25 novembre 2005, la Cassa insorgente fa valere che se i sanitari della _____ hanno parlato di "tentamen suicidiale" è soltanto perché, nel corso della precedente degenza presso il Servizio di neurochirurgia, l'assicurato aveva minacciato di gettarsi dalla finestra (X: "È dunque molto probabile che gli psichiatri abbiano tirato delle conclusioni non adeguate, a seguito della minaccia di buttarsi dalla finestra proferita dal signor PI 1 durante il suo ricovero nella clinica di neurochirurgia, e abbiano confermato un tentato suicidio a causa del comportamento durante il soggiorno in questa clinica"; cfr., pure, XV). In proposito, questa Corte si limita a rilevare che, al di là delle diagnosi poste dai medici che hanno avuto in loro cura PI 1, la tesi del tentato suicidio si impone per gli argomenti già diffusamente discussi in precedenza, in particolare alla luce della precisa e dettagliata testimonianza della moglie dell'assicurato - testimone oculare dell'accaduto - rilasciata in occasione del suo interrogatorio da parte della Polizia cantonale. È inoltre utile precisare che con il termine di "autodefenestrazione", ancorché utilizzato in maniera un poco impropria poiché l'assicurato non si è buttato da una finestra, i sanitari del Servizio di neurochirurgia, per la prima volta nel rapporto di uscita del 31 marzo 2004 (doc. 4), hanno inteso sottolineare il fatto che PI 1 aveva tentato di togliersi la vita gettandosi nel vuoto. 2.9. Ritenuto, dunque, che risulta accertato che le lesioni presentate dall'assicurato sono conseguenti ad un tentativo di suicidio, determinante è la questione a sapere se PI 1, al momento dell'atto, fosse o meno totalmente incapace di discernimento. L'art. 16 CC definisce il discernimento come la facoltà di agire ragionevolmente. Esso comporta due elementi: un elemento intellettuale, la

capacità di valutare il senso, l'opportunità e gli effetti di un determinato atto, e un elemento caratteriale, la facoltà di agire in funzione di tale apprezzamento, secondo la libera volontà (DTF 124 III 5 consid. 1a; 117 II 231 consid. 2a ed i riferimenti ivi menzionati; DTF 113 V 61 consid. 2c, DTF 111 V 58 consid. 3a; Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kieswetter, *Urteilmfähigkeit von Menschen ...*, in SJZ 2005, p. 81ss. (83-84)). In una sentenza del 28 ottobre 2003 nella causa X. (12.2002.190), la seconda Camera civile del Tribunale di appello al riguardo ha ricordato che: " Vi è assenza di capacità di discernimento - in generale - a causa di disturbi mentali o intellettuali (Carré , op. cit., ibidem, 175); in particolare, la fattispecie è stata ammessa in caso di grave obnubilamento reattivo della volontà, oppure se l'agente è sotto l'influsso di un contrasto insostenibile di passioni (Rep 1939, 375 e segg.), rispettivamente se ha agito in seguito a malattia psichica grave di natura depressiva o a disturbi dello stato psichico e dell'umore causati da idee paranoide (Keller/Roelli, *Komm. zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, Berna 1968, vol. I, pag. 484). Per giudicare l'assenza di capacità di discernimento dell'agente (con riferimento all'art. 16 CC) è necessario stabilire se egli, al momento di risolversi al suicidio, era privo della facoltà di valutare il significato e gli effetti dell'atto poiché la sua funzione intellettuale era alterata, oppure se non poteva agire liberamente siccome la sua funzione volitiva era turbata, ancorché a fronte della comprensione della portata dell'atto di autodistruzione che stava per compiere. Inoltre, l'impossibilità di agire ragionevolmente dev'essere dipesa da una delle cause biologiche indicate dalla legge: l'età infantile, l'infermità o la debolezza mentale, l'ebbrezza o uno stato consimile (Viret, op. cit., pag 190)." (n.d.r.: le citazioni si riferiscono a Carré, "Loi fédérale sur le contrat d'assurance", Losanna 2000 e a Viret, "Le suicide en droit suisse de l'assurance privé sur la vie" in HAVE/REAS 2002 pag. 189)." La capacità di discernimento è relativa: essa non deve essere valutata in astratto, ma concretamente, in rapporto ad un determinato atto, in funzione della sua natura e della sua importanza, le facoltà richieste dovendo esistere al momento dell'atto (DTF 118 Ia 236 consid. 2b in fine; 117 II 331 consid. 2a ed i riferimenti ivi citati). Una persona è privata del discernimento ai sensi della legge se la sua facoltà di agire ragionevolmente è alterata da una delle cause enumerate all'art. 16 CC, fra le quali figurano l'infermità e la debolezza mentale, ossia degli stati anormali sufficientemente gravi per avere effettivamente alterato la facoltà di agire ragionevolmente in un caso particolare. Per malattia mentale, si intende dei disturbi psichici durevoli e caratterizzati che hanno sul comportamento esterno della persona interessata delle conseguenze evidenti, qualitativamente e profondamente sconcertanti per un profano accorto (DTF 117 II 231 consid. 