

TI_GERICHTE 35.2010.1 vom 1. September 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-09-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2010.1

FR: TI_GERICHTE 35.2010.1 du 1 septembre 2010

IT: TI_GERICHTE 35.2010.1 del 1 settembre 2010

Regeste

Lesione a livello lombare durante la sostituzione di un parabrezza. Nel negare l'esistenza di un infortunio, l'assicuratore ha omesso di chiarire a sufficienza la dinamica dell'evento e la sua relazione con i disturbi lamentati dall'assicurato. Rinvio atti all'assicuratore

Erwägungen

E. 38

consid. 1a, 118 V 61 consid. 2b, 118 V 283 consid. 2a; RAMI 1993 p. 157ss., consid. 2a). Vi è infortunio unicamente se un fattore esterno ha agito sul corpo. L'evento deve accadere nel mondo esterno. Quando il processo lesivo si svolge all'interno del corpo umano, senza l'intervento di agenti esterni, l'ipotesi di un evento infortunistico è data essenzialmente in caso di sforzo eccessivo o di movimenti scoordinati. La giurisprudenza esige, perché si possa ammettere il fattore causale di sforzi eccessivi, che essi superino in modo evidente le sollecitazioni cui la vittima è normalmente esposta e alle quali, per costituzione, consuetudine o addestramento, essa è abitualmente in grado di resistere. Da un altro lato, per poter ritenere che lesioni corporali siano state causate da movimenti scombinati o incongrui. Gli stessi devono essersi prodotti in circostanze esterne manifestamente insolite, impreviste e fuori programma. Carente è altrimenti la straordinarietà del fattore esterno causale, con la conseguenza che non tutte le caratteristiche di un infortunio sono realizzate (DTF 122 V 232 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a, 118 V 61 consid. 2b, 283 consid. 2, 116 V 138 consid. 3a e b, 147 consid. 2a; RAMI 1993 U 165, p. 59 consid. 3b). 2.6.

Conformemente alla giurisprudenza, tocca all'assicurato rendere verosimile l'esistenza, in concreto, di tutti gli elementi costitutivi d'infortunio. Quando l'istruttoria non permette di ritenere accertati, perlomeno secondo il grado della verosimiglianza preponderante - la semplice possibilità non basta - tali elementi, il giudice constata l'assenza di prove o di indizi e, quindi, l'inesistenza giuridica dell'infortunio (cfr. DTF 114 V 305 consid. 5b, 116 V 136 consid. 4b, 111 V 201 consid. 6b; RAMI 1990 U 86, p. 50; A. Bühler, Der Unfallbegriff, in: A. Koller (Hrsg.), Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, San Gallo 1995, p. 267). Gli stessi principi sono, ovviamente, applicabili alla prova dell'esistenza di una lesione parificata ad infortunio (DTF 114 V 306 consid. 5b; 116 V 141 consid. 4b). 2.7. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, parzialmente 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, neppure 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: "[...] 4.4 Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). So hat die Rechtsprechung bezüglich Gerichtsgutachten ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Auch der EGMR hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (Urteile Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007, 31930/04, § 44 und Shulepova gegen Russland vom 11. März 2009, 34449/03, § 62). Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden, Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 mit weiteren Hinweisen). Zur Frage der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wurde der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). Auch aus Art. 6 Abs. 1 EMRK folgt nicht, dass solche Stellungnahmen in jedem Fall unbeachtlich wären (erwähntes Urteil des EGMR Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007, 31930/04, § 51). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162 f.). 4.5 Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen. 4.6 Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzubewertigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Es

