

## **TI\_GERICHTE 35.2024.57 vom 20. Januar 2025**

TI Tribunale d'appello, 2025-01-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2024.57](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.57)

FR: TI\_GERICHTE 35.2024.57 du 20 janvier 2025

IT: TI\_GERICHTE 35.2024.57 del 20 gennaio 2025

### **Regeste**

Tentato suicidio. Discussa la questione di sapere se assicurato era totalmente privo della capacità di discernere al momento del tentamen. Attribuito pieno valore probatorio alla perizia psichiatrica amministrativa

### **Erwägungen**

#### **E. 42**

LPGA garantiscono alle parti il diritto di essere sentite. Giusta la seconda frase dell'art. 42 LPGA, le parti non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. Secondo la giurisprudenza, la limitazione del diritto di essere sentito prevista dalla LPGA consiste soltanto nel fatto che, trattandosi di decisioni che possono essere oggetto di opposizione, la persona assicurata non può pronunciarsi preliminarmente sulla decisione prevista; i restanti aspetti del diritto costituzionale non sono interessati dalla limitazione (DTF 132 V 368 consid. 4). Nelle procedure che si concludono con decisioni suscettibili d'opposizione, l'assicuratore non è tenuto a notificare una perizia alla persona assicurata prima di procedere all'emanazione della decisione (DTF 132 V 368 consid. 7). Nella fattispecie di cui alla DTF 132 V 368 - emanata a un momento in cui la procedura di opposizione era prevista anche in materia di assicurazione per l'invalidità -, il Tribunale federale non ha ammesso l'esistenza di una violazione del diritto di essere sentito, sebbene l'Ufficio AI avesse emanato la propria decisione senza preliminarmente consentire alla persona assicurata di prendere posizione sulla perizia da esso ordinata (cfr. il consid. 7 della succitata pronunzia federale). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale di carattere formale, la cui violazione comporta l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere delle possibilità di successo del ricorso nel merito (DTF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b e i riferimenti ivi citati). Va tuttavia rilevato che una violazione del diritto di essere sentito è sanabile se l'interessato ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1; 124 V 180 consid. 4a). Non va poi dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione se una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 con riferimenti; STF 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012 consid. 2.3). In concreto, dalle carte processuali si evince segnatamente che nel corso del mese di aprile 2022 il perito amministrativo ha consegnato all'CO 1 il proprio rapporto (cfr. doc. 165). Risulta inoltre che in data 23 maggio 2022 l'assicuratore resistente ha notificato alla patrocinatrice dell'assicurato la decisione formale mediante la quale ha negato il proprio obbligo a prestazioni in relazione al sinistro del febbraio 2017, accludendo copia della perizia amministrativa (doc. 166). Il 30