2a in fine e riferimenti ivi menzionati). Il TFA, in una sentenza inedita del 1° luglio 1993 nella causa H., U 136/92, ha precisato - riferendosi a Bucher, *Berner Kommentar*, N. 6 zu Art. 16 ZGB - che l'elenco della cause d'incapacità di discernimento di cui all'art. 16 CCS è esemplificativo e non esaustivo. In particolare, in relazione ai disturbi di natura psichica, ciò comporta che, per ammettere l'incapacità di discernimento, non necessariamente occorre essere confrontati ad una malattia mentale o ad una debolezza mentale: l'incapacità di discernimento può essere ammessa anche di fronte ad uno stato che, pur essendo anormale, non è esattamente definibile e delimitabile (cfr. STFA succitata, consid. 5a). Secondo la giurisprudenza, colui che pretende di avere diritto alle prestazioni a causa d'infortunio deve provare, segnatamente, l'involontarietà del danno alla salute e - in caso di suicidio - l'assenza della facoltà di agire ragionevolmente al momento dell'atto (RAMI 1996 succitata, 1988 U 55, p. 362 consid. 1b). Tuttavia, nel processo in materia di assicurazioni sociali, caratterizzato dalla massima inquisitoria, alle parti non incombe un

onere della prova soggettivo ai sensi dell'art. 8 CC. Un onere della prova esiste unicamente nella misura in cui, in assenza di prove, la decisione andrà a discapito di colui che intendeva dedurre dei diritti da una fattispecie finalmente rimasta indimostrata. Siccome la questione della capacità di discernimento va valutata sulla base di "sviluppi interiori" al momento in cui è stato commesso un determinato atto suicida (DTF 113 V 63) e dunque una prova certa della sua assenza è da escludersi (cfr. DTF 91 II 338 consid. 8, 74 II 205 consid. 1), non possono essere poste delle esigenze probatorie troppo severe. Perciò, si considera fornita la prova dell'assenza della facoltà di agire ragionevolmente, quando "... eine durch übermächtige Triebe gesteuerte Suizidhandlung als wahrscheinlicher erscheint als ein noch in erheblichem Masse vernunftgemässes und willentliches Handeln" (cfr. STFA 1° luglio 1993 succitata; RAMI 1996 U 267, p. 311 consid. 2d; STFA del 2 luglio 2001 nella causa A., B. e C., U 55/99, consid. 1b). 2.10. In una sentenza del 28 aprile 2003 nella causa C., U 37/03, l'Alta Corte ha ammesso che l'assicurata era totalmente incapace di discernimento al momento del tentativo di suicidio, sulla base delle seguenti considerazioni: " (...) 3. 3.1 Le 26 février 2001, C._____ s'est retirée dans sa chambre après avoir terminé son service. Elle a rédigé une lettre de démission pour fin du mois d'avril, bu du punch, puis appelé une collègue qui était de piquet à l'hôpital; celle-ci est venue une première fois, vers 23 heures, puis une seconde fois entre 2 et 3 heures du matin. Peu après, C._____ s'est défenestrée. 3.2 Aux termes de l'expertise du docteur A._____, cet événement s'inscrit au plan temporel dans le cadre de l'évolution larvée d'un trouble dépressif récurrent, dont les modalités d'expression et l'intensité étaient modulés par une pathologie de la personnalité marquée par des aspects post-traumatiques; à fin février 2001, C._____ se trouvait dans un épisode dépressif d'intensité moyenne (CIM-10, F33.1). Au moment du passage à l'acte, elle présentait un trouble de la conscience associant un trouble dissociatif aigu (confusion psychogène ou état crépusculaire psychogène; CIM-10, F44.88) et une intoxication éthylique aiguë avec distorsion des perceptions (CIM-10, F10.04). La présence isolée d'un état crépusculaire psychogène ou d'une ivresse avec alcoolémie de l'ordre de grandeur de 2 o/oo ne permettrait pas de retenir une altération de la conscience d'un degré de gravité tel qu'il ait pu résulter une méconnaissance d'aspects importants de la réalité. Par contre, la combinaison de ces deux facteurs, qui se renforçaient et se potentialisaient mutuellement, amenaient à retenir une ivresse compliquée ou intoxication éthylique aiguë avec distorsion des perceptions (CIM-10, F10.04). L'absence de comportement suicidaire préalable, ou d'idée de suicide avant l'événement parlaient contre un comportement réfléchi. Par ailleurs, la brutalité et le caractère subit de la tentative de suicide, de même que les nombreuses possibilités de se supprimer d'une manière moins violente, dont une infirmière sujette au vertige disposait dans un hôpital, donnaient également à penser que l'acte n'était pas raisonné. En s'enivrant, C._____ ne s'était pas mise sciemment en danger de voir survenir les troubles qu'elle avait présentés dans la nuit du 26 au 27 février 2001. En définitive, l'expert a retenu une abolition de la capacité de discernement, soit une grave altération de la conscience avec méconnaissance fondamentale de la situation et comportement n'obéissant à aucune logique rationnelle; si des aspects latents ou mal reconnus de la personnalité s'étaient exprimés dans ce geste, C._____ n'avait pas eu la possibilité à aucun moment d'intervenir de manière correctrice et raisonnable. Elle était vraisemblablement dans un état d'ivresse compliquée susceptible de la priver de la faculté de se comporter raisonnablement et on pouvait admettre qu'elle se trouvait en état d'incapacité de discernement; elle ne s'était pas mise fautivement dans cet état en buvant de l'alcool et n'était pas en mesure de mesurer la portée de son acte au moment de l'absorption.

