

TI_GERICHTE 35.2020.78 vom 8. März 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-03-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.78

FR: TI_GERICHTE 35.2020.78 du 8 mars 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2020.78 del 8 marzo 2021

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. In base al tenore della decisione formale del 21 ottobre 2019, la soppressione del diritto alle prestazioni di corta durata è avvenuta in applicazione dell'art. 19 cpv. 1 LAINF (cfr. doc. A 108, p. 1). Il TCA è quindi chiamato in primo luogo a esaminare se l'assicuratore resistente era legittimato a dichiarare stabilizzate dal luglio 2019 le condizioni di salute infortunistiche dell'assicurata, oppure no. Nell'affermativa, si tratterà di valutare se la CO 1 ha correttamente ritenuto che la ricorrente avesse ritrovato una piena abilità lavorativa nella sua abituale professione, negandole perciò il diritto a una rendita d'invalidità. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPG) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). In una sentenza 8C_614/2019 del 29 gennaio 2020 consid. 5.3, l'Alta Corte ha precisato la giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 109, nel senso che quello dell'atteso aumento o ripristino della capacità lavorativa, non rappresenta un criterio di valutazione esclusivo. La prosecuzione della cura medica - in quella fattispecie, si era trattato di un intervento chirurgico volto a eliminare il dito "a scatto" - può ancora

comportare un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, anche se la persona assicurata ha già ripreso in misura completa la sua precedente attività professionale (per un caso recente di applicazione di questa giurisprudenza, si veda la STF 8C_620/2020 del 3 febbraio 2021 consid. 2.4). È utile precisare che, secondo la giurisprudenza federale, occorre procedere a una valutazione prospettica della questione della stabilizzazione, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (cfr. RAMI 2005 U 557 pag. 388; STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019 consid. 3.6.; STF 8C_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1, 8C_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2, 8C_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1; STCA 35.2017.68 del 27 novembre 2017, consid. 2.3.3; STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.2.2; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.2.2). 2.4. Nella concreta evenienza, la decisione dell'CO 1 di ritenere che non vi fossero più provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente, risulta essenzialmente fondata sul parere del proprio consulente medico. In effetti, a margine della visita di chiusura del 26 giugno 2019, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, dopo aver ammesso che i "disturbi oggettivabili e plausibili" interessanti l'arto inferiore sinistro costituivano sicuramente ancora una conseguenza naturale dell'infortunio del dicembre 2017 ed evidenziato però l'esistenza di "chiare discrepanze tra i riferiti disturbi ed impedimenti soggettivi e l'esame oggettivo", ha dichiarato che "... ulteriori cure specifiche molto probabilmente al momento non porteranno a un significativo miglioramento della situazione postinfortunistica. Ritengo un'artroscopia della tibiotarsica sinistra con débridement anteriore non indicata per risultato postoperatorio troppo incerto. Attualmente un'artrodesi o una protesi della tibiotarsica sinistra non sono medicalmente indicate per assenza di rilevante artrosi" e, ancora, che "per le sole conseguenze infortunistiche in relazione causale con l'infortunio del 24.12.2017 ulteriori trattamenti specifici non sono più indicati e consiglio di terminare le prestazioni assicurative (salvo eventuale infiltrazione intraarticolare della tibiotarsica sinistra) a partire da subito." (doc. M 61, p. 7 – il corsivo è del redattore). Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha interpellato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, per una presa di posizione basata sugli atti. Con apprezzamento del 25 maggio 2020, il medico fiduciario ha affermato che non sarebbe "... necessariamente indicata un'operazione. Da una cheilectomia operatoria il dott. _____ non si attende alcun miglioramento considerata la personalità dell'assicurata, in particolare poiché giudica fortemente esagerati i disturbi soggettivi da lei indicati, avendo potuto osservare che l'assicurata riusciva a camminare agilmente e senza problemi con il suo cagnolino sull'acciottolato ticinese. (...). Sulla base del modello di comportamento dell'assicurata oggettivato dal dott. _____, confermo la sua valutazione nella perizia del 20 agosto 2019 e al momento attuale ritengo obsoleta la cheilectomia da me promossa. Pertanto il caso può essere chiuso come programmato accordando il danno dell'integrità fisica." (doc. 68 – il corsivo è del redattore). Questo Tribunale constata che, successivamente all'intervento di AMO eseguito il 5 aprile 2019 (doc. M 49), altri specialisti hanno avuto modo di pronunciarsi in merito all'ulteriore procedere terapeutico. Il 3 luglio 2019, l'assicurata è stata visitata dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale, a fronte dei dolori e delle limitazioni funzionali ancora denunciate dalla ricorrente, ha disposto l'esecuzione di una risonanza magnetica (doc. M 56). L'accertamento in questione, effettuato il 4 luglio 2019, ha mostrato un lieve edema osseo residuo nel triangolo di Volkmann che risulta consolidato con uno scalino intra-articolare,

