

## **TI\_GERICHTE 35.2019.63 vom 17. Juli 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-07-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2019.63](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.63)

FR: TI\_GERICHTE 35.2019.63 du 17 juillet 2020

IT: TI\_GERICHTE 35.2019.63 del 17 luglio 2020

### **Regeste**

Discussa la questione di sapere se, al momento del tentativo di suicidio, assicurato era totalmente privo della capacità di agire ragionevolmente e, pertanto, se ha diritto alle relative prestazioni LAINF. Rinvio degli atti all'assicuratore per esecuzione di una perizia esterna

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto della lite è la questione di sapere se l'CO 1 era legittimata a negare il diritto alle prestazioni all'assicurato in relazione a quanto accaduto il 15 febbraio 2017, oppure no. In primo luogo, occorre determinare se l'evento in questione è stato o meno un atto involontario. Qualora si sia trattato di suicidio, il TCA dovrà ancora stabilire se, al momento del gesto, l'assicurato era o meno completamente privo della capacità di discernimento. 2.3. Giusta l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non altrimenti previsto dalla legge, le prestazioni assicurative sono concesse in caso d'infortunio professionale, d'infortunio non professionale e di malattie professionali. 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. 2.4. 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 s.). 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 CC. 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 follia, 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., ad esempio, la STF 8C\_812/2015 del 20 luglio 2016 consid. 1; 8C\_195/2015 del 10 febbraio 2016 consid. 2.2, pubblicata in SVR 2016 UV n. 32 p. 105 e i riferimenti). 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). 2.5. 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 (cfr. STF 8C\_773/2016 del 20 marzo 2017 consid. 3.3; 8C\_591/2015 del 19 gennaio 2016 consid. 3.1; 8C\_324/2010 del 16 marzo 2011 consid. 3.2; 8C\_550/2010 del 6 settembre 2010 consid. 2.3; RAMI 1996 n. U 247 p. 168 [U 21/95] consid. 2b ). La Corte federale ha inoltre precisato che la presunzione in questione non impedisce di concludere all'esistenza di un suicidio qualora, in base alla situazione fattuale, una morte involontaria appaia meno verosimile rispetto a un suicidio. È così che, nonostante l'assenza d'indizi a favore di una pregressa suicidabilità, il TF ha ammesso l'esistenza di un suicidio nel caso di un uomo che era rimasto fermo sui binari malgrado l'avvicinarsi del treno, e ciò siccome il suo comportamento poteva essere spiegato soltanto con un'intenzione suicidale e le possibili alternative apparivano tutte improbabili (cfr. STF 8C\_581/2016 del 14 febbraio 2017 consid. 3.3 e riferimento ivi citato).

2.6. Nella concreta evenienza, con la decisione su opposizione impugnata, l'assicuratore convenuto ha sostenuto che "... l'ipotesi più plausibile è quella del tentativo di suicidio ", e ciò considerato che "... è stata condotta un'indagine approfondita dalla polizia cantonale in relazione all'evento in questione. La polizia ha fatto un sopralluogo e ha riportato le constatazioni – foto comprese – nel rapporto del 17.10.2017. Se ci fosse stato motivo di presumere una caduta accidentale, sarebbe stato annotato nel rapporto." (doc. 65, p. 5). Da parte sua, il ricorrente ritiene invece che "... una valutazione definitiva sulle dinamiche della caduta, non possa prescindere da ulteriori accertamenti e in ogni caso da un sopralluogo sul posto dell'incidente." (doc. I, p. 3). Chiamato ora a pronunciarsi su questo primo aspetto, il TCA ritiene che dagli atti emergano già sufficienti elementi suscettibili di rovesciare la presunzione di cui alla giurisprudenza evocata in precedenza (cfr. supra , consid. 2.5.). Innanzitutto, occorre rilevare che, precedentemente all'evento in esame, RI 1 aveva già manifestato propositi suicidali. In particolare, dal rapporto 19 dicembre 2016 dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, a cui l'assicurato si era rivolto in urgenza il 12 dicembre 2016, risulta la diagnosi di "depressione con ideazione suicidale non elaborata " e inoltre che "la mattina presto del 12.12.2016 decide di chiamare l'ambulanza perché questo suono lo disturba in modo esponenziale causandogli dolore, e riferisce di volerla fare finita con la vita ." (doc. M 7 – il corsivo è del redattore). Indicazioni analoghe si ritrovano pure nei referti dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove l'assicurato è stato ricoverato dopo la caduta, ad esempio nel rapporto di uscita 10 aprile 2017 del Servizio di medicina interna (allegato al doc. 38: "Paziente di 60 anni, noto per disturbo depressivo grave con pregressi ricoveri in ambiente psichiatrico ed ideazioni autolesive , ..." – il corsivo è del redattore). D'altro canto, la Polizia cantonale stessa, al termine della propria inchiesta (che ha comportato anche un sopralluogo), è pervenuta alla conclusione che "... l'ipotesi più plausibile è quella di un tentativo di suicidio ." (doc. 38, p. 3 – il corsivo è del redattore). Non può inoltre essere ignorato che, secondo l'otorinolaringoiatra curante, dott. \_\_\_\_\_, "in casi estremi un rumore molto forte può portare a delle azioni drastiche da parte del paziente per interrompere il fischio. Non sono rare delle azioni di auto lesioni che possono passare dal picchiare la testa contro un muro a cercare di porre fine alla propria vita ." (allegato al doc. 58 – il corsivo è del redattore). Infine, nelle sue certificazioni agli atti, lo psichiatra curante dà per accertato che quanto accaduto quel 15 febbraio del 2017 è da ricondurre proprio a un tentativo di suicidio (cfr. doc. IV 1, p. 1: "Stato dopo tentamen suicidale con defenestrazione il 16.2.2017 [recte: 15 febbraio 2017, n.d.r.]", il doc. XI 1, p. 1: "In data 16 febbraio 2017 [recte: 15 febbraio 2017, n.d.r.] tentamen suicidale grave con defenestrazione , tenuto conto di quanto hanno rilevato i colleghi della clinica Santa Croce. Considerato il grave tentamen suicidale del 16 febbraio 2017 [recte: 15 febbraio 2017,