S'appuyant essentiellement sur cette expertise, les premiers juges ont considéré que C._____ n'avait pas la capacité de discernement lorsqu'elle a agi et qu'elle ne s'était pas mise fautivement en incapacité de discernement. La défenestration devait dès lors être considérée comme un accident. 3.3 Il y a lieu de suivre les premiers juges dans leur analyse. Il ressort clairement de l'expertise du docteur A._____ et de ses conclusions que l'intimée souffrait de troubles psychiques et qu'elle a présenté lors de l'événement du 27 février 2001 un état psychopathologique grave avec altération fondamentale de la réalité et abolition de la capacité de discernement, qui doit être assimilé à une maladie psychique symptomatique. En considérant le mode opératoire de l'acte et l'ensemble des circonstances objectives et subjectives entourant celui-ci (notamment, l'absence d'antécédents suicidaires, les démarches concrètes pour trouver un nouvelle place, la lettre de démission, le court moment où l'intimée s'est retrouvée seule, le saut dans le vide par une personne sujette au vertige), il ne saurait être fait reproche aux premiers juges d'avoir considéré que l'intimée, au moment où elle a agi, était sans faute de sa part totalement incapable de se comporter raisonnablement. 3.4 Les griefs soulevés par la recourante, qui ont trait essentiellement à la qualité de l'expertise psychiatrique, doivent être écartés. 3.4.1 Comme l'ont relevé à juste titre les premiers juges, le rapport du docteur A._____ constitue une expertise détaillée et circonstanciée; elle comprend une anamnèse psychiatrique conséquente, qui repose sur plusieurs entretiens avec l'intimée, la psychologue B._____, la doctoresse D._____, ainsi que l'examen du dossier du Centre Y._____; elle définit de manière nuancée et pertinente les interférences des différents troubles psychiques présentés par l'intimée avant et lors de l'événement du 27 février 2001, analyse la situation de l'intimée tant objectivement que subjectivement lors de cet événement et aboutit à des conclusions convaincantes. 3.4.2 En revanche, l'analyse de la situation que fait la recourante - qui considère que l'envie de mettre fin définitivement à une existence aussi pénible s'était dessinée à l'esprit de l'intimée et qu'elle avait pris la décision, après réflexion, de mettre fin sciemment à sa vie, ou que son esprit libéré par l'alcool l'avait conduite au constat ultime qu'il n'y avait aucun espoir et à la décision de mettre un terme à son existence - n'est étayée par aucune pièce médicale et ne constitue qu'une réflexion de profane dénuée de toute pertinence. 3.4.3 En outre, contrairement à l'avis de la recourante, on ne peut reprocher à l'expert d'avoir cité l'art. 16 CC en prémisses de sa discussion - au vu du mandat que lui avait confié les premiers juges, ni d'avoir mentionné des avis de la doctrine médico-légale, qu'il s'agisse de Kind, Foerster ou Venzlaff; on attend justement de l'expert qu'il se réfère à la littérature pertinente pour asseoir ses conclusions. Il en va de même lorsque la recourante considère que l'expert a dépassé son rôle en supposant que la chambre de l'intimée avait été fermée de l'extérieur. Savoir si l'intimée a demandé à sa collègue de l'enfermer ou si elle a été enfermée contre sa volonté n'est en effet pas sans incidence dans l'analyse de l'état psychique présenté par l'intimée; il suffit de renvoyer sur ce point la recourante à l'expertise et au jugement cantonal. Enfin, la recourante se borne à critiquer les conclusions de l'expert sur la consommation d'alcool de l'intimée, mais ne propose cependant aucune autre analyse ou démarche propre à les mettre en doute. (...)" Il TFA è arrivato al risultato opposto in una sentenza del 9 dicembre 2003 nella causa U 318/02, riguardante un assicurato che si è suicidato. La Corte federale ha in particolare rilevato: " (...) 3.3 3.3.1 Selon la jurisprudence, le suicide comme tel n'est un accident assuré, conformément à l'art. 48 OLAA, que s'il a été commis dans un état de totale incapacité de discernement au sens de l'art. 16 CC. Par conséquent, il faut, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, qu'au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et

subjectives, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison notamment d'une maladie mentale ou d'une faiblesse d'esprit, ou encore d'un grave trouble de la conscience (ATF 113 V 63 s. consid. 2c; RAMA 1996 no U 267 p. 310 consid. 2b; 1990 no U 96 p. 185 consid. 2). L'existence d'un trouble de ce genre doit être établie conformément à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il doit s'agir de symptômes psychopathologiques comme la folie, les hallucinations, la stupeur profonde, le raptus, etc. Le motif qui a conduit au suicide ou à la tentative de suicide doit être en relation avec les symptômes psychopathologiques. L'acte doit apparaître « insensé ». Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression et de désespoir ne suffit pas (RAMA 1996 no U 267 p. 310 consid. 2b; arrêt non publié F. du 22 mai 1996 [U 223/94]; Kind, Suizid oder «Unfall», Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSAS 1993 p. 291). Pour établir l'absence de capacité de discernement, il ne suffit pas de considérer l'acte de suicide et, partant, d'examiner si cet acte est déraisonnable, inconcevable ou encore insensé. Il convient bien plutôt d'examiner, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier du comportement et des conditions d'existence de l'assuré avant le suicide, s'il était raisonnablement en mesure d'éviter ou non de mettre fin ou de tenter de mettre fin à ses jours. Le fait que le suicide en soi s'explique seulement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté ne constitue qu'un indice d'une incapacité de discernement (RAMA 1996 no U 267 p. 311 consid. 2b et les références).

