

TI_GERICHTE 36.2001.107 vom 10. Juni 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-06-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.107

FR: TI_GERICHTE 36.2001.107 du 10 juin 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2001.107 del 10 giugno 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 6

zu Art. 467 ZGB). b) Die Urteilsfähigkeit ist die Regel und wird aufgrund allgemeiner Lebenserfahrung vermutet. Folglich hat derjenige, der deren Nichtvorhandensein behauptet, dies zu beweisen. Der Beweis ist keiner besonderen Vorschrift unterstellt; eine sehr grosse Wahrscheinlichkeit, welche jeden ernsthaften Zweifel ausschliesst, genügt insbesondere bei einer verstorbenen Person, weil in diesem Fall die Natur der Dinge selber einen absoluten Beweis unmöglich macht (BGE 117 II 231 E. 2b S. 234 m.w.H.; BUCHER, a.a.O., N. 125 ff. zu Art. 16 ZGB). An sich ist der Beweis nicht in Bezug auf die Urteilsfähigkeit einer Person im allgemeinen, sondern in einem bestimmten Zeitpunkt zu erbringen. Dieser Beweis ist dann einfach zu führen, wenn beispielsweise wegen einer Geisteskrankheit auf eine permanent vorhandene Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten zu schliessen ist und damit auch luzide Intervalle auszuschliessen sind; ist dies aber nicht der Fall, dürfte namentlich "post mortem" der Nachweis der Urteilsunfähigkeit zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt im allgemeinen kaum zu führen sein. Wie die Vermutung der Urteilsfähigkeit und die daraus fliessende Beweislastverteilung folgen auch die Grenzen dieser Regeln aus der allgemeinen Lebenserfahrung: Führt die Lebenserfahrung - etwa bei Kindern, bei bestimmten Geisteskrankheiten oder altersschwachen Personen - zur umgekehrten Vermutung, dass die handelnde Person ihrer allgemeinen Verfassung nach im Normalfall und mit Wahrscheinlichkeit als urteilsunfähig gelten muss, ist der Beweispflicht insoweit Genüge getan und die Vermutung der Urteilsfähigkeit umgestossen; der Gegenpartei steht in diesem Fall der Gegenbeweis offen, dass die betreffende Person trotz ihrer grundsätzlichen Urteilsunfähigkeit aufgrund ihrer allgemeinen Gesundheitssituation in einem luziden Intervall gehandelt hat (BGE 117 II 231 E. 2b S. 234 f. m.w.H.; BUCHER, a.a.O., N. 127 zu Art. 16 ZGB)." (cfr. DTF 124 III 5) 2.4. Al fine di stabilire lo stato di salute dell'attore, il TCA ha innanzitutto interpellato diversi medici che lo hanno avuto in cura (doc. da _ a _). Il 23 maggio 2002 il Dott. _____, medicina generale, ha affermato: "(...) Conosco il paziente dall'aprile 1984 ed elenco le diagnosi più importanti. - diabete mellito tipo 2 (1983, insulino-dipendente dal 1995) con grave micro e macroangiografia diabetica .polineuropatia diabetica .nefropatia diabetica - cardiopatia ischemica con .stato dopo due infarti del miocardio .stato dopo BPAC - aneurisma infiammatorio infrarenale dell'aorta .stato dopo sanazione tramite Y Graft nel 1990 - stato dopo ripetute amputazioni sottogenicolari agli arti inferiori con ritardi di cicatrizzazione ai monconi - psoriasis. - turbe caratteriali con manifestazioni disforiche di tendenza bipolare - Ustione del piede sin. da acqua bollente interessante le dita II-III -IV (evento del 30.10 1998

