

## **TI\_GERICHTE 35.2006.20 vom 20. September 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-09-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2006.20](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2006.20)

FR: TI\_GERICHTE 35.2006.20 du 20 septembre 2006

IT: TI\_GERICHTE 35.2006.20 del 20 settembre 2006

### **Regeste**

Tentativo di suicidio. Negato l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore, accertato che l'assicurato, al momento del gesto, non era totalmente privato della capacità di discernimento a causa di malattia mentale.

### **Erwägungen**

#### **E. 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 peritando 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 alcol. Ho attribuito il passaggio all'atto propria mente a questa assunzione alcolica. È noto che l'alcol 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 I 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 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 scompensazione", "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

### **E. 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: "

#### **E. 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). (...)." Per contro, in una recente sentenza del 16 marzo 2006 nella causa N., inc. n. 35.2005.72, questo Tribunale ha giudicato inapplicabile l'art. 48 OAINF, trattandosi di un assicurato che aveva tentato di togliersi la vita, gettandosi da un autosilo nel contesto di un delirio di gelosia, abuso etilico cronico e abuso di cannabis. 2.9. 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 al parere espresso il 29 agosto 2005 dal proprio psichiatra di fiducia, dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. 18: "... con grande probabilità l'ass. non era completamente incapace di intendere o di volere, al momento del gesto. Non ci sono infatti segni deponenti per un'intossicazione acuta, un raptus psicotico, uno stato epilettico o un disturbo metabolico. Sono stati descritti solo dei tratti di personalità (ma non un vero disturbo!) borderline-dipend."). Il ricorrente contesta questa tesi, facendo capo alle certificazioni del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, co-primario del Reparto di psichiatria della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove l'insorgente è rimasto degente, per una prima volta, dal 20 giugno al 6 settembre 2005. Con certificato del 28 novembre 2005, prodotto in sede di opposizione, lo psichiatra curante ha attestato che il ricovero si era reso necessario per, citiamo: "... un disagio psichico già presente nel momento dei fatti citati, che ne ha chiaramente condizionato lo svolgimento. Per questo motivo, da un punto di vista psichiatrico, si ritiene la responsabilità del sig. RI 1 come fortemente scemata relativamente agli stessi. Una

valutazione di piena intenzionalità del danno provocato alla salute, come quella avanzata dalla CO 1 di \_\_\_\_\_ nella lettera del 7.10.2005, andrebbe riconsiderata sulla base di queste osservazioni." (allegato al doc. 26). Un ulteriore referto del dott. \_\_\_\_\_, datato 7 marzo 2006, è stato versato agli atti unitamente al ricorso. Questo, in particolare, il suo tenore: " Il signor RI 1 è in trattamento psichiatrico dal 24.05.2005, giorno in cui ha tentato il suicidio dapprima provocando un incidente della circolazione con la propria auto (senza coinvolgere altri veicoli ed uscendone illeso), in seguito automutilandosi al capo e al collo con strumenti da taglio. E' stato nel frattempo ricoverato due volte nel reparto di psichiatria dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, la prima dal 20.06.2005 al 06.09.2005, la seconda dal 14.11.2005 al 24.11.2005; nel corso di quest'ultima degenza il signor RI 1 ha messo in atto un ulteriore grave tentato suicidio, procurandosi con una forbice profondi tagli ad entrambi i polsi, ad entrambe le caviglie e in parte al collo. Soccorso tempestivamente, dopo aver ricevuto le cure del caso all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, è stato infine trasferito alla Clinica Psichiatrica di \_\_\_\_\_ dove risulta tuttora degente. E' stata posta una diagnosi di sindrome da disadattamento con disturbo misto delle emozioni e della condotta in personalità con marcati aspetti dipendenti, passivo-aggressivi ed impulsivi. L'evento esistenziale traumatico vissuto dal signor RI 1 con particolare drammaticità fa riferimento ad una conflittualità di coppia con esplicitate intenzioni del partner a separarsi definitivamente. Il decorso dei disturbi presentati appare alquanto sfavorevole, con il persistere di un serio rischio per la vita del paziente. Relativamente all'episodio del primo tentato suicidio del 24.5.2005 ho già espresso una valutazione psichiatrica di responsabilità fortemente scemata che può essere ulteriormente specificata in questi termini. Si è trattato, a mio giudizio, di un agito di tipo reazione a corto circuito (raptus) indotto da una forte carica emotiva (comunicazione della volontà di separarsi di fatto da parte della moglie) con caratteristiche di accessualità (relativo rapido recupero di una condizione di maggiore discernimento fuori da un contesto emotivo favorente), nel quale la capacità di intendere il senso di ciò che si sta compiendo risulta solo relativamente compromessa, mentre la capacità di agire conseguentemente ed adeguatamente appare fortemente alterata, risultando quest'ultima decisiva nello svolgimento dei fatti considerati. La personalità descritta del signor RI 1 è, a mio avviso, portata ad una modalità reattiva ed impulsiva di questo tipo, soprattutto quando confrontato con importanti frustrazioni quali l'allontanamento o la separazione definitiva da figure ritenute da lui significative." (doc. B) Invitato dal TCA a prendere posizione circa la valutazione espressa dallo psichiatra curante, il dott.