würde einen Verstoss gegen die Waffengleichheit und somit eine Verletzung von Art. 6 Abs. 1 EMRK bedeuten, die Eignung der Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Weckung derartiger Zweifel von letztlich unerfüllbaren Anforderungen abhängig zu machen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt deshalb der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Ebenfalls kann nicht bloss darauf verwiesen werden, diese Berichte erfüllten die Anforderungen an Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 nicht oder nur unvollständig. Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein (E. 4.3.1 in fine), darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und den versicherungsinternen medizinischen Berichten andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden. Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht vielmehr entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (E. 4.4 in fine). " (si veda pure la STF 8C_859/2009 dell'11 novembre 2009, consid. 4). 2.8. Nella concreta evenienza, dall'annuncio d'infortunio-bagatella del 24 febbraio 2009 risulta la seguente descrizione dell'evento in discussione: " Durante un movimento per sostituire un vetro (parabrezza) ho sentito uno strappo. " (cfr. doc. 2) RI 1 ha descritto una dinamica simile in occasione della notifica di infortunio del 18 maggio 2009: " Smontaggio parabrezza nel tagliare un vetro è subentrato un forte dolore con blocco alla schiena iniziando a zoppicare. " (cfr. doc. 5) Il ricorrente ha formulato diversamente la descrizione dell'accaduto, per la prima volta, attraverso il certificato medico del 25 maggio 2009 prodotto dal curante Dr. _____, il quale ha riportato quanto a lui dichiarato dall'assicurato rilevando che quest'ultimo, alzando pesi, ha perso l'equilibrio (cfr. doc. 6). Nel proprio scritto del 3 giugno 2009 l'assicuratore ha ritenuto che l'evento del 15 giugno 2008 non costituisce né un infortunio giusta l'art. 4 LPGA, né una lesione corporale parificabile ad infortunio secondo l'art. 9 cpv. 2 OAINF (cfr. doc. 7). Con certificato medico del 23 giugno 2009 il Dr. _____, ha nuovamente riportato quanto a lui dichiarato dall'assicurato rilevando quanto segue: " Il signor RI 1 prima del giorno 15 giugno 2008 non aveva mai sofferto della schiena, né di discopatia. Il 15.6.2008 nello smontare un parabrezza ha perso l'equilibrio tirando un filo ed ha battuto la schiena contro un'altra auto, e da quel momento è subentrato il dolore lombare. Si tratta pertanto di infortunio, con la discopatia scoppiata al momento." (cfr. doc. 9) Nella decisione formale del 7 luglio 2009 l'assicuratore, nel valutare il più recente certificato medico del Dr. _____, ha sottolineato che determinante per l'esame del caso è la prima versione dei fatti resa dall'assicurato e non quella fornita dopo la notifica del rifiuto della presa a carico (cfr. doc. 11). Nella sua opposizione del 20 luglio 2009 l'assicurato si è così espresso: " [...] Non ho mai sofferto di problemi alla schiena prima dell'evento e il fatto di aver perso l'equilibrio durante lo smontaggio di un parabrezza e di aver di conseguenza battuto la schiena contro un'altra macchina prova che trattasi di un chiaro infortunio sul lavoro; [...] - se il primo certificato che vi ho inoltrato è un certificato non esaustivo, ossia non spiega esaurientemente l'accaduto non vuol certamente dire che il secondo certificato è stato allestito appositamente per far sì che voi riconosceste l'infortunio. Il mio medico di certo non si presta a dichiarazioni non veritiere pur di ingannare le compagnie assicurative; - il fatto che io abbia annunciato il danno corporale con un certo ritardo è semplicemente

