

TI_GERICHTE 35.2012.24 vom 18. Februar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-02-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2012.24_d20130218

FR: TI_GERICHTE 35.2012.24 du 18 février 2013

IT: TI_GERICHTE 35.2012.24 del 18 febbraio 2013

Regeste

Negato rend.x superstiti nel caso di un ass.che nel'90 subito grave inc.strad.e nel 2011 deceduto facendo il bagno in mare. Sia che il decesso sia avvenuto x uno stato morboso(infarto)o x nuovo inf.non assicurato,una relaz.di caus.nat.con inf.'90 è solo possib.,non dimostrata con veros.preponderante

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.5. Nella presente fattispecie RI 1 il 14 febbraio 1990 è stato vittima di un grave incidente della circolazione stradale, che gli ha procurato gravi danni alla salute permanenti e per il quale è stato posto al beneficio di una rendita dell'assicurazione contro gli infortuni per una totale incapacità di guadagno. RI 1 è deceduto il 3 luglio 2011 mentre stava facendo il bagno in mare in _____. Gli atti più significativi contenuti nell'incarto sono i seguenti. In una relazione del 7 agosto 1996 della Clinica di riabilitazione di _____ i medici si sono così espressi: "(...) Diagnosi all'ammissione Infortunio del 14.2.90 - lesione cerebrale traumatica con contusione cerebrale soprattutto del tronco encefalico e frattura della base cranica a destra - terapia conservativa -- disturbo da medio a grave della funzione neuropsicologica con pronunciata alterazione del carattere -- difficoltà a trovare le parole -- atassia più pronunciata alla gambe - lesione degli estensori della mano destra, dita II, III e IV - revisione degli estensori -- lieve limitazione funzionale della mano destra Valutazione alla dimissione Danni organici e disturbi funzionali A sei anni da una lesione traumatica del cervello, nel caso del signor RI 1 sono ancora in primo piano un disturbo da medio a grave delle funzioni neuropsicologiche e un'alterazione del carattere posttraumatica di origine cerebrale con particolarità psichiche. Lo screening-test ha provato chiara mente che non si è in presenza di un'aggravazione. Impedimenti / Disturbi delle capacità Per motivi neuropsicologici non è data l'idoneità alla guida. Al paziente è stato consigliato di rinunciare alla guida dell'automobile. Ripercussioni professionali e sociali Non è data una capacità lavorativa nella libera economia. La formazione scolastica che egli segue attualmente ha lo scopo di strutturare la giornata e di un allenamento giustificato delle capacità cerebrali nel caso di questo ancora giovane assicurato. Per il quadro in complesso non modificatosi è ulteriormente giustificata la rendita del 100%. (...) " (cfr. Doc. 83 e Doc. 84) In una relazione del 19 luglio 2009 il Prof. _____, specialista in malattie nervose e mentali e psichiatria forense, ha rilevato: "(...) Diagnosi In sintesi, sulla base degli atti e della documentazione acquisita, esaminato il periziando, risulta bene evidente che RI 1 è un cerebroleso, avendo riportato in data 14 febbraio 1990, a seguito di incidente stradale, oltre

