

## **TI\_GERICHTE 35.2014.111 vom 13. April 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-04-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2014.111](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.111)

FR: TI\_GERICHTE 35.2014.111 du 13 avril 2015

IT: TI\_GERICHTE 35.2014.111 del 13 aprile 2015

### **Regeste**

Assicuratore LAINF ha a ragione negato il diritto a prestazioni in relazione al tentativo di suicidio dell'assicurata, ritenuto che secondo il principio della probabilità preponderante al momento dell'atto ella non era totalmente priva della capacità di discernimento

### **Erwägungen**

#### **E. 31**

gennaio 2014, assegnando espressamente un termine per prendere visione dei quesiti peritali e per poter presentare osservazioni. L'assicuratore infortuni ha in effetti espressamente indicato che: "(...) La perizia si rende necessaria in quanto fornirà le risposte ad alcune domande importanti, che illustriamo volentieri mediante il questionario allegato. Concediamo un termine di riflessione sino al 27 dicembre 2013 per consentire a lei e al suo rappresentante legale (che ci legge in copia) di esibirci eventuali suggestioni al riguardo. (...)” (Doc. 40) Dagli atti non risulta che la patrocinatrice della ricorrente abbia fatto uso di questa facoltà offerta dall'assicuratore LAINF. Inoltre, una volta ricevuta l'opposizione alla decisione del 21 febbraio 2014 e tenuto conto delle contestazioni sollevate dall'avv. RA 1 (doc. 43), l'assicuratore LAINF ha ritenuto opportuno interpellare nuovamente il dr. \_\_\_\_\_, chiedendogli di esprimersi espressamente riguardo alle critiche della patrocinatrice della ricorrente. Ciò è quanto il dr. \_\_\_\_\_ ha effettivamente fatto con il complemento peritale dell'8 ottobre 2014, nel quale il perito ha esplicitamente indicato, a titolo di premessa, che “come da suo incarico del 9.9.2014 rispondo ai diversi punti di critica sollevati nell'opposizione della legale della signora RI 1 alla vostra decisione del 21.2.2014 che si basava sulle mie conclusioni peritali del 13.2.2014” (doc. 44). Alla luce di queste circostanze, pertanto, si deve concludere che l'assicuratore LAINF abbia dato alla patrocinatrice dell'assicurata la possibilità di presentare quesiti o osservazioni prima della prevista visita peritale presso il dr. \_\_\_\_\_; di esprimere le proprie considerazioni in merito alla decisione attraverso l'opposizione del 21 marzo 2014; di vedere chiarite da parte del perito stesso, tramite il complemento peritale dell'8 ottobre 2014, le perplessità da ella avanzate in sede di opposizione e, infine, di presentare ricorso contro la decisione su opposizione del 10 novembre 2014 presso il TCA, autorità di ricorso che gode di piena cognizione. Il modo di agire dell'assicuratore LAINF convenuto deve quindi essere considerato corretto e pienamente rispettoso delle severe esigenze poste dalla giurisprudenza nei casi giudicati senza far capo ad una perizia amministrativa secondo l'art. 44 LPGGA (cfr. STF 8C\_444/2013 del 20 gennaio 2014). Va qui, del resto, rilevato che le esigenze di partecipazione della persona assicurata valgono pienamente allorquando l'assicuratore fa capo ai servizi di un perito indipendente ai sensi dell'art. 44 LPGGA, negli altri casi valendo quanto previsto dall'art. 42 LPGGA, che stabilisce che le parti non devono obbligatoriamente

essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione (cfr. Ulrich Meyer, *Ausgewählte Schriften, Verfahrensfragen/Die Beweisführung im Sozialversicherungsrecht*, 2013).

2.2. L'oggetto della lite è circoscritto alla questione di sapere se la CO 1 era legittimata a negare il proprio obbligo a prestazioni relativamente al sinistro del febbraio 2012. In primo luogo, occorre determinare se l'evento in questione è stato un atto involontario oppure no. Qualora si sia trattato di un tentativo di suicidio, questa Corte dovrà ancora stabilire se, al momento del gesto, l'assicurata era o meno completamente priva della capacità di discernimento.

