

## **TI\_GERICHTE 35.2007.54 vom 29. August 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-08-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2007.54](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2007.54)

FR: TI\_GERICHTE 35.2007.54 du 29 août 2007

IT: TI\_GERICHTE 35.2007.54 del 29 agosto 2007

### **Regeste**

Assicurato si getta da muro alto 13 metri. Si é trattato di tentativo di suicidio e non di atto involontario. Negato obbligo a prestazioni dell'assicuratore, accertato che assicurato, al momento del gesto, non era totalmente privo della capacità di discernimento

### **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 Wahn Denken 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 35.2001.7 del 14 febbraio 2002, 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., trattandosi di un assicurato la cui completa assenza della capacità di intendere e volere era determinata, al momento del tentamen, dall'interazione di una malattia mentale (una neurosi depressiva innestata su di una personalità di tipo caratteriale) e di un'ebbrezza acuta. Una completa assenza della capacità di intendere e volere al momento dell'atto, è stata ancora ammessa da questa Corte in una sentenza 35.2005.9 dell'8 novembre 2005, cresciuta in giudicato, riguardante un'assicurata che, al momento dell'atto, era in preda a una crisi psicotica acuta (che si caratterizza per la presenza di deliri e allucinazioni e da una grave compromissione del comportamento abituale) e a 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) . Per contro, in una sentenza 35.2005.72 del 16 marzo 2006, 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.

2.10. 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 al referto peritale 18 gennaio 2007 del proprio psichiatra di fiducia, dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. In effetti, dopo avere minuziosamente ricostruito l'anamnesi dell'insorgente ed avere proceduto al suo esame clinico, il dott. Daguet si è così espresso: " ... Queste diagnosi e questa dinamica non permettono di concludere per un'incapacità di discernimento totale, in particolare non permettono di concludere per un'alterazione della coscienza di una gravità tale da misconoscere totalmente gli aspetti importanti della realtà e quindi anche le conseguenze dell'atto. Al contrario, si deve, con grande probabilità, presumere che egli abbia agito secondo una sua logica certamente distorta e limitata, ma non del tutto irrazionale e incontrollata." (doc. 45, p. 5) Questa tesi viene contestata con il ricorso, facendo capo alle certificazioni dei sanitari del Policlinico di psichiatria dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. D e E), del dott. \_\_\_\_\_, medico-assistente presso il Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ (doc. B), nonché del dott. \_\_\_\_\_, fratello dell'assicurato (doc. C). Durante la degenza presso il nosocomio \_\_\_\_\_, le condizioni di salute psichica dell'insorgente sono state valutate in due occasioni, il 1° e il 3 giugno 2006, dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, Capo-Clinica, rispettivamente, dal dott. \_\_\_\_\_, medico-assistente. I sanitari appena citati hanno posto la diagnosi di noto disturbo affettivo bipolare in presenza, a qual momento, di un episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (ICD10: F31.4). Essi non si sono invece pronunciati in merito all'esistenza o meno di una totale incapacità di intendere e volere in corrispondenza con il tentamen suicidale (cfr. doc. D e E). Con certificato del 1° marzo 2007, indirizzato al patrocinatore dell'assicurato, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato di non condividere la valutazione enunciata dal dott. \_\_\_\_\_, per quanto riguarda sia la diagnosi, sia le conclusioni relative alla capacità di discernimento al momento dell'atto. Egli ha inoltre precisato di avere ottenuto un miglioramento nello stato di salute dell'insorgente, grazie alla sostituzione della terapia antidepressiva con un'altra antipsicotica e stabilizzante (doc. B). Da parte sua, il fratello di RI 1, spec. FMH in medicina generale, ha in sostanza fatto valere di non essere d'accordo con la tesi secondo cui l'assicurato soffriva di crisi depressive. A suo avviso, invece, la storia della sua vita e il decorso della malattia parlerebbero piuttosto a favore di un disturbo di tipo psicotico (doc. C). Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'Istituto assicuratore ha chiesto al proprio psichiatra di fiducia di prendere posizione circa il contenuto del certificato 1° marzo 2007 del dott. \_\_\_\_\_. Queste le considerazioni da lui espresse in data 26 marzo 2007: " Ho preso atto dell'opposizione inoltrata dall'avvocato RA 1 e del rapporto redatto dal servizio psicosociale di \_\_\_\_\_. Ho pure preso contatto con il medico assistente dott. \_\_\_\_\_ il 26.3.2007. In merito al rapporto dell'1.3.2007 redatto dallo stesso dott. \_\_\_\_\_, occorre innanzitutto precisare, che la presa in carico ambulatoriale presso il servizio psicosociale di \_\_\_\_\_ non è avvenuta in data 29.5.2006 (come menzionato nel rapporto), considerato che in quella data l'assicurato si trovava ancora ricoverato presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ove è rimasto degente dal 24.5 al 30.6.2006. Il dott. \_\_\_\_\_ mi ha confermato di aver visto il