maggio 2022, l'avv. RA 2 ha preteso che il referto venisse tradotto in lingua italiana (doc. 168), ciò che l'amministrazione ha fatto (cfr. doc. 169 e doc. 170). In data 26 agosto 2022, ottenute alcune proroghe, la rappresentante ha motivato opposizione contro la decisione formale del 23 maggio 2022 (doc. 187). Nel marzo 2023, l'assicuratore ha informato la rappresentante dell'assicurato circa la propria intenzione di sottoporre al perito alcuni quesiti complementari, riguardo ai quali le è stato chiesto di esprimersi (cfr. doc. 197). La patrocinatrice ha formulato le proprie osservazioni il 26 maggio (doc. 203), rispettivamente il 20 ottobre 2023 (doc. 213). Le domande complementari, comprensive delle modifiche proposte dalla rappresentante, sono quindi state sottoposte all'esperto amministrativo in data 26 novembre 2023. Il complemento peritale è pervenuto all'istituto assicuratore nel mese di dicembre 2023 (doc. 215). L'CO 1 ha emanato la decisione su opposizione il 21 maggio 2024 (doc. 219). Su richiesta dell'avv. RA 2 (doc. 221), copia della traduzione del complemento peritale le è stata trasmessa in data 28 maggio 2024 (doc. 224). Il 24 giugno 2024 è stato interposto ricorso dinanzi a questo Tribunale (doc. I). Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte non vede validi motivi per concludere che la decisione su opposizione impugnata vada annullata per vizio di forma e la causa rinviata all'assicuratore infortuni convenuto. Da una parte, nella misura in cui la patrocinatrice fa valere che il diritto di essere sentito di RI 1 sarebbe stato violato in quanto la perizia psichiatrica gli è stata trasmessa soltanto con la decisione formale del 23 maggio 2022, il TCA constata che tale censura è stata sollevata al più presto con l'impugnativa del 24 giugno 2024, allorquando avrebbe potuto e dovuto esserlo già con l'opposizione del 26 agosto 2022 (cfr. doc. 187). In questo contesto, è utile segnalare che, secondo costante giurisprudenza, l'invocazione di un vizio di forma è limitata dal principio della buona fede (art. 5 cpv. 3 Cost.), il quale obbliga colui che si ritiene vittima di una violazione del suo diritto di essere sentito o di un altro vizio procedurale a segnalarlo immediatamente, alla prima occasione utile ( DTF 143 V 66 consid. 4.3; STF 9C\_557/2021 del 20 ottobre 2022 consid. 5.3.2; 8C\_528/2021 del 3 maggio 2022 consid. 6.1). Stante ciò, la censura del ricorrente va giudicata in ogni caso tardiva. D'altra parte, il fatto che all'assicurato non sia stata concessa la facoltà di esprimersi sul complemento peritale prima che venisse rilasciata la decisione su opposizione impugnata, è costitutivo di una violazione del suo diritto di essere sentito (in questo senso, cfr. la STF 8C\_460/2024 del 27 novembre 2024 consid. 3.2, riguardante un caso in cui un ufficio AI aveva emanato la propria decisione senza dare preliminarmente la possibilità alla persona assicurata di prendere posizione sul complemento peritale allestito nel frattempo dall'esperto incaricato). Va tuttavia ritenuto che la violazione in questione è stata sanata con l'inoltro dell'impugnativa al TCA (in questo senso, cfr. la STF 8C\_460/2024 succitata consid. 3.2) , autorità di ricorso che gode di un pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (su questo aspetto, cfr. la STF 8C\_923/2011 del 28 giugno 2012 consid. 2.3). In particolare, deve essere sottolineato che la rappresentante dell'insorgente è entrata in possesso del complemento peritale (tradotto in italiano) qualche giorno dopo l'intimazione della decisione su opposizione, di modo che ha potuto far valere le proprie ragioni con cognizione di causa già con l'atto di ricorso. Inoltre, ella ha beneficiato della concessione di numerose proroghe (dagli atti risulta che il termine per le nuove prove assegnate il 16 luglio 2024 è stato prorogato sino al 29 novembre 2024 ) che le hanno finalmente consentito di raccogliere e di produrre la presa di posizione dello psichiatra curante (cfr. allegato al doc. XV). Alla luce di tutto quanto precede, il TCA può entrare nel merito del ricorso. 2.2. Nel merito , 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. Il TCA constata preliminarmente che in concreto non è più contestato il fatto che quel giorno di febbraio RI 1 abbia tentato di togliersi la vita, circostanza che era già stata accertata con la sentenza 35.2019.63 del 17 luglio 2020, cresciuta incontestata in giudicato (cfr. doc. 104, p. 9: “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 (...)” – il corsivo è del redattore; si veda del resto la risposta fornita dal perito amministrativo al quesito n. 4.5 – doc. 170, p. 17). Stante quanto precede, questo Tribunale è qui di seguito chiamato a stabilire se, al momento dell'atto, il ricorrente fosse o meno completamente privo della capacità di discernimento ai sensi dell'art. 48 cpv. 1 OAINF. 2.3. 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). A questo proposito, per quanto attiene la giurisprudenza cantonale, è utile citare, ad esempio, la STCA 35.2007.54 del 29 agosto 2007 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, in cui non è stata ammessa la completa assenza della capacità di agire ragionevolmente oppure, per un caso in cui è invece stata riconosciuta l'applicabilità dell'art. 48 OAINF, la STCA 35.2005.9 dell'8 novembre 2005, riguardante un'assicurata che aveva compiuto il tentativo di suicidio, in preda a una crisi psicotica acuta e a un disturbo di personalità schizoide. Nella pronuncia 35.2012.56 del 3 dicembre 2013, fondandosi sulle risultanze di una perizia psichiatrica giudiziaria, questo Tribunale ha pure concluso all'esistenza di una totale incapacità di intendere e volere, trattandosi di un agente di polizia che si era tolto la vita gettandosi da un ponte. In quel caso, l'assicurato soffriva, secondo il perito psichiatra, di un episodio depressivo grave con sintomi psicotici e, negli ultimi tempi, in particolare di un'alterazione dello stato di coscienza configurabile come "stupore". 2.4. Con la pronuncia 35.2019.63, il TCA ha rinviato gli atti all'amministrazione affinché ordinasse l'esecuzione di una perizia psichiatrica esterna (ex art. 44 LPGGA) volta "... 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." (doc. 104, p. 17 s.). Queste le considerazioni alla base del rinvio: " (...) 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 LPGGA (cfr., al riguardo, il doc. 36, dal quale risulta che al ricorrente non è stato concesso né di ricusare l'esperto incaricato né di esprimersi sul catalogo dei quesiti da sottoporgli). 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." 2.5. In esecuzione di quanto ordinatogli con il giudizio di rinvio, nel corso dell'autunno 2021, l'assicuratore convenuto ha disposto una perizia psichiatrica, affidandone l'incarico al dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, consulente presso il Centro \_\_\_\_\_ (doc. 145). Dal relativo referto, datato 1° aprile 2022 (doc. 165; traduzione in lingua italiana agli atti sub doc. 170), risulta che l'esperto ha personalmente visitato il ricorrente il 13 dicembre 2021, presso la struttura che accoglie l'assicurato (Casa \_\_\_\_\_), alla presenza del dott. \_\_\_\_\_, medico specialista in neurologia di madre lingua italiana, che ha funto da traduttore. Si evince inoltre che il dott. \_\_\_\_\_ ha avuto colloqui anche con la sorella del peritando, con il dott. \_\_\_\_\_ (psichiatra curante), con il dott. \_\_\_\_\_ (direttore sanitario della casa per anziani), con il dott. \_\_\_\_\_ (già medico curante) e con il sig. \_\_\_\_\_ (già datore di lavoro dell'assicurato) (doc. 170, p. 3). Dopo aver ricostruito l'anamnesi dell'insorgente (doc. 170, p. 3-4), facendo capo anche alle informazioni fornite dai terzi appena menzionati (doc. 170, p. 6-8), rispettivamente a quelle emerse dalla documentazione medica a sua disposizione (doc. 170, p. 8-13), e averne descritto lo stato psichico (doc. 170, p. 5-6), l'esperto amministrativo ha formulato le diagnosi di psicosindrome organica conseguente a trauma cranio-encefalico (ICD10-F07.2), esiti di grave trauma cranio-encefalico con lesione principale fronto-basale a destra e lesione da contraccolpo fronto-temporale a sinistra, tinnito cronico a destra e amaurosi occhio sinistro, precisando in proposito quanto segue: "(...) Il sig. RI 1 soffre oggi delle conseguenze del trauma subito in seguito all'infortunio/alla caduta del 15.02.2017. Oggi diagnosticiamo al sig. RI 1 gli esiti di questo grave trauma cranio-cerebrale. Si trattava di una lesione fronto-basale e fronto-temporale a destra e di un'amaurosi dell'occhio sinistro. Questo grave danno cerebrale ha portato a una psicosindrome organica. Il sig. RI 1 necessita ora di un sostegno in tutti i campi della vita. Vive attualmente presso la Casa \_\_\_\_\_. Qui riceve il sostegno adeguato per organizzare la sua vita quotidiana e la necessaria assistenza infermieristica. Il sig. RI 1 soffre ancora oggi di un tinnito, diagnosticato prima dell'infortunio/della caduta. I sintomi del disturbo depressivo recidivante diagnosticato nell'anamnesi sono ora regrediti in seguito al trattamento con antidepressivo. Anche il