2.3. Giusta l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non altrimenti previsto dalla legge, le prestazioni assicurative sono concesse in caso d'infortunio professionale, d'infortunio non professionale e di malattie professionali.

2.4. L'art. 4 LPGa così definisce l'infortunio: "È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte." Questa definizione riprende, nella sostanza, quella che era prevista all'art. 9 cpv. 1 OAINF - disposizione abrogata dall'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dell'11 settembre 2002 (RU 2002 3914), in vigore dal 1° gennaio 2003. La precedente giurisprudenza relativa alla nozione di infortunio e ai singoli elementi caratteristici della stessa continua a essere valevole (SVR 2005 UV Nr. 2). Cinque sono dunque gli elementi costitutivi essenziali dell'infortunio: " - l'involontarietà - la repentinità - il danno alla salute (fisica o psichica) - un fattore causale esterno - la straordinarietà di tale fattore." (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)*, Losanna 1992, p. 44-51) Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia.

2.5. L'art. 37 LAINF distingue, nei tre paragrafi di cui si compone, diverse ipotesi di riduzione, rispettivamente di diniego, delle prestazioni in contanti. In particolare, nel cpv. 1, il legislatore ha ancorato il principio secondo cui l'assicurato che ha provocato intenzionalmente il danno alla salute o la morte non ha diritto alle prestazioni assicurative, ad eccezione delle spese funerarie. L'art. 48 cpv. 1 OAINF precisa, nondimeno, che "anche se è provato che l'assicurato intendeva suicidarsi o automutilarsi, l'art. 37 capoverso 1 della legge non è applicabile se l'assicurato, al momento dell'azione e senza propria colpa, era completamente incapace di agire ragionevolmente, o se il suicidio, il tentativo di suicidio o l'automutilazione vanno indubbiamente ascritti ad un infortunio assicurato." La giurisprudenza ha ammesso la legalità di questo disposto (cfr. DTF 129 V 95; RAMI 2003 p. 197 seg.; J.M. Frésard/M. Moser/Szeless, *Refus, réduction et suspension des prestations de l'assurance-accidents: états des lieux et nouveautés*, in *HAVE/REAS 2/2005*, p. 127 seg.). Essa ha inoltre precisato che il suicidio come tale costituisce un infortunio assicurato soltanto se è stato commesso in uno stato di totale incapacità di discernimento ai sensi dell'art. 16 CCS. Di conseguenza, affinché la responsabilità dell'assicuratore contro gli infortuni sia impegnata, è necessario che, al momento dell'atto e tenuto conto di tutte le circostanze oggettive e soggettive, in relazione anche all'atto in questione, l'interessato fosse totalmente privato della facoltà di agire ragionevolmente, a causa, segnatamente, di infermità o debolezza mentale (cfr. DTF 129 V 95, in particolare 99; RAMI 1996 U 267, p. 310 consid. 2b, 1989 U 84, p. 449 consid. 2b; DTF 113 V 61 = RAMI 1987 U 22, p. 352; G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Ed. Helbing & Lichtenhahn, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, p. 86). L'esistenza di una malattia psichica o di un grave disturbo della coscienza deve essere stabilita conformemente al principio del grado della verosimiglianza preponderante (DTF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b). Deve trattarsi di sintomi psicopatologici quali la

folia, le allucinazioni, il raptus, ecc. Il motivo che ha indotto al suicidio o al tentativo di suicidio deve trovarsi in relazione con i sintomi psicopatologici. L'atto deve apparire "insensato". Un semplice gesto sproporzionato, nel corso del quale il suicida valuta unilateralmente e con precipitazione la sua situazione in un momento di depressione e di sconforto, non è sufficiente (cfr. STFA U 25/05 del 21 febbraio 2006 consid. 2.2). Per stabilire l'assenza della capacità di discernimento, non è sufficiente considerare l'atto del suicida e, pertanto, esaminare se tale atto era irragionevole, inconcepibile oppure insensato. Occorre piuttosto esaminare, tenuto conto dell'insieme delle circostanze, in particolare del comportamento e delle condizioni esistenziali dell'assicurato prima del suicidio, se egli era ragionevolmente in grado di evitare di mettere fine o di tentare di mettere fine ai propri giorni. Il fatto che il suicidio si spieghi unicamente con uno stato psicopatologico escludente la libera formazione della volontà, costituisce soltanto un indizio di un'incapacità di discernimento (cfr. STF 8C\_936/2010 del 14 giugno 2011 consid. 3.1 e RAMI 1996 U 267 p. 309 consid. 2b e riferimenti ivi citati).