a seguito del quale ho predisposto il ricovero in ospedale d'urgenza). A quel momento non erano rilevabili alterazioni delle facoltà cognitive. Era invece presente un comprensibile stato d'ansia in previsione delle probabili complicazioni che avrebbero potuto subentrare a causa dell'ustione (pericolo di infezione e susseguente amputazione purtroppo puntualmente verificatesi). ad 2) Durante il periodo del 26.11 1998 il paziente era ricoverato all'ospedale _____ dove in data 27.11 fu sottoposto alla prima amputazione transmetatarsica del piede sin. A intervalli regolari si susseguirono revisioni chirurgiche del moncone, fino alla purtroppo inevitabile amputazione sottogenicolare di entrambi gli arti inferiori. Non sono a conoscenza se gli siano stati somministrati psicofarmaci, oltre le usuali sostanze nell'ambito dell'anestesia e dell'analgesia pre e postoperatoria. Dagli atti medici risulta unicamente la somministrazione dell'antidepressivo Seropram e del tranquillante Xanax. Questi medicinali assunti a dosaggio abituale non compromettono di regola le facoltà mentali. Non ci sono segnalazioni riguardanti comportamenti patologici imputabili a eventuale alterazione dello stato mentale del paziente durante il periodo in questione. Informazioni più precise in merito possono essere richieste ai medici curanti dell'_____. ad 3) Fatta eccezione per il periodo di tempo inerente l'anestesia, il paziente era in possesso delle facoltà di apprezzamento. ad 4) E' evidente che il decorso cronico della malattia, il continuo ricorrere a interventi mutilanti, problemi famigliari insorti nel frattempo hanno aggravato lo stato depressivo del paziente. Durante il suo soggiorno riabilitativo a _____ è stato sottoposto ad alcune consulenze psichiatriche che hanno confermato la diagnosi di stato depressivo in personalità con tratti narcisistici, perdita di autostima e difficoltà relazionali. Stabilire se e fino a che punto lo stato depressivo abbia influenzato il paziente nelle sue decisioni è di competenza psichiatrica." (cfr. doc. __, sottolineatura del redattore) Il 12 giugno 2002 il Dr. med. _____, psichiatria e psicoterapia FMH, ha rilevato: "(...) 1. Da quando e per quali patologie _____ è stato in cura presso di Lei? In particolare, nel periodo tra novembre 1998 e aprile 1999 di quali malattie soffriva _____ (diagnosi)? Quale era lo stato di salute mentale del paziente in quel periodo? Soffriva di disturbi delle funzioni mentali? Ho conosciuto il signor _____ quando era degente nell'Ospedale _____. Ho avuto un primo incontro il 18.03.1999 . Il consulto mi era stato chiesto dall'allora Primario d'Ortopedia a causa dei disturbi di adattamento che il signor _____ evidenziava in seguito agli interventi di amputazione che aveva dovuto subire. Il signor _____ spesso non si rendeva conto che non aveva più la capacità di utilizzare le gambe, per cui si sollevava dal letto in modo autonomo trovandosi poi per terra: si dimenticava, insomma, della sua nuova condizione e voleva riprendere la sua vita attiva di prima. La sua sintomatologia poteva essere messa in relazione con un disturbo post-traumatico da stress accompagnato da un disturbo dell'adattamento. La sua situazione non era semplice, dato anche i problemi coniugali che si erano assommati ai suoi problemi fisici. Le sue capacità mentali in quel periodo erano parzialmente disorganizzate per l'intermittente mancata coscienza di malattia, un'emozionalità disforica, una difficoltà di contenimento dei momenti affettivi. A livello cognitivo le funzioni erano però integre. 2. In quel periodo (in particolare il 26 novembre 1998 e nella settimana precedente il 26 febbraio 1999) a quali trattamenti é stato sottoposto _____? In particolare ha assunto medicinali (psicofarmaci)? In caso di risposta affermativa che medicinali gli sono stati prescritti? Questi medicinali, secondo la sua esperienza, potevano, nel periodo in esame, alterare le facoltà mentali di _____? In particolare, il paziente era in grado di svolgere gli affari correnti della vita e di gestirsi da solo? Da parte del sottoscritto il signor _____ non ha ricevuto alcuna psicofarmacoterapia nel periodo da Lei indicato (in