disturbo del sonno menzionato nell'anamnesi è sotto controllo, grazie al trattamento con una benzodiazepina. La diagnosi di severo disturbo depressivo senza sintomi psicotici (ICD10 F 33.2), formulata dal dott. \_\_\_\_\_ in vari referti (21.5.2019, 9.8.2019, 13.3.2020), non può essere posta alla visita del 13.12.2021. Il sig. RI 1 è in trattamento con antidepressivi e un ansiolitico. Al momento della visita psichiatrica del 13.12.2021, il sig. RI 1 era equilibrato nell'umore, riusciva a ridere in maniera adeguata alla situazione e nel gruppo degli altri ospiti dell'istituto era allegro, gioviale e partecipava attivamente e autonomamente alle attività dell'istituto. Con gli psicofarmaci prescritti e dispensati, è in buon equilibrio. (...)" (doc. 170, p. 14 s.) Riguardo allo stato psichico dell'assicurato esistente prima del sinistro del febbraio 2017, il dott. \_\_\_\_\_ si è così espresso: " (...) Il sig. RI 1 è stato ricoverato tre volte in una clinica psichiatrica prima dell'infortunio/della caduta. In quelle occasioni, gli è stato diagnosticato un disturbo depressivo. 1. Ospedalizzazione 29.7.2014 – 12.9. 2014: moderato disturbo depressivo (ICD10 F32.1), disturbo da somatizzazione. 2. Ospedalizzazione 12.12.2016 – 16.12.2016: severo disturbo depressivo senza sintomi psicotici (ICD10 F32.2). 3. Ospedalizzazione 24.12.2016 – 27.01.2017: severo episodio depressivo senza sintomi psicotici (ICD10 F32.2). Questi sintomi depressivi sono diminuiti nel corso dell'ospedalizzazione. Tra le ospedalizzazioni e anche dopo l'ultima dimissione dalla clinica il 27.1.2017, il signor RI 1 è stato in trattamento dal suo medico di base, dott. \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_. L'ultima visita ha avuto luogo il 13.2.2017, dove gli è stata attribuita una capacità lavorativa del 50%. Durante la visita, il sig. RI 1 era piuttosto depresso, lamentava insonnia e temeva di commettere errori quando sarebbe tornato al lavoro. Per anni il sig. RI 1 ha sofferto e soffre tuttora di un tinnito difficilmente controllabile, che gli pesa molto. L'umore viene peggiorato da questa situazione e ha espresso il pensiero di averne abbastanza dalla vita. Nel colloquio della visita del 13.12.2021, il sig. RI 1 ha affermato di essere sempre stato una persona affidabile. Per rispondere alle domande seguenti, è importante prendere in considerazione altri possibili disturbi mentali che possano aver influito sull'infortunio/sulla caduta. Nell'anamnesi, nelle descrizioni del sig. RI 1, nelle dichiarazioni della sorella e nei documenti forniti, a parte il tinnito e il disturbo depressivo recidivante non sono presenti disturbi mentali da poter prendere in considerazione per l'evento del 15.2.2017. In particolare, non ci sono segni o descrizioni di episodi psicotici. L'influenza di stupefacenti o dell'alcool sull'evento del 15.2.2017 è stata esclusa anche dai campioni di sangue negativi per queste sostanze. Nella storia clinica, soprattutto nelle cartelle cliniche, il sig. RI 1 non ha mai manifestato sintomi psicopatologici quali deliri, illusioni sensoriali, stupor depressivo (stato improvviso di agitazione con tendenza al suicidio), raptus (stato improvviso di agitazione come sintomo di un disturbo mentale), né ha mostrato una perdita di controllo in seguito al consumo di sostanze psicoattive. In passato, nelle fasi in cui non si sentiva mentalmente bene, il sig. RI 1 ha sempre cercato autonomamente l'aiuto di specialisti o si è fatto ricoverare in clinica." (doc. 170, p. 15 s.) Il perito non ha quindi ritenuto dimostrato che al momento dell'atto il ricorrente sofferisse di malattie mentali, di deficit mentali o di disturbi del comportamento: " (...) La dott.ssa \_\_\_\_\_ ha già spiegato in maniera dettagliata e differenziata, nella sua valutazione dei documenti (vedere capitolo 5.3 della presente perizia) del 13.12.2017, che presso la Clinica \_\_\_\_\_ è stata posta una diagnosi di severo episodio depressivo senza sintomi psicotici e che il sig. RI 1 ha ricevuto un efficace trattamento per questa depressione. In presenza di un severo episodio di disturbo depressivo senza sintomi psicotici, non si può parlare di malattia mentale o di deficit mentale, tanto più che non c'erano sintomi psicotici (deliri, illusioni sensoriali). La