a lesioni minori alla mano destra, un grave trauma cranico con frattura della base destra, prolungato coma, e conseguenti gravi lesioni encefaliche che si esprimono oggi con alterazioni neurologiche motorie (emiparesi brachio-crurale sinistra ed atassia), del linguaggio (disartria), sensoriali (ipoacusia bilaterale), neuropsicologiche e psichiche (disturbi dell'attenzione, della memoria, fissazione su certi argomenti ed idee, disturbi del giudizio di realtà, ridotta capacità di verificare introspektivamente le proprie difficoltà psichiche e comportamentali, e di organizzarsi nella soluzione dei problemi che esulano dalla quotidianità essenziale, appiattimento affettivo). Le alterazioni neurologiche, motorie e sensoriali, e psichiche descritte, esitate al grave trauma cranio-encefalico riportato dal RI 1 nell'incidente del 14 febbraio 1990, sono stabili ed irreversibili, e tali da comportare disfunzione socio-lavorativa, ma non così gravi da determinare incapacità e bisogno d'assistenza nelle attività basilari e strumentali della vita quotidiana. Conclusione Le condizioni di salute di RI 1 sono alterate dal 14 febbraio 1990, quando ha subito un incidente stradale in cui ha riportato la frattura della base cranica e lesioni encefaliche permanenti ed irreversibili, neurologiche (motorie e sensoriali) e psichiche con conseguente disfunzionalità sociale e lavorativa. Risulta tuttavia autosufficiente nelle attività basilari e strumentali della vita quotidiana, non bisognoso di assistenza né di cure particolari. (...)" (cfr. Doc. G) Il 4 luglio 2011 il teste _____ ha così illustrato le circostanze nelle quali è stata constatata la morte di RI 1: " (...) Intorno alle ore 17.10 del 03/07/2011 mi trovavo nella spiaggia di _____ unitamente ai miei familiari, notavo sul lato destro della spiaggia delle persone che si riunivano, in gruppo, apparentemente senza motivo. così mi sono diretto verso questo gruppo di persone per verificare cosa fosse successo. Giunto sul posto, notavo una persona distesa sul bagnasciuga, ed un ragazzo che gli stava effettuando il massaggio cardiaco. Nell'immediatezza dei fatti, chiedevo se avesse bisogno di aiuto, e se aveva chiamato il 118. Il ragazzo mi riferiva, che in acqua vi era un'altra persona, che necessitava di aiuto, in quanto in grave difficoltà. Con la mano mi indicava la zona dove si trovava questa persona, ed io in un primo momento non riuscivo a notarla, a causa delle onde alte. Ma non appena le onde erano passate, individuavo la persona in difficoltà. Immediatamente, unitamente ad altre due persone a me sconosciute, entravo in acqua per prestare soccorso alla persona in difficoltà, di sesso maschile, di età di circa 60 anni che si manteneva al galleggiamento al pelo d'acqua. Unitamente alle altre due persone raggiungevo la persona in difficoltà, raggiunto lo trascinavamo a terra non senza difficoltà a causa delle onde e della corrente. Arrivati sulla spiaggia, lo stesso ci riferiva che lamentava forti dolori al torace, probabilmente perché aveva ingerito acqua di mare, e comunque si rimetteva dopo aver bevuto qualche sorso di acqua dolce. Rimanevo sul posto, dove il primo soccorritore nel frattempo continuava ad effettuare il massaggio cardiaco al RI 1, ma apparentemente con esito negativo. Contattavo la centrale operativa 112, che mi dirottava la telefonata al 118, la quale mi informava che l'unità di primo intervento era già partita per il soccorso. Dopo circa 5 min. arrivava l'ambulanza sul posto e procedeva alla verifica delle condizioni dei due soccorsi. Domanda:- Può riferire se, aveva notato queste persone in acqua prima dell'evento che ha causato il decesso del RI 1; No; Domanda:- Può confermare che, quando si è avvicinato alla zona dove era stato adagiato il corpo del RI 1, ha avvistato altre persone in mare in difficoltà; No, fino a quando il primo soccorritore non mi ha indicato dove si trovava la persona in difficoltà, anche a causa delle onde, che ostruivano la visuale. Domanda:- Può riferire se, oltre a lei qualcun'altro è entrato in acqua per aiutare le persone in difficoltà; si altre due persone ma a me sconosciute. (...)" (cfr. Doc. i) Il dottor _____, medico legale, che aveva redatto il certificato neuroscopico,