particolare il 26.11.1998 e nella settimana precedente il 26.02.1999). Ho incontrato, infatti, il signor _____ la prima volta il 18.03.1999. Non mi è quindi possibile rispondere se egli, nei periodi precedenti al mio intervento, era in grado di svolgere gli affari correnti della vita e di gestirsi da solo. 3. Nel periodo sopra indicato, secondo la sua esperienza, _____ era capace di apprezzare ragionevolmente e liberamente il senso, l'opportunità e gli effetti di una revoca delle coperture assicurative di cui beneficiava? E' estremamente difficile giudicare se il signor _____ era in grado di valutare l'opportunità e gli effetti di una revoca delle coperture assicurative nel periodo da Lei indicato e questo perché la sua incostanza emotiva legata alla situazione di stress e ai suoi problemi di adattamento non gli consentivano di avere sempre una sufficiente continuità nel suo modo di agire. Nei miei confronti il signor _____ si è sempre mostrato una persona franca e schietta, con momenti di depressività, un senso di solitudine e dei sentimenti d'abbandono. Non posso però escludere che aspetti emotivi lo abbiano portato a decisioni poco ponderate. Comunque, sussistono dei presupposti psicopatologici che lo hanno condotto a non valutare e apprezzare ragionevolmente certe sue decisioni. 4. Eventuali osservazioni Ho seguito il signor _____ i, quando era degente all'Ospedale _____ solo a due riprese, il 18.03. e il 12.04.1999. Ho poi rivisto il paziente il 25.09.2000 presso la Clinica _____ di _____. Seguo ambulatorialmente il signor _____ dal 16.08.2001, a intervalli regolari bimensili." (cfr. doc. __, sottolineatura del redattore) Infine con scritto 14 giugno 2002 il Dr. med. _____, specialista FMH chirurgia ortopedica, ha affermato: " (...) 1) Che tipo di interventi ha subito _____? Amputazione degli arti inferiori bilateralmente. In quel periodo quali medicinali ha dovuto assumere il paziente (in particolare il 26.11.1998 e nella settimana precedente il 26.02.1999)? Non mi è possibile rispondere perchè l'Ospedale _____ non mi ha inviato gli incarti infermieristici richiesti in data 25.05.2002. Chiedere a loro direttamente. Questi medicinali, secondo la sua esperienza, potevano, nel periodo in esame, alterare le facoltà mentali di _____? Secondo la mia esperienza questi medicinali non potevano in alcun caso alterare le facoltà mentali del paziente. In particolare, il paziente era in grado di svolgere gli affari correnti della vita e di gestirsi da solo quando era degente presso l'_____. Nel limite della nostra valutazione in qualità di chirurgo ortopedico, non abbiamo avuto l'impressione che il paziente non era in grado di svolgere gli affari correnti della vita, ad eccezione di una sicura labilità affettiva. Qual era lo stato di salute mentale del paziente in quel periodo? Non siamo in grado di rispondere a questa domanda sulla salute mentale del paziente. Soffriva di disturbi delle funzioni mentali? A parte una certa labilità affettiva non siamo in grado di valutare la sua funzione. 2) Nel periodo sopra indicato, secondo la sua esperienza, _____ era capace di apprezzare ragionevolmente e liberamente il senso, l'opportunità e gli effetti di una revoca delle coperture assicurative di cui beneficiava? A questa domanda conviene chiedersi se il paziente aveva bisogno di una tutela o di una curatela, e quindi a questa domanda non siamo in grado di rispondere. 3) Eventuali osservazioni . Abbiamo avuto l'occasione di ricontrollare il paziente qualche settimana fa, nella qual' occasione possiamo affermare che il contatto con il paziente ha confermato che la sua tendenza alla labilità affettiva non è mutata dal suo periodo di ricovero presso l'Ospedale _____. Una perizia psichiatrica è necessaria per rispondere alle vostre domande." (cfr. doc. __, sottolineatura del redattore) Le parti hanno potuto esprimersi in merito (doc. __). Viste le risposte degli specialisti il TCA ha deciso di far allestire un perizia a cura del Dr. _____, spec. FMH psichiatria-psicoterapia. In data 13 marzo 2003 il perito ha trasmesso al TCA il proprio referto: " (...) Queste si fondano sulla voluminosa