3.3.2 En l'espèce, l'assuré a subi deux épisodes dépressifs: le premier à la suite du décès de son père en 1994 et le second en raison de problèmes relationnels dans sa vie privée et ses rapports de travail. Pour le second, il a été soigné à l'aide d'une médication antidépressive (Seropram) et d'entretiens psychothérapeutiques par le docteur G. _____ dès le mois d'octobre 1996. Ce médecin a mis fin au traitement le 7 juillet 1997 en raison de l'amélioration de l'état de santé. De son côté, le docteur I. _____, médecin de famille, a confirmé que l'assuré était guéri à l'issue du traitement administré par le docteur G. _____ (rapport du 22 septembre 2000). Dans une note du 20 août 2001 à l'attention du docteur H. _____, le docteur I. _____ a indiqué avoir prescrit un emballage de Deanxit le 8 janvier 1998, parce que l'assuré souffrait d'anxiété modérée. Il a cependant indiqué que celui-ci ne se sentait plus du tout dépressif. Cela étant, en l'absence de toute maladie psychique au moment de l'acte, on ne saurait conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'absence de capacité de discernement. D'ailleurs, il n'existe pas d'éléments en faveur de la thèse d'un acte insensé. Le mode avec lequel l'assuré a mis fin à ses jours ne constitue pas un indice permettant d'admettre l'existence d'un acte fatal spontané. Le point de vue du docteur H. _____, selon lequel la capacité de discernement était peut-être altérée mais très probablement pas absente est à cet égard convaincant.

3.4 Après avoir entendu un certain nombre de témoins, le juge délégué à l'instruction de la cause en instance cantonale a informé les recourants qu'il ne procéderait pas à d'autres auditions (lettre du 2 juillet 2002). Bien que ceux-ci n'aient pas réagi à cette décision, ils réitérèrent toutefois leur demande de preuve en instance fédérale. La Cours de céans ne saurait toutefois faire suite à cette requête. Plus de cinq ans après les faits litigieux, les preuves requises ne sont pas pertinentes, face aux constatations médico-légales ci-dessus mentionnées, pour trancher le point de savoir si le décès est dû à un suicide ou à un homicide. Par ailleurs, une expertise au sujet de la capacité de discernement de l'assuré n'apporterait pas de renseignements complémentaires qui ne figurent déjà dans les avis médicaux versés au dossier.

3.5 Vu ce qui précède, force est de considérer que le décès de

l'assuré est dû à un suicide et qu'au moment où il a agi, le prénommé n'était pas incapable de se comporter raisonnablement. L'intimée était dès lors en droit, par sa décision sur opposition du 20 septembre 2001, de refuser l'octroi de ses prestations, à l'exception de l'indemnité pour frais funéraires. Le recours se révèle ainsi mal fondé." La capacità di discernimento è stata ammessa dal TFA in un'altra sentenza del 18 luglio 2002 nella causa P., U 28/01, relativa ad un assicurato che ha ucciso i suoi figli ed ha poi tentato di suicidarsi, sulla base delle seguenti motivazioni: " (...) 4.2 En l'espèce, il ressort notamment du rapport établi le 17 janvier 1996 par les docteurs C._____ et D._____, du département de psychiatrie des Hôpitaux W._____, que le recourant souffrait, au moment de sa tentative de suicide, d'un trouble dépressif majeur sévère. A la date de son examen par ces praticiens, il ne présentait toutefois pas de traits psychotiques évidents. Par ailleurs, selon les docteurs A._____ et B._____, P._____ présentait une personnalité pathologique immature, dépressive et narcissique, de sorte que sa capacité interne de liberté psychique était limitée. Dans le même sens, le docteur E._____, psychiatre à l'institut V._____ de médecine légale, a indiqué que la séparation d'avec sa famille avait provoqué chez l'assuré un sentiment de perte et une atteinte narcissique ayant entraîné des mécanismes de défenses archaïques capables d'altérer le rapport à la réalité. Ces rapports médicaux permettent de retenir que les facultés cognitive et volitive de l'assuré étaient altérées par ses troubles de la personnalité et sa grave dépression. On ne saurait toutefois en déduire que celui-ci était incapable de discernement au moment de son acte. A cet égard, les docteurs A._____ et B._____ ont clairement précisé que les troubles psychiques dont souffrait P._____ n'avaient pas complètement aboli, altéré ou entravé son discernement ou le contrôle de ses actes. Ces conclusions sont corroborées par les circonstances objectives et subjectives entourant le drame. D'après les renseignements donnés par la soeur du recourant, celui-ci lui avait remis, le 31 décembre 1995, une mallette fermée contenant de l'argent, des chèques et une lettre indiquant à qui ces biens devaient revenir; il lui avait par ailleurs déjà confié cette mallette à plusieurs reprises depuis qu'il était en conflit avec son épouse. On peut en déduire que le recourant avait déjà envisagé le suicide avant le 1er janvier 1996. Dans une certaine mesure, son acte était ainsi prémédité et n'apparaît pas comme résultant d'une pulsion totalement irrationnelle et incontrôlable. Aussi convient-il de nier l'absence de discernement du recourant au moment de son acte, sans qu'un complément d'instruction soit nécessaire. (...)" Nella sentenza pubblicata in DTF 113 V 61 l'Alta Corte ha invece riconosciuto l'incapacità di discernimento ad un assicurato che ha tentato il suicidio, rilevando: " 3. a) Im vorliegenden Fall hat die Psychiatrische Klinik L. im Anschluss an die notfallmässige