dott.ssa \_\_\_\_\_ aggiunge anche che in psichiatria forense, il termine malattia mentale viene utilizzato per disturbi mentali di notevole entità, quali la schizofrenia, la disabilità mentale (deficit mentale) o per determinati disturbi della personalità (ad esempio quando si tratta di valutare l'imputabilità). Nel linguaggio medico, i termini malattia mentale o deficit mentale non sono più utilizzati o lo sono raramente. Come si è detto, al momento dell'infortunio/della caduta, il sig. RI 1 non soffriva di malattie mentali, deficit mentali o disturbi comportamentali." (doc. 170, p.16) Lo specialista incaricato dall'amministrazione ha infine ritenuto poco probabile che l'assicurato fosse totalmente privo della capacità di agire ragionevolmente al momento del tentamen suicidale, e ciò per le seguenti ragioni: "(...) Come spiegato in precedenza e riportato nella valutazione dei documenti della dott.ssa \_\_\_\_\_, al signor RI 1 è stato diagnosticato un severo episodio depressivo senza sintomi psicotici (ICD10 F32.2) durante il suo ultimo ricovero presso la Clinica \_\_\_\_\_ dal 24.12.2016 al 27.1.2017. Durante l'ultima visita dal medico di base, dott. \_\_\_\_\_, il 13.2.2017, al sig. RI 1 è stata attribuita una capacità lavorativa del 50%, era lievemente depresso e ha riferito delle difficoltà a dormire. Inoltre, non erano presenti segni di ideazione suicida. Le analisi del sangue effettuate dopo l'infortunio/la caduta non hanno messo in evidenza l'assunzione di stupefacenti o alcool, ad eccezione dei valori relativi alla quetiapina prescritta. Il sig. RI 1 si era già lamentato più volte del tinnito, definendolo quasi insopportabile. Come stabilito nella sentenza del Tribunale federale del 7 luglio 2021, devono essere presenti diversi sintomi psicopatologici gravi, affinché la capacità di discernimento di una persona sia completamente assente. Nel caso del sig. RI 1, nessun sintomo di questo tipo è stato osservato o menzionato, né nelle cartelle cliniche, nei racconti della sorella, del medico di base, dell'attuale psichiatra, dei medici delle varie cliniche, né da lui stesso. Al momento dell'infortunio/della caduta, il sig. RI 1 non si trovava, quindi, in uno stato mentale tale da far pensare che non fosse in grado di agire ragionevolmente ." (il corsivo è del redattore) Facendo proprie le conclusioni peritali, con decisione formale del 23 maggio 2022, l'amministrazione ha ritenuto inapplicabile l'art. 48 cpv. 1 OAINF e ha pertanto negato il diritto a prestazioni in relazione all'evento del febbraio 2017 (cfr. doc. 166). 2.6. A fronte delle obiezioni sollevate nell'atto di opposizione alla decisione formale, l'assicuratore convenuto ha di nuovo interpellato l'esperto amministrativo, al quale sono stati sottoposti alcuni quesiti la cui formulazione è stata concordata con la patrocinatrice dell'assicurato (cfr. doc. 203, doc. 213 e allegato al doc. 215). Con complemento peritale del 18 dicembre 2023 (doc. 215; traduzione in lingua italiana agli atti sub doc. 216), interrogato in primo luogo a proposito del disturbo di personalità con sottostante discontrollo impulsivo che era stato diagnosticato dal dott. \_\_\_\_\_, lo psichiatra dott. \_\_\_\_\_ ne ha negato l'esistenza, sostenendo che "né dal mio esame né dai fascicoli può e potrà delinearci una diagnosi di disturbo di personalità. In tutte le relazioni viene riportata la diagnosi di disturbo depressivo di varia gravità o di disturbo di somatizzazione. (...). Il dott. \_\_\_\_\_ ha in cura il sig. RI 1 nella casa anziani dal 7/11/2017. Il tentamen risale al 16/2/2017. Ciò significa che la diagnosi di disturbo di personalità viene formulata dal dott. \_\_\_\_\_ dopo una grave lesione cerebrale traumatica (vedere perizia \_\_\_\_\_ del 1/4/2022) con la psicosindrome organica (ICD10 F07.2). Ciò significa che la diagnosi di disturbo di personalità viene formulata solo in un secondo momento dal dott. \_\_\_\_\_, senza aver conosciuto prima il sig. RI 1. La diagnosi di disturbo di personalità può essere fatta solo se a) i sintomi compaiono già nell'infanzia o nell'adolescenza, b) si osservano compromissioni almeno di moderata entità del livello funzionale della personalità, c) sono presenti deviazioni nella percezione, nel pensiero, nel sentimento e