documentazione gentilmente messami disposizione (e che, con la presente, Le ritorno in allegato) unitamente ad un approfondito colloquio con il periziando stesso avvenuto il 19 febbraio u.s. nel mio ambulatorio medico a _____, nonché a due colloqui telefonici avvenuti in data 26 febbraio con i medici curanti del Sig. _____; il Dott. _____, FMH medicina generale, di _____ e il Dott. _____, FMH psichiatra e psicoterapeuta, di _____. ANAMNESI Premetto che la raccolta anamnestica è risultata quanto mai problematica e laboriosa per le difficoltà mnemoniche del periziando che in molti passaggi apparivano alquanto lacunoso ed impreciso nonché a causa della sua estrema labilità affettiva. (...) Unitamente a ciò il periziando avrebbe da sempre presentato una marcata labilità affettiva con movimenti di depressione e di euforia, unitamente ad una problematica di tipo caratteriale che avrebbe altresì complicato non poco (a causa della cattiva "compliance") la corretta gestione medicofarmacologica da parte dei curanti; e questo proprio a causa della sua interperanza e dell'incapacità di adeguare il proprio stile di vita ai precetti e ai dettami della medicina preventiva, se non del buon senso. L'esito di tutto ciò sarà perciò inevitabilmente siglato dal ricovero, nel 1998, presso l'Ospedale _____ in seguito alle complicazioni della sua patologia somatica che avrebbe avuto come conseguenza ripetute amputazioni sottogenicolari agli arti inferiori. E' proprio in questa circostanza che interverrà per la prima volta lo psichiatra Dott. _____, interpellato dai sanitari per una consulenza specialistica urgente in seguito ad uno scompenso psicotico caratterizzato da misconoscimento della sua nuova condizione di amputato e che lo ha portato ripetutamente a tentare di rimettersi in piedi e deambulare autonomamente in modo pervicace e incurante dei dati di realtà, con conseguenze facilmente immaginabili; unitamente a ciò egli presentava uno stato maniacale con atteggiamenti francamente sconvenienti ed inadeguati che rendevano impossibile la sua gestione in ospedale senza un adeguato intervento specialistico da parte dei Dott. _____. (...) DATI SOGGETTIVI DEL PERIZIANDO Il signor _____ si sente profondamente umiliato, tradito nella fiducia, abbandonato a se stesso, disperato, .. ingiustamente trattato e stigmatizzato. Si ritiene un uomo distrutto, finito, "da buttare". Lamenta disturbi dell'umore con depressione e sconforto, molta rabbia, vissuti di impotenza e disperazione, disturbi della memoria, dell'attenzione e della concentrazione. Si sente infine perseguitato dalla vita e dagli uomini. COSTATAZIONI OBIETTIVE (STATO PSICHICO) Il periziando si presenta poco curato nell'igiene e nell'abbigliamento. Deambulazione lenta, insicura, esitante. Egli appare sottoposto ad un'importante agitazione psicomotoria che si traduce poi nel suo linguaggio e nell'espressione emozionale che lo accompagna; torrenziale, frequentemente interrotto da crisi di pianto e di dolore sordo che ne condizionano le modalità espressive e che rallentano molto il suo dettato. Il grado di collaborazione appare suo malgrado appena sufficiente. La disposizione appare pessimistica, preoccupata, abbattuta. L'attitudine appare caratterizzata dalla ricerca della benevolenza e della complicità dell'interlocutore nonché del suo sostegno morale; allo stesso tempo caratterizzata dalla presenza di rabbia e rivendicatività unitamente a tratti di disinibizione alternati a seduttività e dipendenza. L'affettività appare caratterizzata da una quota d'ansia nevrotica elevata con presenza di segni neurovegetativi a livello di voce, pallore, iperventilazione, tremore, ipersudorazione. L'umore appare chiaramente depresso, in alcuni momenti inappropriato, con vissuti autosvalutativi ma, per il momento, in assenza di suicidalità. Le emozioni predominanti appaiono caratterizzate da negatività verso l'ambiente con rabbia, amarezza, delusione ed ambivalenza, unitamente a negatività autoriferita con iniziali vissuti di vergogna e rimorso. Il pensiero appare caratterizzato nel