Einweisung des Beschwerdegegners am 26. Februar 1985 folgende Diagnose gestellt: schwere Depression, Berufsproblematik, Suizidalität, Verfolgungsgedanken. Im Administrativgutachten vom 14. Mai 1985 ergänzte Prof. Dr. med. K., dass der Beschwerdegegner in L. an einer paranoiden depressiven Psychose gelitten habe, die auf dem Untergrund einer depressiv-zwanghaften Persönlichkeit entstanden sei; es bestehe kein Zweifel, dass der Versicherte in jenen Tagen von einem unkorrigierbaren Wahndenken beherrscht gewesen sei, weil er glaubte, für hohe finanzielle Verluste und eine Misswirtschaft seiner Arbeitgeberfirma verantwortlich gemacht zu werden. Als er am 5. März 1985 mit seiner Ehefrau zum Büro des behandelnden Psychologen gegangen sei, habe er vor dem Haus ein Auto mit einer Zürcher Nummer gesehen. Zu dem nun folgenden Geschehen nahm Prof. Dr. med. K. folgendermassen Stellung: «Nun kam ihm [dem Beschwerdegegner] nach seinen Angaben plötzlich der Gedanke, jetzt stehe die entscheidende Verhandlung mit seiner Frau über sein Schicksal

bevor und man würde ihn ins Gefängnis bringen. Dieser Gedanke habe ihn in blinder Panik beherrscht, so dass er nur noch den Suizid als Ausweg gesehen habe. In dieser Verfassung habe er sich aus dem Warteraum in die anschliessende Toilette gestürzt und von dort durch das enge Fenster in die Tiefe. Der Explorand gibt jetzt ohne weiteres zu, dass er sich das Leben nehmen wollte. Das Motiv zu dieser Suizidhandlung war aufgrund der Zusammenhänge eindeutig in den depressiven Wahn-ideen begründet... Alle mir zugegangenen Informationen weisen darauf hin, dass der Explorand im Zeitpunkt der Suizidhandlung diese kritische Steuerung seines Handelns nicht mehr besessen hat. Nur so lässt sich erklären, dass er sich aus dem engen Toilettenfenster zwängte, gewissermassen auf blinder Flucht in den Tod, vermutlich weil er glaubte, vor der Haustür warte bereits das Auto, um ihn abzuholen. Es sei ihm also ein anderer Ausweg versperrt. Diese letztere Interpretation ist zwar eine Vermutung, weil der Explorand keine klare Erinnerung an seine inneren Erlebnisse vor dem Sturz in die Tiefe hat. Er weiss nur, dass er in blinder Panik war, im Tod den einzigen Ausweg sah, um dem Schicksal der Verurteilung oder Versenkung zu entgehen. Dass es sich um einen schwer wahnhaften, psychotischen Zustand gehandelt hat, wird auch durch den Umstand bewiesen, dass er nach dem Sturz noch während längerer Zeit angehalten hat. Erst durch eine Behandlung mit hohen Dosen eines Psychopharmakons beruhigte sich der Explorand im Spital T. und bekam Abstand von seinem Wahndenken. Im Sinne des ZGB muss der Explorand m. E. für seine Suizidhandlung als völlig urteilsunfähig bezeichnet werden.» b) Auf diese schlüssigen und einleuchtenden fachärztlichen Darlegungen ist abzustellen. Die Beschwerdeführerin bringt nichts vor, was an der Stellungnahme des Prof. Dr. med. K. erhebliche Zweifel wecken könnte. Insbesondere bestehen keine Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit des Administrativexperten. Dass sich, wie in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde geltend gemacht wird, der Zustand des Beschwerdegegners in den Tagen nach der Klinikeinweisung gebessert haben soll und dass eine Selbsttötung oder ein Suizidversuch nicht erwartet wurde, ändert nichts daran, dass der seelisch kranke Versicherte durch die Umstände am 5. März 1985 in panische Angst geriet und jegliche vernünftige Einsicht über die tatsächliche Lage verlor. Schliesslich deckt sich die Stellungnahme des Prof. Dr. med. K. mit den übrigen, in den Akten befindlichen Unterlagen, insbesondere mit dem Attest des Dr. med. G. vom 12. November 1985, welcher den Beschwerdegegner nach dem Unfall als psychiatrischer Konsiliarius im Spital T. betreute und aus eigenen Untersuchungen ein schweres depressives Zustandsbild mit paranoiden Zügen diagnostizierte, das den Versicherten zwangsläufig zum Suizidversuch trieb. Bei dieser Aktenlage hat das kantonale Gericht zu Recht die Urteilsfähigkeit verneint, weshalb die Voraussetzungen des Art. 48 UVV erfüllt sind mit der Folge, dass die Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen hat." (DTF 113 V 65) In una sentenza del 14 febbraio 2002 nella causa G., inc. n. 35.2001.7, cresciuta in giudicato, questo Tribunale ha ammesso che un'assicurata, in preda ad un episodio depressivo grave con manifestazioni psicotiche nel quadro di un disturbo bipolare, era totalmente incapace di discernimento al momento del tentativo di suicidio. In quell'occasione il perito giudiziario così aveva risposto ai principali quesiti: " (...) 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." Inoltre, l'esperto aveva in particolare sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 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." Il TCA ha in particolare così motivato la propria sentenza: " A mente dello scrivente TCA, il referto peritale della psichiatra X 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 X) 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 X 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)." Alla medesima conclusione il TCA era giunto in una sentenza pubblicata in RDAT I-1996, p. 225ss. ed aveva rilevato in particolare: " In particolare per quanto riguarda la capacità di discernimento nella sentenza 1. luglio 1993 citata, il TFA ha precisato che una prova sicura della sua assenza è da escludersi proprio per la natura stessa della questione poiché vanno valutati «sviluppi interiori intervenuti nel momento stesso del fatto»: al suo riguardo, non devono, pertanto, essere formulate richieste di prova troppo severe. Una grande verosimiglianza e l'assenza di un serio dubbio è sufficiente (DTF 117 II 233 seg., consid. 