dovuto al non aver valutato con immediatezza la possibilità di un eventuale risarcimento. Infatti solo a distanza di tempo e dopo aver consultato e ricevuto la visita persona [recte: personale] di una vostra consulente mi sono deciso ad annunciarvi l'accaduto; [...]" (cfr. doc. 13) Nella decisione su opposizione del 2 dicembre 2009 l'assicuratore ha ribadito quanto espresso nella propria precedente decisione, rilevando inoltre che le varie descrizioni dei fatti da parte del medico curante non solo differiscono notevolmente da quelle dell'assicurato, ma risultano anche discordanti tra loro (cfr. doc. B). In sede di ricorso, il patrocinatore dell'assicurato ha riportato la seguente descrizione dell'evento: "[...] 5). Concretamente, il ricorrente è stato vittima di un infortunio nell'ambito dell'esercizio della sua professione il 15 giugno 2008. Nel merito della dinamica, egli stava sostituendo il parabrezza di una vettura, ha perso l'equilibrio ed è andato a sbattere la schiena contro un'altra vettura posteggiata accanto. Solo in seguito a tale urto il ricorrente ha sentito dolori alla schiena e nel momento in cui ha cercato di riprendere il lavoro ha avvertito un forte strappo. [...]" (cfr. doc. I) Il 25 agosto 2010 l'assicurato è stato sentito in udienza del Presidente del TCA. Dal relativo verbale emerge in particolare quanto segue: "[...] Il presidente del TCA mostra al sig. RI 1 il doc. 2 "Annuncio di infortunio/bagatella". Egli conferma di avere firmato questo documento ma di non essere stato lui a compilarlo. Rispondendo al presidente del TCA, egli precisa che il formulario potrebbe essere stato compilato o dalla sua consulente presso la CO 1 (sig.ra _____) o dal Dr. med. _____. Il presidente del TCA legge la descrizione dell'infortunio figurante al punto 6. L'assicurato sottolinea che quella è una sintesi ma di avere fornito una descrizione più dettagliata. Il presidente del TCA mostra all'assicurato il doc. 5, formulario datato 18 maggio 2009. L'assicurato riconosce la sua firma. Afferma pure che questo formulario l'ha compilato la sua amica. Il presidente del TCA legge la descrizione dell'infortunio che figura al doc. 5. L'assicurato precisa che si tratta di una descrizione veloce di quello che lui le ha detto. L'assicurato precisa che a quel momento non pensava si dovesse operare una descrizione molto dettagliata. L'assicurato così descrive l'infortunio: "mentre tagliavo un vetro mi si è spaccato il filo d'acciaio e nel tirare ho perso l'equilibrio e ho urtato violentemente lo specchio retrovisore di un'altra macchina". L'avv. RA 2 sottolinea che questo aspetto dello specchio retrovisore viene evocato per la prima volta in sede di udienza. Il sig. RA 1 rileva che nel ricorso a pag. 4 / punto 5 è stata descritta la dinamica dell'infortunio. Il presidente del TCA chiede all'assicurato perché non ha descritto sui formulari con brevi parole quanto esposto in data odierna. Egli sottolinea di avere avuto molti dolori e di essere finito all'ospedale. Egli rileva pure di avere fatto la domanda diversi mesi dopo. E' stata la sua assicuratrice (sig.ra _____) a chiedergli perché non ha annunciato il caso subito. Egli sottolinea che riteneva all'inizio che si sarebbe trattato di una cosa momentanea. Il presidente del TCA chiede all'assicurato soprattutto come mai nella descrizione del 18 maggio 2009 non figura nessun riferimento alla rottura del filo e alla perdita dell'equilibrio. L'assicurato risponde di non essere pratico in queste cose e di essersi concentrato sull'effetto dell'infortunio. Il suo patrocinatore rileva che il sig. RI 1 non ha le competenze e la malizia per distinguere la differenza fra infortunio e malattia. Il presidente del TCA mostra all'assicurato lo scritto del 20 luglio 2009 nel quale viene per la prima volta descritto l'avvenimento così come esposto oggi in udienza. Il presidente del TCA chiede all'assicurato di dire chi ha redatto questo scritto. L'assicurato risponde che si tratta della stessa persona che l'ha aiutato a compilare il formulario del 18 maggio 2009. Si tratta della signora _____, _____. [...]" (cfr. doc. XIV) 2.9. Nella risposta di causa, l'assicuratore LAINF resistente ha invocato il principio della priorità della dichiarazione