paziente la prima volta il 14.8.2006 dopo che lo stesso gli era stato segnalato dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ che l'aveva visitato presso la Clinica di \_\_\_\_\_ ove il signor RI 1 era stato trasferito dopo la dimissione dall'Ospedale di \_\_\_\_\_. Il dott. \_\_\_\_\_ l'ha quindi visto a distanza di quasi 3 mesi dall'evento. Il suo rapporto dell'1.3.2007 non contiene peraltro alcuna descrizione psico-patologica o clinica nè tanto meno si discutono i "dubbi" in merito alla diagnosi posta dal sottoscritto. Neppure viene proposta una diagnosi alternativa o la descrizione di fatti nuovi che potrebbero deporre per un'incapacità totale di discernimento al momento dell'evento in questione. Il dott. Quirici mi ha inoltre confermato che il paziente "non è stato visto molto spesso" al servizio psicosociale e che l'ultima visita risale al 28.2.2007. Non sono più previste delle nuove visite. Il miglioramento descritto non è necessariamente dovuto all'assunzione di Abilify, considerata la poca compliance in passato e l'assenza di controlli del tasso ematico. CONCLUSIONI Il rapporto in questione non contiene nuovi elementi di giudizio atti a invalidare le considerazioni da me espresse in precedenza. Dal colloquio non sono neppure emersi nuovi elementi clinici che in qualche modo potrebbero disconfermare la mia diagnosi (posta evidentemente secondo le risultanze dell'esame clinico effettuato in data 15.1.2007). La diagnosi, di per sè, comunque non è decisiva, dal punto di vista della medicina assicurativa, per la valutazione dell'infortunio. Determinante sarebbero invece gli elementi (che nel rapporto del dott. \_\_\_\_\_ non vengono tuttavia descritti) che potrebbero deporre, al momento dei fatti, per la totale assenza della capacità di discernimento. Le osservazioni del dott. \_\_\_\_\_ sono pertanto irrilevanti in merito alla valutazione del caso." (doc. 52) 2.11. 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 U 259/02 dell'8 luglio 2003, 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 ritiene, tutto ben considerato, che l'apprezzamento espresso dallo psichiatra di fiducia dell'CO 1 possa validamente servire da base al presente giudizio, senza che si riveli necessario procedere all'atto istruttorio richiesto dal ricorrente (perizia psichiatrica). In proposito, va sottolineato che il dott. \_\_\_\_\_, in quanto specialista FMH in psichiatria e