suo corso da una logica talvolta poco coerente, unitamente a digressività e tangenzialità; la forma del pensiero appare caratterizzata da un certo impoverimento mentre per quanto riguarda il suo contenuto questo appare incentrato e ristretto sulla propria condizione di disabile e disautonomo nonché di vittima ingiustamente vessata dagli uomini e dal destino e dove non sono peraltro assenti elementi di tipo interpretativo o possibili iniziali ideazioni deliranti, che appaiono comunque attenuati dal dubbio e dalla scarsa elaborazione mentale. Le funzioni cognitive appaiono chiaramente compromesse per quanto riguarda attenzione primaria e secondaria (concentrazione) con inattenzioni selettive, labilità e perseverazione. La memoria appare pure compromessa in modo generale, soprattutto per quanto riguarda quella recente e remota in assenza però di meccanismi compensatori sicuri. Le prosie appaiono pure compromesse così come il giudizio pratico e sociale, la capacità di astrazione e di introspezione così come la coscienza di malattia. A livello personologico si mettono in evidenza significativi tratti di immaturità nonché, seppure in modo meno marcato, un certo istrionismo. **DIAGNOSI** Grave stato ansioso-depressivo, nel contesto di una incipiente psico-organicità, in paziente con una lunga storia psicopatologica caratterizzata da una sindrome ciclotimica probabilmente associata ad episodi maniformi, unitamente ad un chiaro scompensamento psicotico acuto nel corso del ricovero presso l'Ospedale _____ nel marzo del 1999, il tutto nel quadro di un grave e complesso disturbo di personalità misto dove sono presenti tratti di immaturità, impulsività e istrionismo. **RISPOSTE AI QUESITI PERITALI** 1. Indichi il perito, dettagliatamente, di quali affezioni psichiche soffriva _____ tra il 26 novembre '98 e la fine del mese di febbraio '99 e quali conseguenze esse hanno avuto sulla capacità del paziente di avere consapevolezza delle proprie azioni e avere coscienza delle conseguenze dei suoi atti, in particolare alla luce della disdetta assicurativa del periodo citato. Le capacità mentali del periziando in quel periodo apparivano parzialmente disorganizzate a causa della sua profonda sofferenza psico-affettiva con parziale diniego della sua reale condizione clinica caratterizzata da "trasgressione" della realtà (confusione fra fantasma e realtà) e "trasgressione" della temporalità (con confusione tra passato e presente), ciò che ha comportato una non elaborazione dell'Io o, altrimenti detto, una scissione dell'Io. Questa situazione si sarebbe poi espressa in tutta la sua drammaticità poche settimane dopo nel corso dello scompensamento acuto di tipo psicotico che ha comportato un intervento specialistico urgente da parte dello psichiatra Dott. _____, avvenuto in data 18.03.'99, all'Ospedale di _____. Questa situazione psico-affettiva appare una condizione pesante e restrittiva riguardo la possibilità, per il periziando, di poter avvalersi di uno statuto intellettuale e cognitivo adeguato. L'incapacità di prevedere le conseguenze derivante dai suoi atti ne sono pertanto la diretta conseguenza. 2. Indichi il perito quali medicinali erano prescritti a _____ nel citato periodo e se gli stessi hanno potuto influire sulle sue capacità di intendere e di volere, rispettivamente di gestire in modo adeguato gli affari della vita corrente. La situazione psicopatologica e la condizione clinica generale che hanno caratterizzato questo periodo di ricovero del periziando sono di per sé stesse sufficienti per influire negativamente sulla sua capacità di intendere e volere, rispettivamente di gestire in modo adeguato gli affari della vita corrente. 3. Indichi il perito se in quel periodo _____ era capace di discernimento, con particolare riferimento alla settimana del 26 novembre '98 e quella del 26 febbraio '99. Dica il perito se è presumibile che la capacità di intendere e di volere di _____ durante il periodo critico (nov. 98- feb. 99) era compromessa. Se sì, in che modo e con quali conseguenze. Si veda la mia risposta alla domanda numero 2. 4. Dica il perito se, tenuto conto in particolare degli interventi subiti, dello stato di salute

generale, della situazione personale, sia a livello professionale sia personale, _____ ha potuto comprendere il significato della modifica contrattuale sottoscritta con cui ha eliminato la copertura per alcune prestazioni complementari, rispettivamente se nella fase di esame della polizza e sottoscrizione delle modifica possedeva la capacità mentale sufficiente per comprenderne la portata. In particolare nel periodo sopraindicato _____ era capace di apprezzare ragionevolmente e liberamente il senso, l'opportunità e gli effetti di una revoca delle coperture assicurative di cui beneficiò? _____ non era in grado di apprezzare lucidamente la portata della sua decisione in quanto non possedeva le capacità mentali sufficienti a questo esercizio critico. Egli in particolare non era in grado di apprezzare ragionevolmente e liberamente il senso, l'opportunità e gli effetti di una revoca delle coperture assicurative." (cfr. doc. __, sottolineature del redattore) Successivamente, il giudice delegato del TCA ha nuovamente interpellato il perito: " Ai fini del giudizio che incombe a questo TCA è di particolare rilievo sapere se, alle date indicate, il paziente era capace di discernimento. E' capace di discernimento colui che non sia privo della facoltà di agire ragionevolmente per effetto della sua età infantile o di infermità o debolezza mentale, di ebbrezza o di uno stato consimile. La nozione di discernimento comporta due elementi: uno intellettuale (la capacità di apprezzare il senso, l'opportunità e gli effetti di un atto specifico) e uno volontario (la facoltà di agire in funzione di questa comprensione ragionevole, secondo la propria libera volontà). Inoltre la capacità di discernimento non deve essere apprezzata astrattamente, bensì concretamente, in relazione con un atto specifico in funzione della sua natura e della sua importanza, le facoltà richieste dovendo esistere al momento dell'atto. Nelle Sue risposte al quesito 3 Lei rinvia a precedente risposta in cui evidenzia l'esistenza di "... situazione patologica e ... condizione generale ... sufficienti per influire negativamente sulla capacità di intendere e volere, rispettivamente di gestire in modo adeguato gli affari della vita corrente" del periziando. Le sarei grato se potesse precisare l'intensità di tale influenza e se, quindi, _____ era quindi incapace di discernimento al momento dei fatti." (cfr. doc. __) Il 27 marzo 2003 lo specialista ha precisato: " Al momento dei fatti le capacità cognitive (la capacità di apprezzare il senso, l'opportunità e gli effetti di un atto specifico) nonché le facoltà volitive (le capacità di agire in funzione di questa comprensione ragionevole, secondo la propria libera volontà) del signor _____ erano molto verosimilmente compromesse in misura tale da condizionare significativamente la sua capacità di discernimento. Di conseguenza ritengo di poter ribadire e concludere che _____ era quindi incapace di discernimento al momento dei fatti." (cfr. doc. __, sottolineature del redattore) Alle parti è stata data facoltà di presentare osservazioni scritte in merito (doc. __). L'assicuratore, ribadendo la propria posizione, ha prodotto uno scritto del Dr. _____, che ha affermato: " (...) Nella sua perizia l'esperto fornisce un'esposizione ben vivace di una psicopatologia variata, che rimonta presumibilmente a molti anni addietro. Egli giunge alla conclusione che nel periodo di tempo in questione la capacità di discernimento del paziente era nettamente pregiudicata, rispettivamente che lo stesso era impossibilitato ad agire secondo ragione. In risposta ad una domanda precisa del Tribunale si postula addirittura la piena incapacità di giudizio. In tale contesto egli non fornisce comunque nessuna giustificazione aggiuntiva. Dall'esame della perizia, in comparazione con gli altri atti disponibili, risultano le seguenti osservazioni: Il perito cita, tra l'altro, un evidente scompenso psicotico nel corso della degenza stazionaria presso l'Ospedale _____ nel mese di marzo 1999. Questo periodo di malattia non rientra però chiaramente nel lasso temporale in questione, rilevante ai fini della disdetta dell'assicurazione complementare. A prescindere da ciò si rileva una notevole discrepanza