2b; RAMI 1993 I 66 seg. consid. 4b). ... È, dunque, accertato che, prima del tentativo di suicidio, «soffriva di una malattia mentale, denominata distimia, che si innestava su di una personalità di tipo caratteriale ("oppositiva") in cui si era instaurato anche uno stato di dipendenza dall'alcool, complicato da ebbrezze acute serali». (...) Infine, il perito ribadisce che «si può ritenere che, al momento dell'azione impulsiva di tipo suicida, la capacità di ragionare del peritendo fosse totalmente assente, nel senso che era in grado soltanto di seguire sia pure superficialmente pensieri (o meglio: schemi di attuazione del piano) che avessero attinenza con contenuti depressivi e le ossessioni suicidarie di cui era afflitto. La distimia giustifica il fine suicidale, mentre l'alcolismo giustifica l'azione impulsiva a fine suicida». Dunque, secondo quanto risulta dalla perizia giudiziaria, l'assicurato, al momento del tentativo di suicidio, era privato della capacità di agire ragionevolmente a causa dell'interazione di una malattia mentale e di un'ebbrezza acuta. 2.10. Il dott. B. dell'INSAI non ha ritenuto di poter condividere la valutazione del perito sull'incapacità di discernimento: secondo lui la capacità di ragionare di X. non era del tutto soppressa. Dopo attenta riflessione, questo TCA ritiene di non poter condividere le censure mosse dal dott. B. alle conclusioni peritali. (...) Ora, in concreto, non è condivisibile l'argomentazione secondo cui «soltanto uno stato depressivo con sintomi qualitativi psicotici o, se non, un'ebbrezza patologica potrebbero generare una totale incapacità di intendere e volere» (cfr. doc. 7 pag. 5). In effetti, in concreto, appare più convincente l'opinione del perito secondo cui il ricorrente era, al momento dell'atto, totalmente incapace di comprendere la portata del suo gesto e di determinarsi in conseguenza a causa dell'interazione della malattia mentale e dell'alcol: «al di là della distimia, ossia della neurosi depressiva, e della costituzione particolare del suo carattere (queste personalità sono particolarmente inclini ad atti a corto circuito oppure ad agire sotto influsso), aveva assunto alcool. Ho attribuito il passaggio all'atto propria mente a questa assunzione alcolica. È noto che l'alcool funziona quale catalizzatore di azioni impulsive a corto circuito in particolari personalità, specialmente quando queste sono afflitte da stati mentali abnormi» (cfr. presa di posizione del perito al parere del dott. B.). Il dott. B. si chiedeva se il perito sarebbe giunto alle stesse conclusioni se, invece di un tentativo di suicidio, l'assicurato avesse compiuto un tentativo d'omicidio. Tale domanda, come rilevato dal perito, è, qui, un falso problema: «salvo casi eccezionali, le motivazioni (i sentimenti, i pensieri, le emozioni) che conducono al suicidio non sono di certo le stesse che muovono un individuo verso l'omicidio. Quindi, a circostanze diverse, considerazioni diverse». Anche nel diritto svizzero, la capacità di discernimento è relativa: essa va cioè, apprezzata non in abstracto ma concretamente, in

rapporto ad un atto determinato (RAMI 1993 1 66 seg. consid. 4b.; DTF 117 V 232 seg. consid. 2a e riferimenti). In concreto, andava dunque verificato se fosse o meno annullata la capacità di valutazione e di controllo in riferimento all'azione del suicidio (cfr. STFA 1.7.1993 in re H. non pubbl.) e non in riferimento ad altre azioni. Nella sentenza 1.7.1993 appena citata, in un altro caso di tentato suicidio, il TFA aveva ritenuto che questa capacità di controllo è da ritenersi annullata quando «l'impulso irrompe direttamente e primariamente nell'azione non permettendo più lo svilupparsi di quel controllato fenomeno di distacco dal mondo che è proprio dell'azione intenzionale». A mente dello scrivente TCA, la perizia (completa ai sensi di quanto definito in RAMI 1991 pag. 311 consid. 1) ha dimostrato, nei limiti della verosimiglianza preponderante richiesti dalla giurisprudenza del TFA, che il ricorrente, al momento del tentativo, non era capace di discernimento. La conseguenza di tale conclusione è che la decisione impugnata va annullata ed all'INSAI va fatto obbligo di erogare le prestazioni previste dalla LAINF." Una completa assenza della capacità di intendere e volere al momento dell'atto, è stata ancora ammessa da questa Corte in una recente sentenza dell'8 novembre 2005 nella causa T., inc. n. 35.2005.9, cresciuta in giudicato, segnatamente sulla base delle considerazioni seguenti: " (...). Dalle affermazioni del dottor B. occorre ritenere che, al momento in cui ha compiuto il tentativo di suicidio, l'assicurata era in preda ad una crisi psicotica acuta (che si caratterizza per la presenza di deliri e allucinazioni e da una grave compromissione del comportamento abituale) e ad un disturbo di personalità schizoide (che si caratterizza per una tendenza ad agire impulsivamente, da sentimenti costanti di vuoto interiore, da relazioni interpersonali intense ed instabili, e da una tendenza ad un comportamento autolesionistico, compresi atti e tentativi di suicidio) che, per la natura stessa delle affezioni ed in quelle particolari circostanze, non le hanno permesso nè di