2.6. Quando vi è un dubbio circa la questione di sapere se la morte è dovuta a un infortunio oppure a un suicidio, ci si deve fondare sulla forza dell'istinto di conservazione dell'essere umano e porre la presunzione naturale del carattere involontario della morte, ciò che comporta il riconoscimento della tesi dell'infortunio. Il fatto che l'assicurato si è volontariamente tolto la vita sarà considerato provato soltanto se esistono dei seri indizi che escludono ogni altra spiegazione conforme alle circostanze. In tali casi, occorre esaminare se le circostanze sono sufficientemente convincenti per rovesciare la presunzione del carattere involontario della morte. Qualora gli indizi a favore di un suicidio non fossero sufficientemente convincenti per rovesciare oggettivamente la presunzione, l'assicuratore contro gli infortuni deve sopportarne le conseguenze (STF 8C\_550/2010 del 6 settembre 2010 consid. 2.3; RAMI 1996 U 247 p. 172 consid. 2b).

2.7. Nella concreta evenienza, le parti appaiono concordi nel ritenere che, quel 16 febbraio 2012, RI 1 ha tentato il suicidio. A questa tesi lo scrivente TCA non può che aderire.

2.8. Ritenuto, dunque, accertato che le lesioni riportate dall'assicurata sono conseguenti a un tentativo di suicidio, determinante è la questione di sapere se ella, al momento dell'atto, fosse o meno totalmente incapace di discernimento. Con la decisione su opposizione impugnata, l'Istituto assicuratore convenuto - dopo avere ordinato, conformemente a quanto disposto da questo Tribunale con sentenza 35.2013.40 del 19 agosto 2013, confermata dal Tribunale federale con sentenza 8C\_683/2013 del 15 novembre 2013, una perizia psichiatrica, affidata al dr. \_\_\_\_\_ - ha ritenuto inapplicabile l'art. 48 cpv. 1 OAINF, non potendo ammettere che al momento dell'atto l'assicurata fosse completamente priva della capacità di discernimento, come valutato dal proprio psichiatra di fiducia. Di parere opposto la patrocinatrice dell'assicurata, la quale ha contestato la perizia del dr. \_\_\_\_\_, ritenendola errata.

2.9. 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.