in un rapporto del 17 gennaio 2012, si è così espresso: " (...) Con riferimento al quesito posto nella nota citata in oggetto, circa la richiesta di integrazione del certificato necroscopico, redatto dallo scrivente in _____, il 03.07.2011, relativo a RI 1, nato a _____ il _____.1961, si vuole puntualizzare quanto segue: 1) Come già chiaramente precisato nel verbale di ispezione cadaverica il decesso del Sig. RI 1 è imputabile ad infarto del miocardio con arresto cardiocircolatorio, mentre il citato si trovava in acqua, sicuramente consequenziale allo stress psico-fisico derivante dal tentativo estremo di evitare l'annegamento. 2) La morte pertanto è da intendersi sopravvenuta per infarto del miocardio e susseguente arresto cardiocircolatorio "nella circostanza di evitare l'annegamento". 3) Pertanto l'unica integrazione possibile al certificato necroscopico, al fine di renderlo maggiormente comprensibile, è la seguente: Non considerare "arresto cardiocircolatorio in annegamento" bensì "arresto cardiocircolatorio nella circostanza di evitare l'annegamento". Si rimane disponibile per ogni richiesta di chiarimento. (...)" (cfr. Doc. A2) In una relazione del 2 agosto 2011 il dottor _____, specialista in medicina legale ed assicurazioni, ha sostenuto che l'annegamento del 3 luglio 2011, che ha portato alla morte dell'assicurato è da ascrivere ai gravi danni alla salute insorti a seguito dell'infortunio del 14 febbraio 1990 e si è così espresso: " (...) Lo Scrivente Dr. _____, certifica di aver visionato il certificato necroscopico f del predetto redatto il 3\7\11 dal dr. _____, la consulenza psichiatrica redatta il 6\12\96 dalla dr.ssa _____, e di aver riscontrato che il de cuius soffriva di esiti di Trauma cranico con frattura della base cranica,lesione cerebrale al tronco encefalico, disturbo mentale medio-grave con atassia alle gambe e pertanto presentava notevole limitazione funzionale ai movimenti degli arti inferiori con vertigini e perdita di equilibrio. Soffriva inoltre di notevoli difficoltà a prevedere situazioni generali di pericolo,quale conseguenza del sinistro stradale del 14\2\90. Dallo studio della documentazione si evince che il predetto in data 3\7\ 11 nel pomeriggio,decideva di fare un bagno a mare e pertanto si recava in località di _____ e nonostante le condizioni notevolmente avverse del mare entrava in acqua,ma veniva travolto dalle onde ed a causa dei notevoli deficit motori degli arti inferiori,con perdita di equilibrio,non riusciva a rientrare in riva,annegando. Pertanto concludendo, esaminate le caratteristiche dell'evento che ha prodotto il decesso si ritiene medicolegalmente con criterio medico legale esperienziale che il predetto sia deceduto a causa di annegamento determinato dai postumi permanenti stabilizzati ,prima descritto,conseguenti all'infortunio del 14\2\90. (...)" (cfr. Doc. L) Nel citato rapporto del 6 dicembre 1996 della dottoressa _____ figurano in particolare le seguenti indicazioni: " (...) Dall'analisi qualitativa dei subreattivi si evince che il soggetto proviene da un ambiente socio-culturale adeguato, ha buone capacità di comprensione e una discreta memoria a breve termine. L'attenzione e la concentrazione risultano sufficienti soltanto nei compiti semplici, che implicano la messa a fuoco di un elemento per volta, ma, i problemi per i quali occorrono più operazioni non possono essere risolti per difetto di strategia nel disporre le medesime operazioni. Il soggetto è comunque in grado di formare concetti verbali ma non di anticipare e progettare eventi futuri. La non grave compromissione delle funzioni intellettive appare in sintonia con i postumi della Lesione post-traumatica che ha severamente compromesso la vita del sig. RI 1 in altri ambiti, come risulta dalla visita psichiatrica e dall'osservazione psicologica. Il soggetto presenta infatti rallentamento psicomotorio, logorrea, facile stancabilità, insicurezza, difficoltà di adattamento, capacità di critica limitata, indifferenza alla malattia, difficoltà di progettare in modo realistico il progresso futuro, bassa tolleranza alle frustrazioni con sbalzi di umore. In sintesi si