comprendere la gravità del gesto che stava compiendo, nè di agire diversamente. Come già visto, il dottor B. al riguardo ha in particolare sottolineato che: "(...) il tipo di angoscia di cui soffriva l'assicurata sin dal momento in cui l'ho conosciuta è un tipo di angoscia che quando monta può fare perdere la testa, non capire più niente, non rendersi conto di quello che si sta facendo. Si tratta di stati d'animo facilmente trasmissibili che io avevo già percepito in passato e che sono confermati dalla diagnosi. Non è un caso che queste tre ragazze si siano incontrate ed abbiano avuto un'evoluzione piuttosto fragile tutte e tre. Io ritengo che le diagnosi poste contribuiscono entrambe a fare concludere per l'incapacità di discernimento nei due aspetti: il disturbo di personalità per quel che riguarda il carattere di volontà e invece l'altra diagnosi (disturbo psicotico) per quel che riguarda l'aspetto intellettuale. Va comunque detto che anche già solo il disturbo di personalità "Borderline" comporta caratteri autolesionistici e di suicidio. Tengo pure a sottolineare che questa conclusione vale anche in relazione alla diagnosi posta dalla dr.ssa G. (...) " (Doc. XVI) Le affermazioni del medico curante coincidono del resto, almeno in parte con le descrizioni della dottoressa G., che ha usato termini quali "corto circuito", "grave disturbo psichiatrico il quale distorce la realtà nei momenti di scompenso", "delirio con bisogno di emulazione dell'amica perduta". Il dottor B. ha poi sottolineato che il tentativo di suicidio dell'assicurata è avvenuto nel contesto di un'emulazione della sua grande amica deceduta e dopo che nel corso del ricovero coatto deciso pochi giorni prima (il 5 marzo 2003) si erano già manifestate delle allucinazioni. Secondo questo Tribunale a nulla di diverso può portare la circostanza che l'assicurata abbia lasciato un biglietto con scritto "perdonatemi" e che si è chiusa a chiave nell'appartamento dall'interno. Tale aspetto non è infatti inabituale nel caso di persone che compiono un gesto tragico nel contesto di una grave crisi psicotica come quella dell'assicurata (" Il fatto di scrivere un biglietto di

addio non esclude la presenza di uno scompenso psicotico con delirio e allucinazioni”), che, peraltro, per le ragioni descritte dal medico curante, viveva con grossi sensi di colpa. La circostanza di avere lasciato uno scritto non è comunque decisiva neppure secondo la giurisprudenza (cfr. consid. 2.8). (...).” 2.11. Con la decisione su opposizione impugnata, l’Istituto assicuratore convenuto ha ritenuto inapplicabile l’art. 48 cpv. 1 OAINF, non potendo ammettere che al momento dell’atto l’assicurato era completamente privo della capacità di discernimento, riferendosi essenzialmente alla valutazione espressa dal proprio psichiatra di fiducia, dott. _____, in occasione della visita di controllo del 21 marzo 2005 (cfr. doc. 44, p. 5s.). In effetti, con il proprio referto prodotto dall’CO 1 sub doc. 28, il dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha affermato che, al momento dell’evento, la capacità di intendere e di volere di PI 1 non era, con grande probabilità, totalmente assente, fornendo al riguardo le motivazioni seguenti: " Ci sono evidenti discrepanze tra la descrizione fatta dall'ass. e dalla moglie in merito all'evento in questione durante il presente colloquio, e le informazioni contenute negli atti che comprendono anche le dichiarazioni ben diverse, rilasciate dalla moglie alla polizia cantonale; oltre la descrizione della situazione clinica e i risultati dei colloqui con i familiari durante la lunga degenza presso la _____. Dopo aver attentamente esaminato tutto l'incartamento, ci sono pochi dubbi in merito alla consistenza della diagnosi posta dai medici della Clinica Psichiatrica _____: tentamen suicidale nel contesto di un delirio di gelosia, abuso etilico cronico e abuso di cannabis. Dal rapporto di polizia e dagli esami tossicologici effettuati subito dopo l'evento del 7.3.2004, risulta uno stato d'intossicazione etilica importante (1.95-2,15). Ci sono delle indicazioni chiare che depongono a favore di una sintomatologia reattiva , nel contesto di un ennesimo litigio per motivi di gelosia, preceduto dalle minacce di volersi fare del male, minacce peraltro già pronunciate in precedenza (come ci ha confermato l'ass. durante il colloquio clinico odierno). Dal punto di vista psichiatrico non ci sono dei segni evidenti, al momento dell'evento, per la presenza di sintomi manifestamente psicotici nel senso schizofrenico, caratterizzato da allucinazioni, deliri o da raptus per cui, imperativamente e in uno stato di completa alterazione dell'esame di realtà, sarebbe stato spinto alla defenestrazione. Tutte le informazioni a nostra disposizione lasciano invece presupporre, con preponderante probabilità, un comportamento certamente inadeguato, ma comprensibile e mirato nel contesto di un delirio di gelosia, conseguente all'abuso cronico di sostanze alcoliche e alle tensioni che questa situazione aveva creato a livello familiare. In questo senso, al momento dell'evento, la capacità di intendere e di volere e quindi di giudicare le conseguenze del suo atto, non era, con grande probabilità, totalmente assente. Le sequele dell'evento hanno portato all'invalidità dell'ass. (è stata inoltrata la relativa richiesta all'AI), ma hanno pure contribuito a stabilizzare la situazione familiare e coniugale, che appare ora molto meno conflittuale. Infine, dal colloquio telefonico avuto con lo psichiatra curante dr. _____ di _____, non sono emersi elementi tali da invalidare le nostre conclusioni." (doc. 28) Il TCA constata inoltre che la Cassa malati RI 1, con un ricorso teso a dimostrare che la caduta di cui è rimasto vittima l’assicurato è stata originata da una fatalità, non ha contestato il fatto che quest’ultimo, al momento del noto gesto, non fosse totalmente privo della facoltà di intendere e volere (cfr. I e XV: “L’insieme di questi fatti permette di dubitare delle conclusioni dell’CO 1 che si tratta di un tentato suicidio. Sembra piuttosto giustificato di procedere ad una riduzione delle indennità giornaliere giusta l’art. 37 cpv. 2 LAINF”). 