n.d.r.] posso affermare che il ricorrente è affetto da malattia mentale.” – il corsivo è del redattore). Un parere analogo è pure stato espresso dalla psichiatra consulente dell’amministrazione (doc. 46, p. 5: “Dass es sich beim Ereignis vom 15.2.2017 um einen Selbstmordversuch handelte, erscheint in der Gesamtschau aller vorliegenden Informationen sehr wahrscheinlich .” e p. 6: “Unter Berücksichtigung der vorliegenden Informationen insbesondere dem Polizeirapport, ergeben sich keine Hinweise auf eine Dritteinwirkung oder auf einen versehentlichen Sturz aus dem Fenster. Eine Suizidhandlung wurde von Seiten der Kantonspolizei als die plausibelste Hypothese beurteilt. Auch aus medizinischer Sicht erscheint mit Blick auf die nähere Vorgeschichte eine Suizidhandlung mit “willentlich” aus dem Leben-scheiden-wollen als überwiegend wahrscheinlich .” – il corsivo è del redattore). Del resto, con l’allegato dell’8 giugno 2020, la stessa patrocinatrice dell’assicurato sembra dare per scontata l’ipotesi del tentativo di suicidio (cfr. doc. XXVI, p. 1: “Per le ragioni e in base agli elementi che andrò brevemente a ricordare è infatti certo, o almeno altamente verosimile, che la mattina del 15.2. 2017, alle ore 5.20, se RI 1 si è defenestrato , lo ha fatto senza rendersi conto ... (...). Ecco perché mi sento di poter escludere, in base agli elementi a disposizione, che RI 1 abbia volontariamente tentato il suicidio o, in altre parole, ritengo si possa escludere che RI 1 avrebbe potuto ragionevolmente evitare il tentativo suicidale .” – il corsivo è el redattore). In queste condizioni, senza che si riveli necessario procedere a ulteriori atti istruttori (in particolare al richiesto sopralluogo, peraltro già a suo tempo esperito dalla Polizia cantonale), è dunque da ritenere accertato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che il danno alla salute riportato dall’assicurato è conseguente a un tentativo di suicidio, ragione per la quale determinante ai fini di stabilire l’eventuale diritto a prestazioni, è la questione di sapere se RI 1, al momento dell’atto, fosse o meno totalmente incapace di discernimento. 2.7. Con la decisione su opposizione impugnata, l’istituto assicuratore resistente 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, e ciò facendo capo alla valutazione della propria psichiatra di fiducia, dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Con il suo referto del 13 dicembre 2017, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha innanzitutto dichiarato che, al momento dell’atto, svoltosi sullo sfondo di un disturbo depressivo ancora attivo e di un persistente tinnito, il ricorrente non presentava un’infermità o debolezza mentale nel senso giuridico del termine. Al riguardo ella si è così espressa: " (...) In vorliegenden Fall kann auf die in der psychiatrischen Klinik \_\_\_\_\_ gestellte und behandelte Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome nicht von einer Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im juristischen Sinne gesprochen werden, umso mehr, als keine psychotische Symptomatik (mit Wahnideen und Sinnestäuschungen) bestand. Offenbar befand sich der Versicherte zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 15.2.2017 in hausärztlicher, nicht aber in fachpsychiatrischer oder fachpsychologischer Behandlung. Dies wurde vom Hausarzt Dr. \_\_\_\_\_ anlässlich der telefonischen Nachfrage vom 12.12.2017 bestätigt. Nach dem Klinikaustritt habe der Versicherte 2 Konsultationen bei seinem Hausarzt gehabt, am 31.1.2017 sowie am 13.2.2017. Nach telefonischen Angaben von Dr. \_\_\_\_\_ habe der Versicherte bei diesen beiden Konsultationen weiterhin “un po' depresso” gewirkt, es habe aber keine Hinweise auf eine Suizidalität gegeben und er habe auch sonst keine besonderen Beobachtungen beim Versicherten einen Termin beim Spezialisten veranlasst, der noch im Februar hätte stattfinden sollen. Somit haben wir zeitnahe Angaben über die allgemeine Verfassung des Versicherten seitens des Hausarztes, aus denen sich zumindest Hinweise