nei confronti del giudizio espresso dallo psichiatra curante, dott. med. _____, che ha a sua volta visitato e valutato il paziente nel mese di marzo 1999. Secondo le sue indicazioni, in tale periodo il paziente sembrava disorganizzato nel senso che non mostrava la consapevolezza della malattia, soffriva di instabilità disforica e labilità affettiva. Egli afferma però che le funzioni cognitive erano intatte. Questo referto induce a dubitare del chiaro scompenso psicotico indicato dal prof. _____, anche perché allora non era stata ritenuta necessaria una terapia specifica a base di psicofarmaci. Nella sua anamnesi, per il resto esaustiva, il perito indica sì una conversazione telefonica con il dott.

_____, ma tace però in merito ai suoi esiti. Diversi verbali dell'ispettore _____ si riferiscono a conversazioni telefoniche con il paziente o a contatti personali avuti con lui in occasione delle visite in ospedale durante il periodo in questione. Il 1° dicembre 1998 il paziente ha fornito un'esposizione alquanto precisa dell'infortunio ustionante. Il 24 febbraio 1999 ha espresso il suo apprezzamento nei confronti delle visite (ha gradito il nostro interessamento), ma in considerazione dei lunghi precedenti e dei disturbi alla gamba non operata, era comprensibilmente preoccupato (non nasconde di essere preoccupato). Il 27 aprile 1999 il signor _____ era molto abbattuto (giù di morale), ma anche in tale occasione era in grado di spiegare bene la lesione al suo piede sinistro. Il 23 settembre 1999 si descrive addirittura un paziente loquace e su di morale (assicurato molto aperto al colloquio e malgrado il suo stato con un buon morale). Questi rapporti sono senz'altro da interpretare quali indicazioni del mantenimento delle funzioni cognitive, tanto più che anche lo psichiatra curante, dott. _____, si esprimeva in tal senso. Raccomandazione: In sintesi, dal punto di vista medico fiduciario, si deve dubitare della valutazione peritale per quanto riguarda il pregiudizio grave o completo alla capacità di agire secondo ragione. Dato che il perito non ha visitato personalmente il paziente clinicamente nel periodo in questione, al rapporto dello psichiatra curante va attribuito un peso maggiore dal punto di vista medico-assicurativo. Per i motivi citati le conclusioni del perito non sono sufficientemente convincenti." (cfr. doc. _) L'attore, al quale è stata trasmessa anche la presa di posizione della Cassa per presentare osservazioni scritte, è rimasto silente (doc. _).

2.5. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss.), 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 p. 95). Per quel che riguarda il medico curante, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in caso dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), STFA del 27 dicembre 2001 nella causa P., I 603/01; cfr. U. Meyer■Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1997 p. 230). Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. Ove vi fossero rapporti medici contraddittori, il giudice non può liquidare il caso senza valutare il materiale probatorio nel suo insieme e indicare le ragioni per le quali si fonda su una tesi piuttosto che su un'altra. Per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico, si deve accertare se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce a esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto conoscendo la pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e se le conclusioni cui perviene sono fondate (DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti ivi citati). Elemento determinante dal profilo probatorio, non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio richiesto sotto la qualifica di rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Va ancora aggiunto come, a proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, p. 332).