della prima ora. Secondo la dottrina (cfr. A. Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berna 1985, p. 263; T. Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, p. 331 n. 28) e la giurisprudenza, in presenza di due versioni differenti, la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha dato nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche. Le spiegazioni fornite in un secondo tempo non possono integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (cfr. DTF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 3c; RAMI 1988 U 55, p. 363 consid. 3b/aa; STFA del 27 agosto 1992 nella causa M., non pubbl.; RDAT II-1994 p. 189; per una critica, cfr. U. Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurigo 1999, p. 217, n. 546). Una "dichiarazione della prima ora", a cui attribuire un particolare valore probante, non è data qualora la prima descrizione in forma scritta della dinamica dell'infortunio, ha avuto luogo lungo tempo dopo l'evento in questione. Al proposito, occorre osservare che la capacità di ricordarsi soprattutto delle particolarità di un determinato avvenimento, si smorza relativamente presto. Una descrizione dell'infortunio fornita per la prima volta, dopo mesi, non può perciò essere a priori considerata più affidabile rispetto a versioni dei fatti presentate ancora più tardi (cfr. STFA del 18 dicembre 2002 nella causa K., U 6/02, consid. 2.2.). Tale principio non è inoltre applicabile se dall'istruttoria della causa siano da attendersi nuovi elementi cognitivi (cfr. STFA del 3 gennaio 2000 nella causa S., U 236/98 e del 18 luglio 2001 nella causa C., U 430/00). Nulla impedisce pertanto di attenersi a una mutata versione dei fatti se essa risulta maggiormente convincente e corroborata da altri elementi probatori che il richiedente è riuscito a dimostrare con l'alto grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza (DTF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b). Chiamato ora a pronunciarsi questo Tribunale ricorda innanzitutto che decisiva per valutare il diritto alle prestazioni è generalmente la descrizione fatta dall'assicurato stesso piuttosto che quanto figura nell'annuncio d'infortunio - bagatella LAINF. In sede di opposizione, l'insorgente ha giustificato la diversa formulazione della descrizione dell'evento rilevando, tra l'altro, che una persona priva di nozioni mediche non è in grado di descrivere l'accaduto con le appropriate parole (cfr. doc. 13). Nella concreta evenienza, è vero che, in un primo tempo, segnatamente rispondendo al questionario sottopostogli dalla CO 1, l'assicurato aveva ommesso di menzionare il fatto che nell'evento in questione aveva perso l'equilibrio ed urtato con la schiena contro il retrovisore di un'altra vettura. Tuttavia, non gli può essere rimproverato di avere modificato la propria versione dei fatti per dei fini di copertura assicurativa, nella misura in cui, già in sede di opposizione, l'assicurato aveva dichiarato di non voler, inizialmente, annunciare l'evento all'assicuratore, e di aver compilato il formulario di annuncio di infortunio-bagatella LAINF solamente su suggerimento della sua consulente presso la CO 1. Anche in occasione dell'udienza dinanzi al TCA l'assicurato ha confermato questo aspetto (cfr. doc. 13, doc. XIV). Alla luce dei certificati prodotti dal medico curante (cfr. doc. 6, doc. 9) e di quanto dichiarato dall'assicurato nella propria opposizione (cfr. doc. 13), l'assicuratore LAINF, almeno in sede di esame dell'opposizione, avrebbe dovuto convocare l'assicurato e, in base alle risultanze del colloquio personale, valutare la necessità di ulteriori accertamenti (ad esempio: interpellare al riguardo la signora _____). Senza tale approfondimento, a questo Tribunale non risulta possibile valutare, con la necessaria tranquillità, se siano soddisfatti o meno i presupposti dell'erogazione di prestazioni LAINF. In particolare non è possibile stabilire se RI 1 ha realmente contraddetto le dichiarazioni iniziali, come sostiene l'assicuratore, o se le ha semplicemente completate (cfr. STF U 33/07 del 20 marzo 2008). 2.10. Secondo la

giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. In proposito cfr. pure STF I 327/06 del 17 aprile 2007 consid. 5. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nell'evenienza concreta ci si trova confrontati ad un accertamento sommario dei fatti. L'assicuratore LAINF, nell'ambito della presente procedura, pur avendo a disposizione varie descrizioni dell'evento del 15 giugno 2008 da parte dell'assicurato e certificati del medico curante, ha omesso di chiarire a sufficienza la dinamica dell'evento e la sua relazione con i disturbi lamentati dall'assicurato. La CO 1 ha, quindi, violato il disposto di cui all'art. 43 cpv. 1 LPGa (cfr. STF 8C_704/2007 del 9 aprile 2008). Si giustifica, di conseguenza, l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore LAINF resistente perché disponga ulteriori accertamenti riguardo alla qualifica del sinistro del 15 giugno 2008 e, sulla scorta delle relative risultanze, si pronunci nuovamente circa l'assunzione o meno del caso. 2.11. L'assicurato, vincente e rappresentato in causa, ha diritto all'importo di fr. 500.-- a titolo di ripetibili (cfr. art. 61 lett. g LPGa; 30 Lptca).

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