

TI_GERICHTE 32.2017.141 vom 15. März 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-03-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.141

FR: TI_GERICHTE 32.2017.141 du 15 mars 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2017.141 del 15 marzo 2018

Erwägungen

E. 23

novembre 2016; uno relativo all'accertamento del reddito da attività indipendente e l'altro degli impedimenti nell'attività domestica; doc. 102 e 103 incarto AI), lamenta in quelle due circostanze e più in generale una violazione del diritto di essere sentito in particolare del diritto per la parte di esigere che vengano assunte le prove pertinenti, così come quello di ottenere una decisione motivata. Di riflesso, una decisione fondata su simili basi risulterebbe arbitraria ai sensi dell'art. 9 Cost. (cfr. ricorso pagg. 15).

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46).

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1).

2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta

proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA).

Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA.

La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

Nell'ambito della revisione della rendita, l'Ufficio AI ha incaricato il SAM di eseguire una perizia pluridisciplinare. Dal referto datato 25 febbraio 2016 (doc. 239 incarto AI) risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne: psichiatrica (dr.ssa _____), reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____), pneumologica (dr. _____), medicina interna e gastroenterologia (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro d'accertamento, i periti del SAM hanno posto le seguenti diagnosi:

"()

5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

Sindrome lombospondilogenica cronica a ds., in:

- note discopatie L4-L5 ed L5-S1,
- disturbi statici del rachide (piatto con scoliosi sinistro-convessa toracolombare),
- decondizionamento e sbilanciamento muscolare,
- obesità (peso 115,1 kg/statura 175,5 cm).

2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256consid.4 pag. 261;115 V 133consid. 2 pag. 134;114 V 310consid. 3c pag. 314;105 V 156consid.1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389).

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii).

Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid.3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.7. Nell'evenienza concreta, richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici di cui al considerando precedente, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato, mediante anche il complemento del 22 maggio 2017, sino al momento della resa della decisione contestata (11 luglio 2017) l'percostante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui

fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) ■ le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce una capacità lavorativa dell'80% nell'originaria attività e del 100% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali, questo per i seguenti motivi.

2.7.1. In primo luogo l'assicurato sostiene insoddisfacente e carente di motivazioni la discussione globale avvenuta tra i periti (cfr. ricorso pag. 5).

Certo, il ricorrente rileva che nella perizia 30 settembre 2012 il dr. _____ aveva diagnosticato una sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva (ICD 10-F43.22) ■ tuttavia in fase di risoluzione ■ e agorafobia (ICD 10 : F40.0) (pag. 130 incarto AI). Anche nel rapporto 25 febbraio 2015 l'allora psichiatra curante aveva diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione (pag. 276 incarto AI).

Il ricorrente, con riferimento alle osservazioni 31 marzo 2017 al progetto di decisione, rileva pure quanto è stato riportato nel rapporto 23 novembre 2016 relativo all'inchiesta economica per indipendenti per rimarcare l'inaffidabilità delle conclusioni della perita.

In quell'occasione l'assicurato aveva dichiarato all'incaricata:

Il ricorrente fa poi riferimento al rapporto 14 gennaio 2017 (doc. 108 incarto AI) del medico curante, dr.ssa _____, la quale ha fra l'altro sostenuto un peggioramento dei dolori soprattutto a livello lombare, nonché di uno stato depressivo (come descritto nell'allegato email 6 gennaio 2017 del suo paziente in cui egli chiedeva di valutare un eventuale ricovero in psichiatria a seguito di due momenti di esaurimento in cui si sentiva distrutto, a terra, oppresso, ignorato e lentamente spento; pag. 526 incarto AI) e condizioni generali psicofisiche ulteriormente compromesse ■ a seguito dei due ricoveri (novembre e dicembre 2016) presso la Clinica _____, ritenendo tuttavia la situazione sovrapponibile al rapporto del 13 gennaio 2015, rapporto che ■ va ricordato ■ è stato esaminato dal SAM.

Senza voler misconoscere il particolare stato d'animo dell'assicurato, come pure le critiche condizioni da lui descritte ai doc. 95 e 99 incarto AI, va rilevato che con complemento 22 aprile 2017 la dr.ssa _____, esaminata la documentazione medica prodotta dopo l'esame peritale del 2016 (del resto non di natura psichiatrica), oltre alle citate osservazioni 31 marzo 2017, ha confermato le sue conclusioni peritali (come del resto fatto anche dagli altri periti specialisti) ritenendo che non ■ ci siano elementi che inducano alcuna novità di rilievo e necessità di modifica della mia posizione di allora ■ (pag. 608 incarto AI). In particolare essa ha sottolineato che ■ un soggetto affetto da ricorrenza depressiva DEVE essere sottoposto a monitoraggio psichiatrico regolare e a più congrua terapia farmacologica ■ (sottolineatura del redattore; pag. 607 incarto AI), circostanze che a quell'epoca non erano date (la presa a carico psichiatrica è stata interrotta il 18 febbraio 2015; cfr. rapporto 9 novembre 2015 del _____ di _____; in merito alla terapia non congrua vedi sotto).