2.12. Secondo la giurisprudenza, quanto alla valenza probante d’un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio

approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione quale perizia o rapporto (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c). Occorre inoltre considerare che, sempre secondo il TFA, 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 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, in *BJM* 1989, p. 30ss.). Nella già menzionata DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha confermato che 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. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale, vista l'assenza di contestazioni da parte dell'assicuratore malattie ricorrente e, soprattutto, considerata l'assenza di pareri specialistici divergenti, ritiene che l'apprezzamento espresso dallo psichiatra di fiducia dell'CO 1 possa validamente servire da base al presente giudizio. In proposito, occorre rilevare che il dott. _____, in quanto specialista FMH in psichiatria e psicoterapeuta, già Direttore del Settore Sottoceneri dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, deve essere ritenuto come particolarmente qualificato ad esprimersi nella materia che qui interessa. D'altro canto, egli ha formulato le proprie conclusioni, motivate in maniera convincente, dopo aver preso piena conoscenza dei dati anamnestici riguardanti l'assicurato e dopo averlo personalmente incontrato assieme alla moglie (circa la necessità di un esame personale dell'assicurato, quando si tratta di valutare delle questioni che necessitano di una perizia psichiatrica, cfr. DTF 127 I 54 consid. 2e-g e riferimenti, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345 s.; STCA dell'8 agosto 2002 nella causa T., inc. n. 35.2000.34 e dell'8 novembre 2005 nella causa T., inc. n. 35.2005.9). Inoltre, interpellato pendente causa da questo Tribunale, lo psichiatra dott. _____ ha escluso che l'assicurato potesse soffrire di un disturbo psicotico di stampo schizofrenico tale da pregiudicare la sua capacità di intendere e volere. Contro una simile ipotesi parla in effetti il fatto che una tale patologia, grave al punto da incidere negativamente sul funzionamento sociale e lavorativo, non sia stata mai diagnosticata precedentemente all'episodio in discussione (cfr. XIII, p. 1: "Una sintomatologia psicotica acuta di stampo schizofrenico con conseguente raptus al momento dell'evento tale da giustificare una completa incapacità di intendere e volere, può essere esclusa perché la presenza di tale grave patologia, sarebbe certamente stata diagnosticata (a causa della sua drammaticità e per le sue conseguenze sul funzionamento sociale e lavorativo) già antecedentemente"). In questo contesto, il TCA ritiene importante rilevare che dalle tavole processuali non emerge neppure che PI 1 sia mai stato sottoposto a trattamenti per la cura di una qualsiasi patologia psichica. Questo a differenza dei casi, giudicati dal TFA e dal TCA, nei quali gli assicurati interessati, già prima del tentativo di

suicidio, avevano sofferto di patologie psichiche. D'altra parte, lo psichiatra di fiducia dell'CO 1 ha pure negato che il tenore alcolemico rilevato nel sangue dell'assicurato (valore medio del 2.05‰) era tale da compromettere la sua capacità di discernimento (cfr. XIII, p. 1: "Il tenore alcolemico medio riscontrato (2.05‰) da un punto di vista medico, non rende una persona totalmente incapace di intendere e volere e quindi di giudicare le conseguenze del suo atto. Lo indica peraltro anche la descrizione dell'accaduto come risulta dai verbali delle prima deposizioni"). Del resto, nella già citata STFA del 28 aprile 2003 nella causa C. (cfr. il consid. 2.10. di questa pronunzia), l'Alta Corte aveva ammesso l'assenza totale della capacità di intendere e volere, soltanto in ragione della presenza cumulativa di uno stato crepuscolare psicogeno e di uno stato di ebbrietà. In esito a quanto precede, il TCA, applicando il criterio della probabilità preponderante utilizzato abitualmente per l'apprezzamento delle prove nel settore delle assicurazioni sociali (cfr. STFA del 19 settembre 2005 nella causa G., U 200/04; STFA del 14 settembre 2005 nella causa F., C 192/04; DTF 129 V 181 consid. 3.1, DTF 129 V 406 consid. 4.3.1, DTF 126 V 360 consid. 5b, DTF 125 V 195 consid. 2; RDAT I - 1996 p. 225), ritiene che il 7 marzo 2004, al momento in cui ha compiuto il tentativo di suicidio, l'assicurato non si trovava in uno stato di totale incapacità di discernimento, di modo che i presupposti di cui all'art. 48 OAINF non sono adempiuti. Di conseguenza l'assicuratore infortuni convenuto ha correttamente negato il proprio obbligo a prestazioni.

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