2.6. Nel caso di specie questo TCA non ha motivo alcuno per scostarsi dalle conclusioni cui è giunto il perito. Va innanzitutto rammentato che il Dr. med. _____ è specialista nell'ambito della psichiatria, perito consulente presso il Servizio di _____, Docente di psicopatologia all'Università di _____, alla _____ e al Dipartimento di _____ della _____, nonché Direttore medico e Primario presso la Clinica _____. Egli ha allestito il proprio referto dopo aver consultato sia il medico curante dell'attore, Dr. _____, che il Dr. _____, psichiatra, il quale ha avuto in cura _____ dal 18 marzo 1999, ha inoltre incontrato personalmente l'assicurato ed ha avuto accesso a tutti gli atti medici prodotti dalle parti a questo TCA. Lo specialista ha pertanto allestito il proprio referto in piena conoscenza dell'anamnesi del paziente, ha effettuato esami approfonditi, è chiaro nella presentazione del contesto medico e le conclusioni cui perviene sono fondate. Va qui rammentato che in caso di perizia giudiziaria, il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito, il cui ruolo consiste proprio nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica, per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti (DTF 122 V 161, DTF 112 V 32 consid. 1a, DTF 107 V 174 consid. 3). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario, nel caso in cui il rapporto peritale contenga delle contraddizioni o sulla base di una controperizia, richiesta dal medesimo Tribunale, che conduca ad un altro risultato (DTF 101 IV 130). Egli può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti,

ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Va tuttavia sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giurisprudenza (RCC 1986 pag. 201 consid. 2a). Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni del perito basate su un approfondito e completo esame di tutte le affezioni lamentate dall'assicurato. Alla perizia deve essere quindi attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali. Il perito è chiaramente giunto alla conclusione che " la situazione psicopatologica e la condizione clinica generale che hanno caratterizzato questo periodo di ricovero del periziando sono di per sé stesse sufficienti per influire negativamente sulla sua capacità di intendere e volere, rispettivamente di gestire in modo adeguato gli affari della vita corrente ." Lo specialista ha inoltre indicato che l'attore " non era in grado di apprezzare lucidamente la portata della sua decisione in quanto non possedeva le capacità mentali sufficienti a questo esercizio critico. Egli in particolare non era in grado di apprezzare ragionevolmente e liberamente il senso, l'opportunità e gli effetti di una revoca delle coperture assicurative ." (doc. __, sottolineature del redattore) Inoltre, interpellato espressamente da questo TCA, il perito ha affermato che " al momento dei fatti le capacità cognitive (la capacità di apprezzare il senso, l'opportunità e gli effetti di un atto specifico) nonché le facoltà volitive (le capacità di agire in funzione di questa comprensione ragionevole, secondo la propria libera volontà) del signor _____ erano molto verosimilmente compromesse in misura tale da condizionare significativamente la sua capacità di discernimento. Di conseguenza ritengo di poter ribadire e concludere che _____ era quindi incapace di discernimento al momento dei fatti. " (doc. __, sottolineature del redattore) A proposito delle constatazioni del Dr. _____, anch'egli psichiatra, cui fa particolare riferimento il medico fiduciario della Cassa, da una parte va rammentato che, interpellato in merito, ha sottolineato di aver conosciuto _____ solo il 18 marzo 1999, mentre, come visto, la disdetta è avvenuta al più tardi nel corso del mese di febbraio 1999. Dall'altra, egli afferma che " non mi è quindi possibile rispondere se egli, nei periodi precedenti il mio intervento, era in grado di svolgere gli affari correnti della vita e di gestirsi da solo ." e che " non posso escludere che aspetti emotivi lo abbiano portato a decisioni poco ponderate. Comunque, sussistono dei presupposti psicopatologici che lo hanno condotto a non valutare e apprezzare ragionevolmente certe sue decisioni. " (doc. __) Per cui, anche lo psichiatra che ha seguito _____ immediatamente dopo gli avvenimenti litigiosi, non esclude a priori le conclusioni cui è giunto il perito. Per quanto concerne le conversazioni telefoniche con l'ispettore _____, va evidenziato che quelle del 27 aprile 1999 e del 23 settembre 1999 non sono rilevanti nella misura in cui sono posteriori agli avvenimenti litigiosi. Circa la telefonata del 1° dicembre 1998 va rilevato che non è significativa, nella misura in cui il consulente della _____ ha indicato che " mi chiama sul Natel. Mi chiede di richiamarlo in quanto è sembrato degente all' _____) " (doc. __). Per quanto concerne la visita del 24 febbraio 1999, il consulente ha invece indicato che " il signor _____ ha gradito il nostro interessamento, ma non nasconde di essere preoccupato a causa di una sensazione di accorciamento dei legamenti e freddo all'arto inferiore controlaterale e al piede, non dimenticando le innumerevoli affezioni di cui soffre da tempo " (doc. __). Va qui evidenziato come il consulente della _____ (che non è un esperto della materia qui in discussione) si è intrattenuto con l'attore unicamente quo al suo stato di salute in generale e