auf den Geisteszustand des Ereignisses vom 15.2.2017 ableiten lassen. Es kann festgehalten werden, dass der Versicherten zum Zeitpunkt des Ereignisses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht an einer Geisteskrankheit oder an Geistesschwäche im juristischen Sinne gelitten hat ." (doc. 46, p. 5 – il corsivo è del redattore) Per quanto concerne l'eventualità di un disturbo della personalità, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha osservato di non avere a sua disposizione atti medici che consentano di valutare tale aspetto (doc. 46, p. 6). Chiamata a pronunciarsi in merito al grado di capacità di discernimento esistente al momento del tentamen , dopo aver precisato di non poter rispondere in maniera affidabile a tale domanda visto che non sono disponibili indicazioni specialistiche verificate a proposito delle condizioni psichiche del ricorrente nel periodo intercorso tra la dimissione dalla Clinica \_\_\_\_\_ il 27 gennaio 2018 e l'evento del 15 febbraio 2017, la psichiatra consulente dell'CO 1 ha sostenuto che nel caso in cui RI 1 abbia presentato un grave episodio depressivo con impellente ideazione suicidaria – analogamente dunque a quanto accaduto nel dicembre 2016 -, la sua capacità di agire ragionevolmente sarebbe stata perlomeno in parte limitata, visto che un grave stato depressivo è in genere atto a restringere tale capacità. Tuttavia, sempre a suo avviso, anche in presenza di un episodio depressivo grave, non può essere ammessa una completa soppressione della capacità di agire ragionevolmente, tanto più che non vi è alcun indizio che l'assicurato avrebbe sofferto di un'infermità mentale in senso giuridico, in particolare di una sintomatologia psicotica (con deliri e allucinazioni) (doc. 46, p. 6). Da parte sua, l'insorgente contesta la posizione assunta dall'amministrazione, fondata sulle risultanze della valutazione della dott.ssa Tribastone, facendo valere che "... dall'esame dei documenti agli atti, ma soprattutto dalla conoscenza di alcune informazioni relative all'esistenza e alla salute mentale del Sig. RI 1, sia attuali, sia precedenti all'incidente, emergano una serie di elementi oggettivi, che messi assieme, lasciano trasparire uno scenario ben diverso da quello ipotizzato dall'assicurazione. Questi elementi richiedono necessariamente considerazione, oltre che un approfondimento tramite precisi atti istruttori, sotto pena dell'arbitrarietà della decisione presa in assenza degli stessi." (doc. I, p. 5). Questa Corte constata come l'assicurato fondi le proprie censure in particolare sul contenuto dei rapporti agli atti dello psichiatra curante, dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Con referto del 21 maggio 2019, il dott. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato una sindrome depressiva grave senza sintomi psicotici (ICD-10 F33.2) e un tinnito in cura presso il dott. \_\_\_\_\_. Egli ha poi riferito di avere in sua cura il ricorrente dal mese di novembre 2017 e di avere osservato, in occasione dei colloqui, "... qualche idea passiva di morte, ma mai una suicidabilità. Dal profilo del pensiero non ho mai rilevato un pensiero rallentato, con allentati nessi associativi. Molto labile dal lato emotivo sul piano comportamentale e degli impulsi. Sul piano personologico si evidenziano importanti tratti di dipendenza con anche un evidente passività. Poco tollerante e irrispettoso delle regole della casa anziani.". Chiamato quindi a esprimersi in merito alla questione di sapere se l'assicurato è in grado di resistere a un impulso prepotente, lo psichiatra ha dichiarato che dai colloqui avuti è "... emerso che il paziente è molto disfunzionale, con un importante tratto di personalità dipendente, con una bassa capacità introspettiva ed un facile discontrollo impulsivo. Resta molto difficile oggi dire cosa abbia effettivamente spinto il signor RI 1 alla defenestrazione avvenuta il 16 febbraio 2017 [recte: 15 febbraio 2017, n.d.r.]. Tenuto conto della grave depressione, del tinnitus e del disturbo di personalità con il sottostante discontrollo impulsivo che nei momenti prima del tentamen manifestava, è probabile che abbia sviluppato uno stato dissociativo grave tale da determinare l'alterazione dell'esame di realtà e presumibilmente della capacità di