2.10. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non ritiene condivisibili le critiche sollevate dalla patrocinatrice della ricorrente nei confronti dell'apprezzamento peritale del dr. \_\_\_\_\_, da considerare pienamente probante ai sensi della giurisprudenza (DTF 135 V 465 e 137 V 210) in quanto approfondito, dettagliato e ben motivato. Tale referto peritale, redatto dallo specialista in psichiatria fiduciario dell'amministrazione e che non è stato contestato tramite la presentazione di elementi medici concreti atti a metterne in dubbio il valore probante, può quindi essere posto a fondamento del presente giudizio. In effetti, nel referto peritale 13 febbraio 2014, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo avere analizzato accuratamente la documentazione medica agli atti, avere minuziosamente ricostruito l'anamnesi dell'insorgente ed avere proceduto al suo esame clinico, si è così espresso: "(...) Con verosimiglianza preponderante non si è quindi trattato di un gesto "assurdo", inspiegabile, non intenzionale, compiuto in uno stato di psicotico nel senso schizofrenico, caratterizzato da allucinazioni, deliri o da un raptus per cui, imperativamente e in uno stato di completa alterazione dell'esame di realtà, sarebbe stata spinta al gesto suicidale. Tutte le informazioni a disposizione, considerati anche i precedenti tentamen suicidali, lasciano presupporre, con probabilità preponderante, un comportamento certamente inadeguato ma comprensibile e mirato nel contesto di una crisi depressiva e ansiosa che già in passato (e probabilmente ancora in futuro) l'aveva spinta a compiere tale gesto. Dagli atti a disposizione e dalle informazioni ottenute dalla signora RI 1 e da sua madre, non sono deducibili degli elementi clinici indicanti un'incapacità totale di auto-determinarsi ragionevolmente. Ella ha certamente agito secondo una sua logica distorta e limitata ma non del tutto irrazionale e incontrollata. In questo senso, al momento dell'evento, la capacità di intendere e di volere e quindi di giudicare le conseguenze del suo atto, con verosimiglianza preponderante, non era totalmente assente." (doc. 41, p. 14) Il TCA concorda con questa valutazione del perito psichiatra, la cui correttezza è stata poi ribadita – su richiesta dell'assicuratore convenuto – nelle osservazioni dell'8 ottobre 2014, con le quali lo stesso dr. \_\_\_\_\_ ha preso puntualmente posizione riguardo alle critiche sollevate in sede di opposizione dall'avv. RA 1 avverso il referto peritale, riconfermando che "al momento dell'evento, la capacità di intendere e di volere e quindi di giudicare le conseguenze del suo atto, con verosimiglianza preponderante, non era totalmente assente" (doc. 44, p. 7). Il perito ha posto l'accento sul fatto che decisivo ai fini di causa non è sapere se l'assicurata avesse o meno al momento dell'atto una parziale capacità di discernimento, ma solo stabilire se la stessa fosse a quel momento totalmente priva della capacità di discernimento, circostanza che tuttavia non è mai stata comprovata e che non risulta né dagli atti, né dalle dichiarazioni dell'assicurata stessa (doc. 44, p. 8). Il TCA condivide

queste considerazioni, ben motivate, espresse dal dr. \_\_\_\_\_ che, del resto, non sono state contestate tramite la presentazione di certificati specialistici in grado di confutare quanto appurato dal perito incaricato dall'amministrazione. Questo Tribunale rileva, infatti, che in sede ricorsuale la patrocinatrice della ricorrente si è limitata a nuovamente contestare il valore del referto peritale, ritenendolo insufficiente in quanto redatto dopo un solo colloquio con l'assicurata e, per di più, dopo aver richiesto delle informazioni anche alla mamma dell'interessata. Ora, a prescindere dalla circostanza addotta dall'amministrazione relativa al fatto che il dr. \_\_\_\_\_ aveva già avuto modo di esaminare l'assicurata in occasione della visita peritale del data 12 febbraio 2013, seppur allora per un motivo diverso (ossia per determinare l'eventuale residua capacità lavorativa dell'interessata, cfr. doc. 35) - va sottolineato che il dr. \_\_\_\_\_, in quanto specialista FMH in psichiatra e psicoterapeuta, già Direttore del \_\_\_\_\_, 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'assicurata e dopo averla personalmente incontrata (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). Inoltre, secondo la giurisprudenza, il fatto di avere avuto con l'assicurata un solo colloquio peritale appare usuale, spettando al perito valutare l'opportunità di procedere a più colloqui (cfr. STF 9C\_550/2014 del 3 febbraio 2015). Nel caso di specie, lo stesso dr. \_\_\_\_\_, nelle osservazioni dell'8 ottobre 2014, ha indicato che non può essere ritenuta insufficiente una sola visita peritale, se si pon mente al fatto che molte volte, in casi di suicidio, il perito è addirittura chiamato ad esprimere il proprio parere, per forza di cose, solo sulla base degli atti. Il fatto, poi, che il dr. \_\_\_\_\_ abbia consultato anche la madre dell'interessata, rientra ampiamente, a mente di questo Tribunale, nelle facoltà del perito, al fine di meglio inquadrare il caso, raccogliendo il numero maggiore di informazioni, anche "dal profilo delle informazioni eteroanamnestiche", come espressamente indicato in sede peritale (cfr. doc. I, p. 1). Da tale circostanza non si può quindi, contrariamente a quanto preteso dalla patrocinatrice della ricorrente, dedurre che il perito disponesse di elementi insufficienti. Al contrario, questo Tribunale ritiene che il dr. \_\_\_\_\_ abbia espresso la propria valutazione dopo un'accurata ponderazione di tutti gli elementi del caso, ivi compresi la raccolta di informazioni da parte della mamma dell'interessata e lo studio attento della documentazione medica agli atti - in particolare i certificati medici della Clinica \_\_\_\_\_, quelli dell'Ospedale \_\_\_\_\_ e quelli della Clinica \_\_\_\_\_ (dove la signora RI 1 era stata ricoverata il 30 gennaio 2012 per una "sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave senza sintomi psicotici ; disturbo di personalità misto", cfr. doc. 6) – oltre, naturalmente, al colloquio personale con l'assicurata. Infine, la patrocinatrice della ricorrente ha indicato che risulta incomprensibile capire come il perito possa essere giunto alla conclusione che l'assicurata non fosse totalmente incapace di intendere e di volere al momento dell'atto, ritenuto che ella stessa non ha saputo spiegare i motivi del proprio gesto, non riuscendo a capacitarsi di come abbia potuto gettarsi da un dirupo. Il dr. \_\_\_\_\_, nelle osservazioni dell'8 ottobre 2014, riconfermando la correttezza della valutazione peritale da lui eseguita, ha dettagliatamente e in maniera convincente spiegato che "RI 1 stessa, pur non ricordando esattamente i momenti che avevano preceduto il gesto (come menzionato nel mio rapporto), aveva ritenuto probabile che compiendo il salto volesse in qualche modo "chiedere aiuto" o che lo avesse fatto per