Con annotazioni 6 febbraio 2017 il dr. _____ del SMR, esclusa una modifica dello stato di salute rispetto alla perizia multidisciplinare, aveva ricordato che ■ in occasione della perizia SAM è stata negata la presenza di una patologia psichiatrica, attualmente l'assicurato non è in cura psichiatrica ■ (sottolineatura del redattore; pag. 555).

Non si tratta dell'auspicata presa di posizione del medico psichiatra del SMR, ma, come ricordato sopra, nel complemento peritale la dr.ssa _____ ha confermato la sua valutazione specialistica.

Del resto, la stessa incaricata il 3 luglio 2017 ha rilevato:

Documentato è invece un peggioramento avvenuto successivamente alla decisione contestata, quindi non rilevante ai fini della presente procedura, mediante la produzione del rapporto 30 novembre 2017 della nuova psichiatra curante, dr.ssa _____ con annesso rapporto della psicologa _____.

A tal riguardo, con annotazioni 27 dicembre 2017 il dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia presso il SMR, ha rilevato:

2.7.3. Per quel che concerne l'esame reumatologico, contrariamente a quanto asserito dall'assicurato (pag. 12 del ricorso), il dr. _____ ha dettagliatamente descritto i limiti funzionali legati alle diagnosi da lui poste sulla base della valutazione fatta. In particolare egli ha evidenziato:

Quindi, quanto affermato dall'assicurato, ossia che non è pretendibile alcun tipo di attività non è corretto.

2.7.4. In merito agli altri consulti specialistici (neurologico, gastroenterologico e pneumologico), confermati dagli stessi specialisti nel già menzionato complemento del 22 maggio 2017, non vi sono motivi per non aderire alle rispettive conclusioni. Né del resto l'assicurato ha prodotto documentazione atta a metterle in dubbio.

2.7.5. Visto quanto sopra, posto che i succitati accertamenti hanno rilevato un miglioramento dello stato di salute, senza che sia intervenuto un peggioramento sino al momento dell'emissione della decisione contestata, rettamente l'Ufficio AI ha proceduto alla revisione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGA.

Richiamate le affidabili e concludenti risultanze della perizia SAM, alla quale va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.6), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprender tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer/Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che il ricorrente, sino al momento della decisione contestata, è abile al 100% in attività adeguate.

2.8. Per quel che concerne la definizione del grado d'invalidità per la parte lucrativa, come detto, in data 23 novembre 2016 è stata eseguita un'inchiesta per persone con attività professionale indipendente.

Quanto al reddito senza invalidità, l'incaricata, prendendo in visione i redditi iscritti nel conto individuale prima del danno alla salute, ha preso in considerazione quello più elevato conseguito nel 2007 (fr. 14'500.--) ed adeguato al 2015 (momento del miglioramento) in fr. 15'802.--. Tale dato è rimasto incontestato.

Ciò che invece l'assicurato censura, come accennato al consid. 2.1., è il fatto che l'Ufficio AI non abbia fornito spiegazioni in merito a quanto rilevato dall'incaricata. Facendo riferimento alla prima inchiesta per attività professionale indipendente del 2 ottobre 2013

(doc. 37 incarto AI) ha rilevato:

A tal riguardo in sede di risposta l'Ufficio AI ha fatto presente di non sapere i motivi per cui il succitato rapporto 2 ottobre 2013 relativo alla prima inchiesta per indipendenti non sia stato integralmente compilato, circostanza che, come giustamente evidenziato dall'amministrazione, non è influente visto che nella presente procedura tale rapporto non è stato utilizzato.

Del resto, in sede di revisione l'incaricata ha applicato un altro metodo di valutazione.

In merito al reddito con invalidità, avendo l'assicurato dopo il danno alla salute dichiarato solo perdite, l'incaricata ha rilevato che ne consegue che non disponiamo di un reddito con invalidità raffrontabile per l'attività di consulente informatico, dovendo optare evidentemente per una valutazione in attività adatta (pag. 502 incarto AI). Pertanto, richiamato l'obbligo di ridurre il danno (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28), l'amministrazione ha retamente ritenuto esigibile che l'assicurato possa svolgere, come visto al considerando precedente, un'attività adeguata in misura totale. Di conseguenza, come si evince dalla decisione contestata e dalla risposta di causa, il reddito da invalido è stato determinato sulla base delle tabelle salariali statistiche (TA1 2014_skill level) dell'Inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS), edita dall'Ufficio federale di statistica, per gli uomini che svolgono attività semplici di tipo fisico o manuale (livello di competenze) nel settore privato. Tenuto poi conto di una decurtazione del 15% per fattori di riduzione relativi all'attività leggera ed alla ridotta redditività per via delle limitazioni funzionali il reddito da invalido è stato quantificato in fr. 28'452.--.

Dal raffronto dei redditi non è risultata alcuna incapacità al guadagno.

Tale modo di procedere va confermato.

2.9. Riguardo alla parte relativa all'attività in ambito domestico, l'incaricata, con rapporto 23 novembre 2016, ha proceduto alla consueta inchiesta economica domiciliare, valutando al 9% gli impedimenti sulla base degli impedimenti fisici (doc. 116 incarto AI).

Tuttavia, conformemente al consid. 2.7.2, gli atti sono trasmessi all'Ufficio AI affinché, entrando nel merito della nuova domanda di prestazioni, proceda ai dovuti accertamenti e si determini sull'eventuale (nuovo) diritto alla rendita.

2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/ 2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008).

Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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