discernimento .” (doc. IV 1 – il corsivo è del redattore). Invitato a pronunciarsi sul contenuto dell’allegato di risposta dell’ \_\_\_\_\_, il dott. \_\_\_\_\_ ha formulato le seguenti considerazioni: " (...) Come descritto nel mio precedente rapporto, egli evidenzia ancora un quadro depressivo, per tale situazione lo vedo con sedute mensili e assume anche una farmacoterapia antidepressiva e ansiolitica. Certo risulta per me difficile definire con chiarezza se il 16 febbraio 2017 [recte: 15 febbraio 2017, n.d.r.] al momento della defenestrazione fosse capace di intendere e volere. Nel rapporto osservavo che il quel frangente temporale tra l’acuzia depressiva da un lato e il grave disagio provocato dal tinnitus dall’altro, egli fosse in uno stato dissociativo e che tale grave scompenso psicopatologico avrebbe potuto determinare un’alterazione dell’esame di realtà e quindi della consapevolezza. Quindi nell’atto dell’agito suicidale è possibile presupporre che il signor RI 1 non fosse nella piena capacità di intendere e volere . La mia affermazione sul ricorrente taciturno, sfuggente, non cooperante e con aspetti comportamentali impulsivi, emerge da numerose mie osservazioni e da quanto mi riportano infermieri e operatori educativi della casa anziani, che osservano il surriferito nell’arco dell’intera giornata. Il tratto caratteriale è la dimensione temperamentale o struttura personologica, questa non subisce modificazioni. Si può affermare quindi che la struttura caratteriale ravvisata dopo l’evento era già presente prima dell’avvenuto tentamen suicidale. È quindi possibile affermare che il funzionamento attuale ricalchi quello prima dell’evento.” (doc. XI 1 – il corsivo è del redattore) In corso di causa, il TCA ha interpellato lo psichiatra curante, al quale è stato chiesto di pronunciarsi sull’apprezzamento della dott.ssa \_\_\_\_\_, in particolare laddove nega che, al momento dell’atto, RI 1 si trovasse completamente privato della capacità di discernimento (doc. XVII). Questa la risposta che il dott. \_\_\_\_\_ ha fornito in data 13 marzo 2020: " (...) Come descritto nel mio rapporto del 21 maggio 2019, il signor RI 1 soffre di disturbo depressivo grave, che è stato diagnosticato anche dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e di un tinnitus destro importante. Nei colloqui ho potuto rilevare i sintomi depressivi. Il paziente ha tuttora un’amnesia totale dell’evento e dei fatti che l’hanno anticipato e preceduto. Questo paziente non è stato diagnosticato come psicotico, quindi non ha avuto deliri o allucinazioni. Come da mio rapporto del 21 maggio 2019, sulla base della mia valutazione del disturbo, nonché della mia conoscenza del paziente e del funzionamento dello stesso, ritengo che al momento del noto tentamen vi sarebbe potuto essere sulla base della gravità del disturbo uno stato dissociativo grave tale da alterare l’esame della realtà, quindi compromettere la capacità di discernimento .” (doc. XVIII – il corsivo è del redattore) 2.8. Per costante giurisprudenza, 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 DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito 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. Nella DTF 135 V 465, l'Alta Corte 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 alcun dubbio, 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso 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. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., 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). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.9. Chiamata a pronunciarsi nella concreta evenienza, questa Corte non ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione agli atti della psichiatra di fiducia dell'assicuratore resistente, in base alla quale non sarebbe dimostrato, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che l'assicurato fosse totalmente privo della capacità d'intendere e di volere al momento dell'atto (cfr. doc. 46).