non in relazione con la conclusione di contratti assicurativi. Ora, la circostanza che il paziente fosse in grado di discutere circa il proprio stato di salute non esclude che in relazione con altri atti, quali la disdetta di un rapporto assicurativo, l'attore fosse privo di discernimento. Infatti, la capacità di discernimento deve essere valutata in base ad un atto determinato. In particolare il discernimento comporta due elementi: un elemento intellettuale, la capacità di apprezzare il senso, l'opportunità e gli effetti di un atto specifico e un elemento volontario o caratteriale, la facoltà di agire in funzione di questa comprensione ragionevole secondo la propria libera volontà. Inoltre, nel diritto svizzero la capacità di discernimento è relativa: non deve essere apprezzata in astratto, ma concretamente in rapporto ad un atto determinato, in funzione della sua natura e della sua importanza (DTF 117 II 231). Le facoltà richieste devono esistere al momento dell'atto (DTF 117 II 231). In concreto la capacità di disdire certe prestazioni contrattuali deve pertanto esistere quando l'atto è stato compiuto e al momento in cui è stato compiuto (DTF 117 II 231). Come rammenta il TF, nell'ambito di un testamento, il giudice non è vincolato dalle dichiarazioni dei testimoni che certificano, conformemente agli art. 501 e 502 CC che il testatore è sembrato capace di disporre. In questo senso l'Alta Corte ha stabilito che, vigente la legge federale sulla capacità civile del 22 giugno 1881, era inammissibile, come aveva fatto l'autorità cantonale, dare un'importanza decisiva alle dichiarazioni del pubblico ufficiale e dei testimoni di un testamento per decidere circa la capacità del testatore (DTF 39 II 199/200 consid. 5, citata in DTF 117 II 231). In concreto pertanto la circostanza che il consulente _____ abbia parlato con _____ e abbia discusso a proposito del suo stato di salute non esclude che l'attore, in relazione con la disdetta di alcune prestazioni assicurative, fosse privo di discernimento. Va del resto qui rammentato che nel caso concreto la disdetta si limita alla cancellazione tramite una riga tirata sulle coperture assicurative che si volevano disdire sulla polizza in vigore nel 1999 con accanto una crocetta ed in basso la firma del disponente (doc. _). Già un tale modo di procedere appare alquanto dubbio in punto alla volontà di disdire le coperture di cui beneficiava l'assicurato. Per cui, in considerazione delle conclusioni del perito, questo TCA conclude che _____ al momento di disdire le coperture assicurative presso la _____ non aveva né la capacità di apprezzare il senso, l'opportunità e gli effetti della disdetta, né la facoltà di agire in funzione di questa comprensione ragionevole secondo la propria libera volontà. L'attore era pertanto privo di discernimento quo alla risoluzione delle coperture assicurative in questione. La disdetta è pertanto nulla (art. 18 CC). Ne segue che tutte le coperture assicurative di cui beneficiava _____ nel 1998 sono rimaste in vigore, compresa quella relativa alla cura dentaria, infatti, l'assicurato non può essere privo di discernimento unicamente per la risoluzione di alcune coperture. Per cui, in accoglimento della petizione, questo TCA accerta che la " disdetta " datata " 26.11.98 " (doc. _) e pervenuta alla _____ nel corso del mese di febbraio 1999 è nulla e che le assicurazioni complementari di cura dentaria, di cura di lunga durata stazionaria e complementare II non sono state risolte nel corso del 1998 e del 1999 (doc. _). 2.7. Sulla base degli accertamenti effettuati l'assunzione di ulteriori prove appare superfluo, essendo la fattispecie sufficientemente chiarita con le risposte date dai medici Dr. med. _____, _____ e _____ e con l'allestimento di una perizia a cura del Dr. med. _____. Ora, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il

risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. All'attore, vincente in causa, vanno assegnate le ripetibili.

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