psicoterapeuta, già Direttore del Settore \_\_\_\_\_ 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 avere preso piena conoscenza dei dati anamnestici riguardanti l'assicurato e dopo averlo personalmente incontrato (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 35.2000.34 dell'8 agosto 2002 e 35.2005.9 dell'8 novembre 2005). In particolare, il TCA rileva che dalle certificazioni degli psichiatri che si sono occupati dell'assicurato nel corso della sua degenza presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, si evince che, al momento del tentativo di suicidio, egli era in preda a una crisi depressiva acuta - senza sintomi psicotici ("ohne psychotische Symptome") - sviluppatasi nel quadro del noto disturbo affettivo bipolare (doc. D e E). Ora, è vero che il dott. \_\_\_\_\_, al momento in cui ha allestito la sua perizia del 18 gennaio 2007, non si trovava in possesso dei referti appena citati. Tuttavia, questi ultimi, almeno per quanto riguarda l'aspetto diagnostico, non fanno altro che confermare la valutazione del medico fiduciario dell'amministrazione, per il quale, citiamo: "Dal comportamento dell'assicurato nel periodo antecedente l'evento del 24.5.2006, emergono dei chiari segni clinici indicanti una sintomatologia depressiva acuta con rischio suicidale, ..." (doc. 45 - il corsivo è del redattore). D'altra parte, questo Tribunale prende atto che per il fratello dell'insorgente, quest'ultimo soffrirebbe di un disturbo psicotico e non di depressione. A prescindere dal fatto che, secondo il dott. \_\_\_\_\_, "la diagnosi, di per sé, comunque non è decisiva, dal punto di vista della medicina assicurativa, per la valutazione dell'infortunio." (doc. 52), alla sua opinione non può essere riconosciuto sufficiente valore probatorio, poiché, oltre a essere uno specialista in medicina generale, essa appare in contrasto con il parere del dott. \_\_\_\_\_, psichiatra che ha seguito RI 1 durante gli anni 2002-2005 e, sporadicamente, anche nel periodo aprile-maggio 2006, ciò che lo pone in una posizione privilegiata per esprimersi, con piena cognizione di causa, sulla natura dei disturbi di cui soffre il suo paziente (cfr. doc. 29: "Er leidet vorwiegend an wiederholten Depressionen. Während meiner Behandlungszeit standen suizidale Tendenzen nie im Vordergrund. Jetzt aber entwickelte sich im Zusammenhang mit existentiellen Schwierigkeiten bei der Arbeitsfindung und der bereits ausgesprochenen Wohnungskündigung eine Depression. Während seiner Suche nach einem Therapeuten in der Nähe seines Wohnortes und in meiner Abwesenheit verstärkte sich seine Depression, es kam zu seiner Suizidhandlung." - il corsivo è del redattore). Per quanto riguarda infine la certificazione 1° marzo 2007 del dott. \_\_\_\_\_, medico-assistente presso il Servizio psico-sociale di Locarno, il TCA osserva che questo sanitario non ha saputo andare oltre il dichiararsi in disaccordo con il dott. \_\_\_\_\_ su diagnosi e conclusione concernente lo stato mentale dell'assicurato al momento del tentamen. Così come ha pertinentemente fatto osservare lo psichiatra di fiducia dell'CO 1, il documento in questione non contiene, citiamo: "... alcuna descrizione psico-patologica o clinica né tanto meno si discutono i "dubbi" in merito alla diagnosi posta dal sottoscritto. Neppure viene proposta una diagnosi alternativa o la descrizione di fatti nuovi che potrebbero deporre per un'incapacità totale di discernimento al momento dell'evento in questione." (doc. 52). 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 U 200/04 del 19 settembre 2005; STFA C 192/04 del 14 settembre 2005; 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 2006, al momento in cui ha tentato di togliersi la vita, 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. 2.12. Deve essere verificato se l'assicurato può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1, come da lui richiesto (cfr. doc. II). 2.12.1. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 108 cpv. 1 lett. f LAINF, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002 (cfr. STFA del 3 luglio 2003 nella causa X., U 114/03, consid. 2.1.). L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (cfr. DTF 110 V 362 consid. 1b; Kieser, op. cit., art. 61 N. 86, p. 626). Le condizioni cumulative per la concessione dell'assistenza giudiziaria rimangono invariate rispetto al vecchio diritto, per cui trova ancora applicazione la giurisprudenza elaborata in riferimento al v.art. 108 cpv. 1 lett. f LAINF (cfr. STFA del 3 luglio 2003 nella causa X., U 114/03, consid. 2.1.). Tali presupposti sono adempiuti qualora l'assistenza di un avvocato appaia necessaria o comunque indicata, se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (cfr. Kieser, op. cit., art. 61 N. 88s., cfr., anche, DTF 108 V 269; 103 V 47; 98 V 117; Zbl 94/1993 p. 517; STFA del 23 maggio 2002 nella causa Winterthur Assicurazioni c/ D., U 234/00; STFA del 15 marzo 2002 nella causa A., U 220 + 238/00; STFA del 5 settembre 2001 nella causa C., U 94/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; STFA del 7 dicembre 2001 nella causa B., I 194/00; DTF 125 V 202; DTF 121 I 323 consid. 2a, DTF 120 Ia 15 consid. 3a, 181 consid. 3a, DTF 124 I 1, consid. 2a, pag. 2; SVR 1998 UV, Nr. 11, consid. 4b, pag. 31; SVR 1998 IV, Nr. 13, consid. 6b, pag. 47; STCA del 23 marzo 1998, nella causa G.I., 38.97.323; STFA del 18 giugno 1999 nella causa D.V.). L'art. 3 della Lag, poi, alla quale la legge di procedura per i ricorsi al TCA rinvia espressamente, prevede: " 1 L'istituto dell'assistenza giudiziaria garantisce alla persona fisica indigente la tutela adeguata dei suoi diritti dinanzi alle Autorità giudicanti del Cantone. 2 E' ritenuta indigente la persona che non ha la possibilità di provvedere con mezzi propri agli oneri di procedura o alle spese di patrocinio." Le altre condizioni per l'ammissione all'assistenza giudiziaria enunciate dalla Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria sono così definite negativamente all'art. 14 Lag: " 1 L'assistenza giudiziaria non è concessa: a) la procedura per la persona richiedente non presenta probabilità di esito favorevole; b) una persona ragionevole e di condizioni agiate rinuncerebbe alla procedura a causa delle spese che questa comporta. 2 L'ammissione al gratuito patrocinio non è concessa se la persona richiedente è in grado di procedere con atti propri, se la designazione di un patrocinatore non è necessaria alla corretta tutela dei suoi interessi o se la causa non presenta difficoltà particolari." I criteri posti nella legge cantonale sono dunque identici a quelli fissati dalla giurisprudenza federale elaborata interpretando le norme di diritto federale relative alle assicurazioni sociali (cfr. v.art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS), che sono validi anche sotto l'egida della LPGA. Al riguardo, cfr., fra tante, la STFA U 220/99 del 26 settembre 2000: "(...). Secondo l'art. 152 cpv. 1 OG, in relazione con l'art. 135 OG, il Tribunale federale delle assicurazioni dispensa, a domanda, una parte che si trova nel bisogno e le conclusioni della quale non sembrano dover avere