possibile punto di partenza dell'irritazione (doc. M 58). In occasione del consulto del 18 luglio 2019 presso la Clinica di traumatologia dell'Ospedale universitario di _____ (_____), il Primario PD dott. _____ ha rilevato che la rimozione del materiale di osteosintesi non ha consentito di migliorare né l'articolazione né la sintomatologia algica. Stante ciò, egli ha consigliato d'infiltrare l'articolazione tibio-tarsica per valutare i disturbi e l'eziologia dei dolori. In caso di esito positivo, si tratterebbe in primo luogo di eliminare lo sperone osseo pretibiale per migliorare la mobilità e i dolori. Successivamente, qualora la sintomatologia dolorosa dovesse persistere e aumentare, entrerebbe in linea di conto un'artrodesi articolare (doc. M 60). Con referto del 31 luglio 2019, il dott. _____ ha fatto proprie le indicazioni fornite dai sanitari zurighesi e ha chiesto all'CO 1 il benestare per procedere all'infiltrazione eco-guidata dell'articolazione tibio-tarsica (doc. M 59). In data 20 novembre 2019, lo stesso medico curante specialista ha riferito che l'infiltrazione diagnostica eseguita nel frattempo aveva fornito un "ottimo risultato" e ha pertanto postulato che l'assicuratore potesse autorizzare l'esecuzione di un intervento artroscopico di sinovialectomia anteriore, eventualmente di cheilectomia e valutazione dello strato cartilagineo delle strutture talare e tibiale (doc. 64), autorizzazione che l'CO 1 ha però negato.

2.5. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la Corte federale ha stabilito 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TF ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STF U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). 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 alcun dubbio 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. 2.6. Nel caso di specie, questa Corte non può confermare la decisione su opposizione impugnata che ha dichiarato stabilizzato dal 1° luglio 2019 lo stato di salute infortunistico dell'assicurata (ponendo perciò fine al versamento delle prestazioni di corta durata con valutazione del diritto alle prestazioni di lunga durata). In effetti, in merito alla questione di sapere se nel luglio 2019 vi fossero ancora dei provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare notevolmente le condizioni di salute, agli atti figurano referti contraddittori – da una parte il rapporto relativo alla visita di chiusura eseguita dal dott. _____ e l'apprezzamento 25 maggio 2020 del dott. _____ (il quale non ha fatto altro che allinearsi acriticamente a quanto ritenuto dal consulente medico, senza nemmeno tentare di confrontarsi con le proposte terapeutiche formulate dagli specialisti consultati privatamente dalla ricorrente), dall'altra i referti elaborati dai dottori _____ e _____ - che non consentono al TCA di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro. Per quanto riguarda in particolare la pretesa discrepanza tra disturbi denunciati e stato oggettivabile a livello dell'estremità inferiore sinistra, è utile segnalare che, interpellato in merito dall'amministrazione, il PD _____ aveva dichiarato che, sebbene l'assicurata presentasse una particolare percezione del dolore, i disturbi denunciati erano spiegabili con l'infortunio e con gli esiti delle operazioni subite (cfr. doc. M 46). D'altro canto, sempre secondo il Primario appena citato, quella riportata dall'insorgente è una lesione grave e, secondo l'esperienza, la maggioranza dei pazienti non ritrova il suo stato anteriore (cfr. doc. M 36). In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. DTF 135 V 465 e la STF 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 6.2.2). Tutto ben considerato, nel caso concreto, emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità dei pareri sui quali l'amministrazione ha fondato la decisione di considerare stabilizzato lo stato di salute infortunistico, dubbi che inducono questa Corte a scostarsene (per un caso in cui il TF ha annullato il giudizio cantonale e rinviato la causa per nuova decisione, ritenendo che i referti agli atti dei medici curanti dell'assicurato fossero atti a suscitare un, almeno minimo, dubbio circa la pertinenza del parere espresso dal medico fiduciario a proposito della capacità lavorativa, si veda la STF 8C_370/2017 del 15 gennaio 2018 consid. 3.3.3). 2.7. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der

Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen.

4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch.

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

4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione

contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere dei propri fiduciari. Per le ragioni già esposte al considerando 2.6., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA) volto innanzitutto ad accertare quando lo stato di salute infortunistico dell'assicurata si è stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni dal profilo materiale e temporale. 2.8. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, la STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentata da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili.

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