Preliminarmente, occorre rilevare come la dott.ssa \_\_\_\_\_ non abbia agito in qualità di perito amministrativo incaricato in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPG (cfr., al riguardo, il doc. 36, dal quale risulta che al ricorrente non è stato concesso né di ruscare l'esperto incaricato né di esprimersi sul catalogo dei quesiti da sottoporli). Per questa ragione, può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei minimi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.8.). Secondo questo Tribunale, l'analisi formulata dalla psichiatra consulente dell'CO 1 appare incompleta, nella misura in cui non sono stati affrontati aspetti della fattispecie potenzialmente suscettibili di giustificare una diversa conclusione circa lo stato di coscienza di RI 1 al momento del noto tentamen e, in questo senso, è da ritenere data la presenza di dubbi - perlomeno lievi - circa la sua affidabilità. Il TCA constata che è la stessa dott.ssa \_\_\_\_\_ ad aver riconosciuto che gli atti a sua disposizione non le consentivano di approfondire l'eventualità che l'assicurato soffrisse

(anche) di un disturbo della personalità, accanto al diagnosticato disturbo depressivo grave (cfr. doc. 46, p. 6). A tale riguardo, va rilevato che dalle certificazioni agli atti del dott.

\_\_\_\_\_ - il quale nella sua qualità di psichiatra curante che conosce l'insorgente sin dal novembre 2017, si trova in una posizione indubbiamente privilegiata per fornire un giudizio informato circa il suo stato psichico -, si evince segnatamente che il ricorrente presenta (e verosimilmente presentava prima del tentativo di suicidio) un disturbo di personalità con un sottostante discontrollo impulsivo (cfr. doc. IV 1 e doc. XI 1). Ora, se è vero che di per sé uno stato depressivo non è in genere atto a sopprimere la capacità di discernimento (in questo senso, cfr. la STF 8C\_175/2015 del 15 gennaio 2016 consid. 2.1.2), così come osservato dalla consulente in psichiatria dell'amministrazione, in concreto è necessario indagare la questione di sapere se ciò è ancora il caso quando il disturbo depressivo interagisce con un disturbo della personalità quale quello che presenta RI 1 (discontrollo impulsivo). A ciò si aggiunge il fatto che l'assicurato è affetto da un tinnito (soggettivamente) molto disturbante e che, secondo l'otorinolaringoiatra curante, tale patologia può indurre il paziente a compiere anche delle azioni drastiche per interrompere il fastidio, finanche a togliersi la vita (cfr. allegato al doc. 58). Non può del resto essere ignorato che, nel mese di dicembre 2016, sebbene esasperato dall'acufene, anziché passare all'atto, l'insorgente era riuscito ad allertare i primi soccorsi. Alla luce di tale circostanza, è ragionevole interrogarsi circa i motivi per i quali, nel febbraio 2017, le cose sono invece andate diversamente e, pertanto, interrogarsi circa l'eventualità di un raptus suicida. Alla luce di quanto precede, considerata l'esistenza di dubbi, perlomeno lievi, circa la completezza e, dunque, la correttezza della valutazione enunciata dalla dott.ssa

\_\_\_\_\_, questa Corte ritiene, per maggiore tranquillità, che non si possa prescindere dal procedere a un approfondimento peritale della fattispecie. 2.10. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: "(...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen ( BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und

instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch.

4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern.

4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” (STF 8C\_59/2011, consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all’assicuratore resistente (cfr. STF 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso non ha fondato la decisione impugnata su una perizia amministrativa ex

art. 44 LPGGA (per un caso analogo, si veda la STF 8C\_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le ragioni già esposte al considerando 2.9. , si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga un approfondimento esterno (art. 44 LPGGA), nella forma di una perizia psichiatrica, volta finalmente a determinare se, al momento del gesto, l'assicurato fosse, o meno, completamente privo della capacità di discernimento. In base alle relative risultanze, l'istituto assicuratore sarà poi di nuovo chiamato a decidere in merito al diritto a prestazioni. 2.11. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 2 (cfr. doc. I, p. 9). Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, patrocinato da un avvocato, ha diritto al versamento da parte dell'assicuratore LAINF di fr. 2'500 a titolo di ripetibili. La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; STF 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C\_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3).

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