evidenziano marcate alterazioni post-traumatiche delle funzioni cognitive, del carattere e del comportamento; per tale motivo si ritiene, in atto, non opportuno un collocamento del soggetto nel mondo del lavoro." (Doc. 112) Alla tesi del dottor _____ si è opposto il dottor _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, attivo presso la _____ il quale, in un apprezzamento medico del 5 dicembre 2011, ha rilevato quanto segue: "(...) Discussione Dopo analisi di tutta la documentazione fornita, compresa quella antecedente relativa agli esiti infortunistici, non posso condividere le conclusioni del collega dott. _____. Dalla documentazione sottoposta, non ho potuto dedurre in modo confacente le circostanze esatte che hanno portato alla morte del signor RI 1. Poiché era vestito soltanto di un boxer, si può in effetti dedurre che il signor RI 1 fosse intento a fare il bagno nel mare. Non si sa nulla però di quando è arrivato in spiaggia, con che mezzo di trasporto, se fosse accompagnato, etc. Non si sa neanche se il signor RI 1 fosse primariamente soccorso in acqua, se fosse cosciente inizialmente, se avesse chiesto aiuto o lamentato qualche difficoltà o sintomo prima. Non si sa nulla della tempistica dalle prime misure prese fino all'inizio della rianimazione cardiopolmonare, neppure si sa della durata di essa prima dell'arrivo dei soccorritori. Già per tutte queste informazioni lacunari, appare difficile poter concludere con sicurezza che il decesso sia avvenuto in conseguenza naturale dei postumi infortunistici. Facendo prima astrazione sia delle circostanze esatte del decesso - purtroppo sconosciute -, sia delle conclusioni del medico legale dopo esame cadaverico, vediamo se gli esiti sofferti dal signor RI 1 erano atti a costituire un rischio d'attrazione per l'infausto esito subito il 3 luglio 2011. Il dott. _____ ha stabilito questo rischio d'attrazione, considerando notevoli limitazioni delle capacità motorie agli arti inferiori, nonché la presenza di vertigini e di perdita d'equilibrio. Questo reperto non corrisponde per nulla alla realtà: l'atassia diagnosticata e predominante agli arti inferiori era stata qualificata di sensitiva unicamente e non sono mai stati riferiti perdite di equilibrio o vertigini. All'ultimo esame fisico neurologico eseguito alla clinica riabilitativa di _____, la marcia era possibile in modo normale ma pure sulle punte o sui calcagni. Non vi erano disturbi della sensibilità né dei riflessi, né della forza muscolare. Era soltanto segnalata una chiara insicurezza alla manovra di Romberg, soprattutto a occhi chiusi. Indipendentemente delle condizioni del mare, i disturbi neurologici presentati dal signor RI 1 non erano così marcati da costituire un rischio d'attrazione per un annegamento. Aggiungiamo a questo che non era sicuramente la prima volta che il signor RI 1 andava in spiaggia a fare un bagno. Lo stesso è vero per una presunta difficoltà a stimare il pericolo. Per quanto appare nelle valutazioni, soltanto l'esame approfondito permetteva di vedere marcate alterazioni della sfera neuropsicologica. Si riferiva, in effetti, nel rapporto datato del 6 dicembre 1996, firmato da psicologo _____ e da psichiatra _____, un risultato di QI totale di 106, una buona capacità di comprensione e una concentrazione sufficiente per i compiti semplici, mentre, per i problemi più complessi, il signor RI 1 dimostrava un difetto di strategia. Se i disturbi neuropsicologici messi in evidenza in questo rapporto erano sicuramente marcati, non appare che loro dovessero far considerare che l'assicurato non fosse più in grado di valutare un pericolo immediato, come quello di un annegamento nel mare, questo tipo di ragionamento non essendo sicuramente più complesso che quello di progettare di andare a fare il bagno nel mare e di rendersi per questo in spiaggia. Se fosse stato riconosciuto un rischio d'attrazione tra postumi e decesso, quello che non è in conclusione il caso, significherebbe così che la morte del signor RI 1 è stata incidentale, rispettivamente che è stata la conseguenza di un infortunio, esso rappresentato dalle condizioni avverse del mare