nelle relazioni, d) questi modelli comportamentali sono per lo più stabili e si riferiscono a molteplici aree del comportamento e delle funzioni psicologiche. Da quanto sopra esposto, emerge chiaramente che non è possibile diagnosticare al sig. RI 1 un disturbo della personalità. Il sig. RI 1 ha dimostrato per tutta la vita buone capacità funzionali, è stato (secondo la sorella) un bambino, un adolescente e un adulto calmo ed equilibrato. Ha completato con successo gli studi scolastici, si è formato come elettricista, poi ha lavorato dimostrando efficienza e affidabilità per molto tempo in vari posti, si è sposato e ha avuto un matrimonio felice. Come già detto, a RI 1 non può e non può essere diagnosticato un disturbo della personalità.” (doc. 216, p. 3 s. – il corsivo è del redattore). D’altro canto, alla domanda se il tinnito o il disturbo di personalità diagnosticato dal dott. \_\_\_\_\_ (che, come visto, non era però presente) abbiano potuto determinare la decisione di suicidarsi e, nell’affermativa, se in questa situazione il peritando fosse capace di discernimento, il perito ha risposto che “è noto che il suicidio è un tentativo di porre fine a una situazione insopportabile. Lo vediamo spesso nel suicidio assistito, dove le persone pongono fine alla loro esistenza in modo autoresponsabile e autodeterminato. Spesso, malattie incurabili, sofferenze personali non risolvibili o il desiderio di non essere un peso per nessuno sono fattori decisivi di porre fine alla propria vita. Il suicidio assistito di questo tipo è consentito solo alle persone con inalterato grado di discernimento. Nel caso del sig. RI 1, non è chiaro dai documenti se avesse pianificato il suicidio in precedenza. Non c’è nemmeno un esame strumentale con cui si possa misurare l’entità del tinnitus. Il sig. RI 1 ha lavorato regolarmente per la maggior parte del tempo. Durante i ricoveri presso le cliniche \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ non ha potuto lavorare dopo di che è stato messo in malattia dal suo medico di famiglia. Il certificato di malattia adduceva come motivazione la depressione. Nonostante il tinnitus, il sig. RI 1 era in grado di lavorare. Dai documenti e dalle informazioni fornite dalle persone a lui vicine non risulta che il sig. RI 1 avesse patologie pregresse che lo avrebbero reso incapace di discernimento.” (doc. 216, p. 5). Inoltre, lo psichiatra incaricato dall’CO 1 ha parimenti escluso che il ricorrente, al momento del tentamen, fosse in preda ad un raptus (doc. 216, p. 6: “RI 1 non ha mostrato in passato reazioni emotive incontrollabili. Le diagnosi fatte nelle cliniche e dal dott. \_\_\_\_\_ sono state di disturbi depressivi di varia gravità, ma sempre senza sintomi psicotici. Il sig. RI 1 è descritto come una persona equilibrata (secondo la sorella, il superiore, il medico di famiglia). Sulla base dei documenti e delle informazioni provenienti dal suo ambiente, un raptus è da considerare improbabile.” – il corsivo è del redattore). Infine, a proposito delle domande volte a sapere perché nel dicembre 2016 l’assicurato è stato in grado di allertare i soccorsi mentre nel febbraio 2017 non lo ha fatto decidendo invece di tentare il suicidio, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che gli atti e le informazioni raccolte non gli consentono di fornire una risposta, la quale sarebbe speculativa, “ciò che non è corretto a livello deontologico” (doc. 216, p. 5).