\_\_\_\_\_ ha ribadito il parere secondo cui, al momento dell'atto, RI 1 non era totalmente privo della capacità di discernimento, sulla base delle considerazioni seguenti: " Lo psichiatra curante dott. \_\_\_\_\_, nel suo certificato del 7.3.2006, pone la diagnosi di sindrome da disadattamento con disturbo misto delle emozioni e della condotta in personalità con marcati aspetti dipendenti, passivo-aggressivi ed impulsivi. Nel rapporto, per contro, non vengono descritti dei segni riferiti ad una crisi psicotica acuta (caratterizzata da idee deliranti o allucinazioni). Si può pertanto escludere che si sia trattato, nel caso presente, di un cosiddetto "raptus" di stampo psicotico in cui il soggetto, imperativamente, misconoscendo totalmente gli aspetti importanti della realtà e quindi le conseguenze dell'atto, compie un gesto suicidale insensato. Neppure nel citato rapporto vengono descritte delle cause biologiche concomitanti, come ad es. uno stato di debolezza mentale, di ebbrezza patologica, di intossicazione acuta abbinato ad uno stato crepuscolare psicogeno. Anche negli atti clinici a nostra disposizione, in particolare nei rapporti della Clinica di \_\_\_\_\_, non abbiamo trovato la descrizione di segni psicopatologici come quelli