“finire di soffrire”, motivo per il quale “non si può quindi negare, diversamente da quanto pensa la legale, “una certa razionalità”, seppure limitata e distorta del passaggio all’atto”. Il dr. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso che “nel caso presente si è trattato con ogni evidenza di un gesto preannunciato ripetutamente (e quindi non improvviso) nel contesto di una malattia psichica grave che comporta notoriamente un alto rischio suicidale. In molte malattie psichiche gravi il soggetto agisce spesso secondo una “sua” razionalità certamente distorta e limitata ma non per questo del tutto inspiegabile e “totalmente irrazionale”.” (doc. 44, p. 4). Il TCA concorda con le considerazioni del dr. \_\_\_\_\_. Se infatti é vero che disturbi depressivi gravi comportano un alto rischio suicidale, ciò non significa ancora che la capacità di agire ragionevolmente della persona interessata sia in ogni caso annientata. In questo senso, si veda la sentenza U 28/01 del 18 luglio 2002 consid. 4.2, in cui il TFA ha negato l’assenza di una totale incapacità di discernimento, trattandosi di un assicurato affetto, al momento del tentamen , proprio da un grave disturbo depressivo maggiore (si veda pure la STF 8C\_936/2010 del 14 giugno 2011 consid. 3.2; la STCA 35.2012.28 del 19 settembre 2013, cresciuta incontestata in giudicato, e la STCA 35.2007.54 del 29 agosto 2007, cresciuta incontestata in giudicato, concernente un assicurato che, al momento del tentativo di suicidio, era in preda a una crisi depressiva acuta - senza sintomi psicotici - sviluppatasi nel contesto di un disturbo bipolare; per un caso in cui questo Tribunale ha invece ammesso l’applicabilità dell’art. 48 OAINF, si veda la STCA 35.2005.9 dell’8 novembre 2005, riguardante il caso di un’assicurata che aveva compiuto il tentativo di suicidio, in preda a una crisi psicotica acuta e a un disturbo di personalità schizoide) . 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. cfr. STF 8C\_999/2010 del 15 marzo 2011; STF 8C\_911/2010 del 10 marzo 2011 consid. 3.2; STF 8C\_909/2010 del 1° marzo 2011; DTF 129 V 177 consid. 3 pag. 181; DTF 126 V 353 consid. 5b pag. 360; DTF 125 V 193 consid. 2 pag. 195) , ritiene che il 16 febbraio 2012, al momento in cui ha tentato di togliersi la vita, l’assicurata 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.