2.7. Con la propria impugnativa (doc. I), la rappresentante dell’assicurato contesta che alla perizia amministrativa possa essere attribuito sufficiente valore probatorio.

A suo avviso, l’esperto avrebbe omesso di approfondire gli aspetti sottolineati nella sentenza di rinvio. In particolare, secondo l’avv. RA 2, il dott. \_\_\_\_\_ si sarebbe limitato a negare l’esistenza di un disturbo di personalità “senza una motivazione sufficiente e senza nemmeno coinvolgere ulteriormente il paziente (consultato solo per poche ore), né il Dr. \_\_\_\_\_, così come senza confutare nel dettaglio la diagnosi del Dr. \_\_\_\_\_”. Inoltre, nei colloqui con le persone vicine all’insorgente, egli si sarebbe “espressamente concentrato sugli aspetti “più normali” e più positivi della vita dell’assicurato, sottacendone le evidenti fragilità, di per sé mai

formalmente diagnosticate, non essendo mai stato, il sig. RI 1, prima dell'incidente, in cura presso uno psichiatra e/o una psicoterapeuta, ...". In corso di causa, l'avv. RA 2 ha inoltre prodotto una nuova certificazione, datata 28 novembre 2024, dello psichiatra curante dell'assicurato, il cui tenore è il seguente: " (...) In riferimento alla sua richiesta, le comunico che vedo il paziente dal mese di novembre 2017. Il surriferito è affetto da un disturbo depressivo grave senza sintomi psicotici. Tinnitus destro grave per il quale è seguito dal Dr. \_\_\_\_\_, FMH in otorinolaringoiatria. St. di tentamen suicidale con defenestrazione il 16.2.2017. Faccio notare che anche nelle ultime settimane si sono verificati ancora episodi in cui era discontattato, a tratti anche verbalmente aggressivo. Ritengo quindi importante al fine di un'attenta valutazione che vada indagata in modo approfondito la struttura di personalità." (doc. XV 1) 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. 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. 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. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale rileva che, a seguito della sentenza cantonale di rinvio, l'amministrazione ha incaricato il dott. \_\_\_\_\_ di periziare l'assicurato, seguendo la procedura prescritta dall'art.