al momento del bagno. Tuttavia, non è stato per nulla concluso ad infortunio da signor RI 1 ma ben (recte: bensì) a malattia, per di più naturale. La diagnosi infatti ritenuta per causa primaria del decesso è un infarto miocardico. Il descrittivo necroscopico parla inoltre contro una morte da annegamento, nell'assenza di fungo schiumoso patognomnico a livello della cavità orale e delle narici. Conclusione Poiché il signor RI 1 non presentava disturbi neurologici o neuropsicologici atti a costituire un rischio d'attrazione per un annegamento incidentale e poiché ogni modo la sua morte è stata dovuta a malattia naturale, non esiste chiaramente nessun nesso di causalità probabile tra il suo decesso e gli esiti dell'infortunio assicurato _____ del 14 febbraio 1990. (...)" (cfr. Doc. 122) In una "Consulenza Tecnica Neuropsichiatrica di Parte sulle circostanze di morte del Sig. RI 1drea" del 25 gennaio 2012 il dottor _____ ha in particolare rilevato: " (...) E' quindi evidente che esiste nesso causale tra le difficoltà incontrate dal RI 1 durante il bagno, l'annegamento e la causa apparente del decesso ovvero l'Infarto del miocardio. E' altrettanto evidente che esiste nesso causale tra le citate difficoltà, l'annegamento, l'infarto e la disabilità del RI 1; simile sorte, infatti, avrebbe potuto toccare agli altri bagnanti a rischio di annegamento ma superstiti. Laddove avessero avuto le stesse difficoltà motorie e di brain working process del RI 1. Le difficoltà motorie residue non lievi e comunque rilevanti in condizioni di necessità come quelle derivanti dal rischio di annegamento in mare agitato, la acclarata riduzione della capacità di far fronte a problemi che esulano dalla " quotidianità essenziale " ovvero la incapacità di prevedere e affrontare difficoltà al di fuori del normale agire, insieme al "difetto di strategia, alla facile stancabilità, all'insicurezza, alla difficoltà di adattamento, alla capacità di critica limitata, ed ancora alla indifferenza alla malattia", ovvero ad una ridotta capacità di effettuare un corretto esame di realtà relativo, quantomeno, alla sua possibilità di affrontare il mare agitato, hanno determinato una maggiore vulnerabilità del RI 1 all'evento lesivo (l'annegamento) e di conseguenza alla crisi del suo apparato cardiocircolatorio "nella circostanza di evitare l'annegamento". E' ulteriore indice indiretto di ciò, il fatto che gli altri bagnanti, sebbene soccorsi successivamente, si siano salvati e che soltanto il RI 1 è andato incontro a morte perché intrinsecamente reso più vulnerabile dalla disabilità da cui era affetto a motivo dell'infortunio del 1990 e della conseguente cerebropatia post-traumatica. Conclusioni: per le motivazioni su esposte, si ritiene in rapporto di causa-effetto o quantomeno di rilevante fattore predisponente, la condizione di disabilità del RI 1, contratta a seguito dell'infortunio del 1990 e preesistente alla sua morte, con il decesso per infarto cardiocircolatorio nella circostanza di evitare l'annegamento. ovvero tra questo ultimo e le condizioni che ne hanno favorito il rischio (riduzione della critica e dell'insight di malattia ed esposizione alla pericolosità del mare agitato nonostante le sue difficoltà motorie e psichiche) e non gli hanno permesso di salvarsi (disabilità motoria e maggiore vulnerabilità allo stress). (...)" (cfr. Doc. 127) In un nuovo apprezzamento medico dell'8 marzo 2012 il dottor _____ ha tuttavia confermato le conclusioni del precedente rapporto ed ha rilevato: " (...) Dalla mia previa valutazione, nuovi argomenti sono stati portati per far considerare un nesso di causalità tra il decesso del signor RI 1o, da infarto miocardico mentre faceva il bagno in mare, e gli esiti infortunistici. Per prima, l'avvocato RA 2 sostiene dunque che l'assicurato non sarebbe mai andato a fare il bagno nelle condizioni avverse del mare questo giorno, se non fosse stato affetto di disturbi neuropsicologici. Quest'argomento non è ricevibile poiché è ora stabilito che l'assicurato è andato nel mare insieme alla compagna ed un amico, persone sicuramente a conoscenza dello stato di salute del signor RI 1 e di cui non sono state riferite alterazioni delle capacità di discernimento. Quindi, quando il signor RI 1 è andato a fare il bagno nel