esito sfavorevole, dal pagare le spese processuali e di disborsi, come pure dal fornire garanzie per le spese ripetibili, alle stesse condizioni viene riconosciuto il gratuito patrocinio qualora l'assistenza di un avvocato appaia perlomeno indicata (art. 152 cpv. 2 OG), per costante giurisprudenza, una causa è sprovvista di possibilità di esito favorevole quando una parte che disponga dei mezzi necessari non accetterebbe, dopo ragionevole riflessione, il rischio di incoarla o di continuarla (DTF 125 II 275 consid. 4b e sentenze ivi citate), (...). " (STFA succitata) In questo senso la Lag è conforme all'art. 61 lett. f LPGa (cfr. DTF 130 V 320, consid. 2.1.). 2.12.2. In concreto, emerge dagli atti di causa (cfr. doc. II 1) che RI 1 vive grazie a un vitalizio (fr. 1'046/mese), integrato dalle prestazioni della pubblica assistenza (fr. 497/mese). È vero che l'assicurato possiede risparmi per un importo di circa fr. 24'000 (di cui fr. 10'000 derivanti da prestiti concessigli da suo padre e da suo fratello). Tuttavia, non può essere ragionevolmente preteso che egli utilizzi una parte di questo capitale per la copertura delle sue spese legali, tenuto conto dell'esiguità delle sue entrate correnti (per un caso analogo, cfr. la STCA 35.2005.100 del 27 marzo 2006). In tali circostanze, l'indigenza deve essere ammessa. Ritenuto, inoltre, che anche le altre condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; U. Kieser, op. cit., ad art. 61 N. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA, cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

### **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 U 28/01 del 18 luglio 2002, 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: "

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