#### **E. 44**

LPGA (cfr. doc. 145, doc. 149 e doc. 151). In applicazione della giurisprudenza federale, le perizie elaborate da medici esterni all'amministrazione hanno piena forza probatoria nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti. Il giudice non se ne scosta se non in presenza di indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro fondatezza ( cfr., fra le tante, la STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2021 consid. 3.2 e la giurisprudenza ivi menzionata ). In questo contesto, il Tribunale federale ha sottolineato che le perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. In proposito, l'Alta Corte ha evidenziato la natura differente del mandato di cura e di quello peritale (cfr. STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021 consid. 4.1; 8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1; 8C\_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2; 8C\_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Una perizia fondata sull'art. 44 LPGA ha dunque un valore probatorio maggiore rispetto ai rapporti medici interni all'amministrazione, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi, perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.7). Fatta questa premessa, attentamente esaminata la documentazione agli atti, il TCA non vede validi motivi che gli impongano di distanziarsi dalle conclusioni a cui è pervenuto il dott. \_\_\_\_\_, secondo il quale non è dimostrato, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che al momento del tentativo di suicidio RI 1 fosse totalmente privo della capacità d'intendere e volere. In questo senso, deve essere sottolineato come il perito amministrativo, le cui conclusioni risultano scevre da contraddizioni e motivate in maniera convincente, abbia valutato la fattispecie prendendo in considerazione, non soltanto i referti medici a disposizione (segnatamente quelli delle strutture psichiatriche in cui l'insorgente è stato degente) e quanto riferito dall'insorgente stesso a margine della consultazione del 13 dicembre 2021, ma pure le dichiarazioni delle persone che l'hanno conosciuto prima (sua sorella, il suo medico curante e il suo datore di lavoro) e dopo (il suo attuale psichiatra e il direttore sanitario della casa per anziani in cui soggiorna). Questo con l'evidente scopo d'indagare il suo stato psichico pre-traumatico, in particolare il disturbo di personalità la cui preesistenza viene pretesa dal dott. \_\_\_\_\_, il sinistro del febbraio 2017. Del resto, dalla restante documentazione medica non emergono indizi concreti suscettibili di sminuire il valore probatorio attribuito alla perizia psichiatrica allestita dal dott. \_\_\_\_\_. Questo Tribunale non ignora che nei rapporti di cui aveva tenuto conto nella pronuncia di rinvio e che in quell'occasione erano stati giudicati atti a generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza dell'apprezzamento della psichiatra fiduciaria dell'CO 1, il dott. \_\_\_\_\_ aveva sostenuto che l'assicurato soffre, tra l'altro, di un disturbo dipendente di personalità accompagnato da un facile discontrollo impulsivo, diagnosi formulata in base alle sue numerose osservazioni e a quanto riportatogli da

“infermieri e operatori educativi della casa anziani”, che la struttura caratteriale riscontrata dopo il sinistro era già presente prima del tentato suicidio e, infine, che l’associazione di depressione, tinnito e disturbo di personalità abbia probabilmente causato “uno stato dissociativo grave tale da determinare l’alterazione dell’esame di realtà e presumibilmente della capacità di discernimento” (cfr. STCA 35.2019.63, p. 11 s.). Va tuttavia rilevato che - diversamente dallo psichiatra curante - l’esperto amministrativo ha proceduto all’audizione della sorella, dell’ex datore di lavoro e dell’ex medico di famiglia del ricorrente, ossia di coloro che meglio lo conoscevano prima che tentasse di suicidarsi e che, in base alle informazioni così raccolte e al contenuto dei rapporti di uscita agli atti delle cliniche psichiatriche, è giunto alla conclusione che RI 1 non soffriva di alcun disturbo di personalità. In questo contesto, il dott. \_\_\_\_\_ ha pure precisato che, a fronte della grave lesione cerebrale riportata a seguito della nota caduta e della sindrome psico-organica che ne è conseguita, è pura speculazione pretendere che il disturbo di personalità osservato dopo il sinistro fosse in realtà già presente prima. Il TCA ritiene pertinente la spiegazione fornita dall’esperto amministrativo, considerato che i cambiamenti comportamentali costituiscono in effetti un problema comune alle lesioni traumatiche cerebrali (cfr. [https://www.msmanuals.com/it/professionale/traumi-avvelenamento/lesione-cerebrale-traumatica/lesione-cerebrale-traumatica#Anatomia-patologica\\_v1111113\\_it](https://www.msmanuals.com/it/professionale/traumi-avvelenamento/lesione-cerebrale-traumatica/lesione-cerebrale-traumatica#Anatomia-patologica_v1111113_it)). Neppure il referto 28 novembre 2024 dello stesso dott. \_\_\_\_\_ (doc. XV 1) appare atto a supportare le tesi ricorsuali, nella misura in cui, come dimostrato, la struttura di personalità pre-traumatica è già stata sufficientemente indagata dal perito incaricato dall’assicuratore resistente, segnatamente mediante l’audizione delle persone che gli erano più vicine a quel momento (ciò che lo psichiatra curante non risulta aver fatto). D’altro canto, la circostanza che nelle settimane precedenti l’allestimento di quella certificazione, l’assicurato abbia presentato degli episodi “in cui era discontattato, a tratti anche verbalmente aggressivo”, non può dire nulla a proposito della sua personalità pre-traumatica, per le ragioni già indicate in precedenza. Anche le obiezioni sollevate dalla patrocinatrice dell’insorgente, e contenute nell’atto di ricorso (cfr. doc. I), rispettivamente nel suo scritto del 29 novembre 2024 (cfr. doc. XV), non sono atte a mettere in discussione la correttezza delle conclusioni a cui è giunto il dott. \_\_\_\_\_. In questo senso, l’avv. RA 2 non può essere seguita laddove rimprovera all’esperto amministrativo di aver escluso la (pre)esistenza di un disturbo della personalità senza una sufficiente motivazione, segnatamente senza aver (ulteriormente) coinvolto l’assicurato e il suo psichiatra curante. Come già precedentemente sottolineato, il TCA ritiene invece sufficiente e pertinente la motivazione che ha indotto il perito amministrativo a negare la (pre)esistenza del disturbo di personalità preteso dal dott. \_\_\_\_\_, conclusione alla quale egli è pervenuto dopo aver raccolto le dichiarazioni (anche) dell’assicurato e del suo psichiatra curante. In merito alla pretesa necessità di coinvolgere maggiormente il ricorrente, non va ignorato che quest’ultimo accusa un’amnesia retrograda e pericircostranziale completa (cfr. doc. 170, p. 5: “ La memoria è gravemente disturbata . Gli eventi della vita trascorsa fino a pochi mesi prima dell’infortunio gli sono noti, soprattutto le situazioni dell’infanzia, della giovinezza, ricorda persino gli anni in cui sono avvenuti. Dopo l’infortunio, molte date non vengono più ricordate. Soprattutto non ricorda i momenti precedenti e quelli successivi all’infortunio. ” – il corsivo è del redattore), di modo che la sua capacità di riferire è fortemente limitata. Per quanto concerne invece il dott. \_\_\_\_\_, i suoi referti sono stati messi a disposizione dell’esperto incaricato dall’CO 1, il quale era dunque ben a conoscenza del suo punto di vista. Va ad ogni modo ritenuta inconferente la critica secondo cui il dott. \_\_\_\_\_ non