mare, non era stato da solo a giudicare se le condizioni del mare fossero compatibili con tale attività. Gli altri argomenti per considerare un nesso di causalità naturale tra infortunio e decesso sono portati dai dottori _____ e _____. Il dott. _____ ritiene che l'infarto miocardico sia stato dovuto ad uno stress psicofisico maggiore, nel tentativo di evitare l'annegamento. Il dott. _____, per conto suo, considera che sono state le condizioni psichiche e motorie ad aver condizionato l'importante stress, atto da provocare l'infarto miocardico. Rispetto a questi ultimi argomenti, posso soltanto dire che si trattino d'ipotesi. Se non è escluso che lo stress abbia potuto favorire l'insorgenza di un infarto miocardico, trattandosi di un'affezione tipicamente morbosa con fattori di rischio vari, non si può ritenere che lo stress sia stato il fattore determinante nelle genesi dell'infarto miocardico. Nello stesso senso, considerare che le condizioni fisiche (le stesse non maggiormente alterate) e psichiche abbiano condizionato uno stress supplementare rispetto ad una persona senza disturbi della salute nelle stesse condizioni corrisponde anche a un'ipotesi accettabile, ma che non può essere considerata come un elemento determinante, a secondo i criteri di verosimiglianza preponderante. Conclusioni I nuovi elementi fornitaci in merito al decesso del signor RI 1 non sono atti a cambiare le mie previe conclusioni, in quanto il signor RI 1 è deceduto di malattia e che non esistono elementi sufficienti da far considerare che i postumi infortunistici abbiano condizionato, con verosimiglianza preponderante, l'accadere della detta malattia (infarto miocardico). (...)" (cfr. Doc. 129)

2.6. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha stabilito 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo

ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 2.7. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, il TCA ritiene che, a ragione, l'amministrazione ha rifiutato di riconoscere il diritto alle prestazioni per superstiti richieste. Infatti, sia che il decesso di RI 1 è avvenuto per uno stato morboso (infarto del miocardio; sul tema, cfr. STCA 35.203.31 del 17 novembre 2003 confermata dall'Alta Corte in una STFA U 10/04 del 22 agosto 2005, consid. 4.1-6.1), sia che esso è avvenuto per un nuovo evento infortunistico non assicurato (cfr. STF 8C_115/2012 del 14 gennaio 2013 e precisamente un annegamento – cfr. STFA U 220/96 del 12 luglio 2008 – oppure uno choc psichico straordinario – cfr. STFA U 10/04 del 22 agosto 2005, consid. 6.2-6.4.2; STF 8C_901/2011 del 19 dicembre 2012, consid. 4.1) una relazione di causalità naturale con l'infortunio del 14 febbraio 1990 è soltanto possibile, ma non dimostrata con verosimiglianza preponderante (cfr. STF 8C_895/2011 del 7 gennaio 2013, consid. 5.1; per altri casi in cui il diritto a prestazioni per superstiti è stato negato a causa dell'assenza del nesso di causalità cfr. STFA U 178/01 del 29 novembre 2001, STFA U 10/04 del 22 agosto 2005; STFA U 181/03 del 23 settembre 2004; STF 8C_814/2011 del 12 gennaio 2012). Infatti, come emerge dalla consulenza tecnica psichiatrica del dottor _____ del 18 luglio 2009, i pur pesanti esiti di quell'infortunio non erano “così gravi da determinare incapacità e bisogno d'assistenza nelle attività basilari e strumentali della vita quotidiana” (cfr. Doc. G). Questo Tribunale condivide quindi la valutazione del dottor _____, il quale ha sottolineato che a _____, non sono mai state riferite perdite di equilibrio o vertigini, che la marcia era possibile sia normalmente che sulle punte e sui calcagni. Non vi erano neppure dei disturbi della sensibilità né di riflessi né della forza muscolare. Inoltre, dal profilo neuropsicologico, le condizioni precarie di RI 1, non erano comunque di una gravità tale da permettere di concludere che egli non fosse più in grado di valutare un pericolo immediato. Non va neppure dimenticato, che l'infortunio è avvenuto il 14 febbraio 1990, quindi ben 21 anni prima il giorno del decesso in mare. Ora, come giustamente sottolinea il dottor _____ "non era sicuramente la prima volta che il signor RI 1 andava in spiaggia a fare un bagno". Infine, ma non da ultimo, questo Tribunale rileva, dalle affermazioni del teste _____ e dall'articolo di giornale allegato in sede di opposizione, che in quell'infausto 3 luglio 2011, a causa delle cattive condizioni del mare (forte corrente che spingeva verso il mare aperto), anche altre persone si sono trovate in difficoltà (cfr. Doc. 126: “L'uomo era insieme alla compagna e un amico: per loro solo uno choc. Nello stesso punto, poco prima, salvate altre quattro persone”; vedi pure doc. 127: “Dal verbale redatto dalla _____ si deduce che “il bagnante era in difficoltà, il mare era molto mosso sottocosta e il vento teso da nord”). Anche queste persone hanno dunque rischiato di annegare pur non presentando i disturbi di cui soffriva RI 1. In simili condizioni questo Tribunale deve concludere che a ragione l'CO 1 ha negato il diritto alle prestazioni per superstiti, in quanto non è dimostrato, secondo il criterio della probabilità preponderante, che i postumi dell'infortunio del 1990 sono così preponderanti tanto che gli altri fattori alla base dell'evento del 2011 costituiscono semplicemente dalle cause remote (cfr. STFA W. SCH. del 16 marzo 1987 citata in P. Omlin, "Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung "E. Universitätsverlag Freiburg, 1995 pag. 142-143).