indicati sopra. Il tentativo di suicidio, che purtroppo l'assicurato ha ripetuto in tempi recenti, va pertanto interpretato, con grande probabilità, come un gesto certamente drammatico e sproporzionato, conseguente ad un apprezzamento unilaterale e distorto della propria realtà esistenziale, in particolare della sua situazione relazionale, ma non può essere considerata una pulsione totalmente irrazionale e incontrollata. In conclusione, il quadro clinico (e la qualità del "raptus") menzionato dal dott. \_\_\_\_\_ nel suo certificato del 7.3.2006, non essendo in relazione con uno stato psicotico delirante o allucinatorio o con uno stato di intossicazione acuta, rispettivamente uno stato di stupor psicogeno, considerata la ripetitività del gesto suicidale in tempi recenti, visto che lo stesso medico curante ammette una capacità di intendere "solo relativamente compromessa", non permette di concludere per un'incapacità totale da parte dell'assicurato, di auto-determinarsi ragionevolmente. In altre parole, al momento dell'atto, l'assicurato, a nostro giudizio, non era totalmente incapace di discernimento." (VIbis) 2.10. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte osserva che la tesi ricorsuale di una totale assenza della facoltà di agire ragionevolmente al momento del tentativo di suicidio, non risulta supportata neppure dalle certificazioni dello psichiatra curante dell'assicurato, aspetto che è stato ben evidenziato dal dott. \_\_\_\_\_ (VIbis: "... visto che lo stesso medico curante ammette una capacità di intendere "solo relativamente compromessa", non permette di concludere per un'incapacità totale da parte dell'assicurato, di auto-determinarsi ragionevolmente." – il corsivo è del redattore). In effetti, nel suo certificato del 28 novembre 2005, il dott. \_\_\_\_\_ ha fatto stato di una responsabilità, citiamo: "... fortemente scemata ..." e ha auspicato che l'CO 1 riconsiderasse la propria, citiamo: "valutazione di piena intenzionalità del danno provocato alla salute, ..." (allegato al doc. 26). Indicazioni analoghe si ritrovano peraltro nel suo rapporto del 7 marzo 2006, allestito verosimilmente su invito del patrocinatore di RI 1 e prodotto unitamente all'impugnativa. In quella sede, il dott. \_\_\_\_\_ ha infatti ribadito la propria valutazione psichiatrica di una, citiamo: "responsabilità fortemente scemata", concetto che egli ha precisato in questi termini, citiamo: "Si è trattato, a mio giudizio, di un agito di tipo reazione a corto circuito (raptus) ..., nel quale la capacità di intendere il senso di ciò che si sta compiendo risulta solo relativamente compromessa, mentre la capacità di agire conseguentemente ed adeguatamente appare fortemente alterata, ..." (doc. B). Pertanto, nella misura in cui né il dott. \_\_\_\_\_ (per il quale la capacità di discernere era sì fortemente ridotta [scemata], ma non completamente assente), né tantomeno lo psichiatra di fiducia dell'CO 1, il quale, in quanto specialista FMH in psichiatra e psicoterapeuta, già \_\_\_\_\_ del Settore \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_, deve essere ritenuto come particolarmente qualificato ad esprimersi nella materia che qui interessa, hanno sostenuto che l'insorgente sarebbe stato completamente privo della capacità di agire ragionevolmente al momento del gesto, le loro valutazioni risultano essere convergenti sull'aspetto decisivo della vertenza. In queste condizioni, il TCA può esimersi dall'ordinare l'atto istruttorio postulato dall'assicurato (perizia psichiatrica; cfr. VIII, p. 2s.). Del resto, il TCA attribuisce un significato particolare al fatto che dalle tavole processuali non emerge che RI 1 abbia sofferto nel passato di una patologia psicotica, tale da pregiudicare la sua capacità di intendere e volere. Questo a differenza dei casi, giudicati dal TFA e dal TCA, nei quali gli assicurati interessati, già prima del tentativo di suicidio, avevano lamentato delle pesanti patologie psichiatriche (per un caso in cui l'Alta Corte ha concluso all'inapplicabilità dell'art. 48 OAINF, cfr. la già citata STFA del 9 dicembre 2003 nella causa B., C. e D., concernente un assicurato che nel passato aveva sì presentato due episodi depressivi risoltisi nel frattempo grazie a una farmacomedicazione ma che, al momento del suicidio, appariva

libero da patologie psichiatriche). È vero che, in base alle indicazioni contenute nel referto 6 settembre 2005 dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, l'assicurato, nel mese di maggio 1999, aveva presentato uno scompenso ansio-depressivo reattivo a difficoltà insorte sul posto di lavoro. Tuttavia, grazie a una farmacoterapia ansiolitica e antidepressiva accompagnata da colloqui psicoterapici di sostegno, si era assistito a un totale riassorbimento della sintomatologia, tanto che la psichiatra appena citata aveva potuto dichiarare chiusa la cura già a far tempo dal 3 aprile 2000 (doc. 17). Indicazioni in questo senso erano state fornite dallo stesso ricorrente in occasione della sua audizione del 22 agosto 2005 (cfr. doc. 16, p. 4: “Non prendevo medicinali negli ultimi tempi. Ho preso medicinali circa cinque anni fa quando avevo consultato uno psicologo per una depressione. Depressione che era guarita bene nel giro di pochi mesi . Avevo consultato la dott.ssa \_\_\_\_\_ circa quattro volte.” – il corsivo è del redattore). 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 24 maggio 2005, 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.