avrebbe approfondito “l’aspetto cruciale evidenziato dal TCA, che riguarda le conseguenze del disturbo di personalità diagnosticato dallo psichiatra curante sulla capacità di reagire agli impulsi” (doc. XV, p. 2), proprio perché, fornendo al riguardo una convincente motivazione, il perito amministrativo ha escluso che si possa concludere che, al momento del tentamen, il ricorrente presentasse un disturbo di personalità. A proposito dell’obiezione secondo la quale nei colloqui con le persone vicine all’insorgente, il dott. \_\_\_\_\_ avrebbe omesso di approfondire con loro le “evidenti fragilità” del peritando, questo Tribunale, letta la sintesi delle audizioni della sorella, dell’ex datore di lavoro e dell’ex medico di famiglia (cfr. doc. 170, p. 6-8), non ha motivo di ritenere che l’esperto amministrativo abbia enfatizzato taluni aspetti a discapito di altri. Del resto, che le pretese fragilità caratteriali dell’assicurato non fossero poi così evidenti, lo dimostra il fatto che, in occasione dei ricoveri che hanno preceduto il tentativo di suicidio, nessuno degli specialisti che l’hanno avuto in cura ha refertato la presenza di un disturbo di personalità (cfr., in questo senso, il doc. 216, p. 3: “Né dal mio esame né dai fascicoli può e potrà delinearci una diagnosi di disturbo di personalità. In tutte le relazioni viene riportata la diagnosi di disturbo depressivo di varia gravità o di disturbo di somatizzazione.”). In esito a tutte le considerazioni che precedono, applicando il criterio della probabilità preponderante utilizzato abitualmente per l’apprezzamento delle prove nel settore delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti), il TCA ritiene che il 15 febbraio 2017, al momento in cui ha tentato di togliersi la vita, RI 1 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 resistente ha correttamente negato il proprio obbligo a prestazioni. Il TCA può peraltro esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, in particolare la perizia giudiziaria pretesa dalla patrocinatrice del ricorrente (cfr. doc. XV, p. 2), visto che esse non fornirebbero verosimilmente nuovi e rilevanti elementi di valutazione. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce 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, senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 144 V 361 consid. 6.5; STF 8C\_739/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 5.4). 2.10. L’art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L’art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l’art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, cfr. anche STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, Actualités du TF, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des

assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 p. 107; Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 “Rapporto sull’iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell’art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto”).

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