2.8. Con il ricorso l'insorgente ha chiesto al TCA di fare effettuare accertamenti necroscopici tramite riesumazione del cadavere e di sentire come testi alcuni medici per via rogatoria. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, confermata in DTF 122 V 54s.

consid. 3, la pubblicità del dibattimento, imposta dall'art. 6 n. 1 CEDU ed ormai ancorata anche nella Costituzione svizzera all'art. 30 cpv. 3, dev'essere principalmente garantita nella procedura di ricorso di prima istanza (cfr. DTF 136 I 279). Tuttavia, lo svolgimento di un pubblico dibattimento in materia di assicurazioni sociali presuppone l'esistenza di una richiesta chiara e inequivocabile di una parte nel corso della procedura ricorsuale di prima istanza (cfr. STF 8C_752/2012 del 3 gennaio 2013, consid. 3.3.1). Una semplice richiesta di prove, così come delle domande tendenti alla comparizione oppure a un interrogatorio personale, a un interrogatorio delle parti, a un'audizione testimoniale oppure a un sopralluogo, non sono sufficienti per fondare un simile obbligo (cfr. STF 8C_752/2012 del 3 gennaio 2013; STF 8C_648/2012 del 29 novembre 2012, consid. 3.2; SVR 2009 IV Nr. 22 pag. 62; DTF 125 V 38 consid. 2). In una sentenza pubblicata in DTF 136 I 279 il Tribunale federale ha stabilito che non è possibile rinunciare a un pubblico dibattimento per il motivo che si tratta di una procedura che verte principalmente su quesiti di natura medica. In particolare non è suscettibile di costituire un'eccezione all'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell' art. 6 n. 1 CEDU la lite concernente il grado di incapacità lavorativa dell'assicurato nella procedura dell'assicurazione invalidità. Quando il confronto con pareri medico-specialistici sullo stato di salute e sull'incapacità lavorativa rappresenta il solo oggetto del contendere, lo svolgimento di un dibattimento pubblico non può essere rifiutato con l'argomento che la procedura scritta si presta meglio per discutere temi di natura medica (consid. 3). Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. SVR 2003 IV Nr. 1; STF 8C_845/2009 del 7 dicembre 2009; STF I 1018/06 del 16 gennaio 2008 consid. 5.3.; STFA U 416/04 del 16 febbraio 2006, consid. 3.2.; STFA H 411/01 del 5 marzo 2003; STFA H 102/01 dell'11 gennaio 2002; STFA H 103/01 dell'11 gennaio 2002; STFA H 299/99 dell'11 gennaio 2002; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Considerato che la documentazione già presente all'inserto consente al TCA di emanare il proprio giudizio, questo Tribunale ritiene che le audizioni postulate e gli accertamenti necroscopici non potrebbero mettere in luce nuovi elementi ai fini del giudizio. Di conseguenza le richieste del patrocinatore della ricorrente sono respinte.

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