

TI_GERICHTE 41.2003.2 vom 3. Juli 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-07-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_41.2003.2

FR: TI_GERICHTE 41.2003.2 du 3 juillet 2003

IT: TI_GERICHTE 41.2003.2 del 3 luglio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 25

p. 85 con riferimenti giurisprudenziali). La preesistenza presuppone quindi che l'affezione sia sorta prima del servizio. Determinante è l'inizio della malattia, vale a dire il momento in cui tutte le cause sono presenti ed il processo patologico già avviato. Non è necessario che il danno alla salute sia recepito dall'assicurato (sintomatologia soggettiva). È tuttavia sufficiente che il medico accerti che i primi segnali della malattia (sintomatologia oggettiva) siano da mettere in relazione con l'affezione, il cui processo patologico è da far risalire ad un periodo antecedente al servizio. Se prima del servizio la malattia si situa in uno stadio asintomatico (senza sintomi), la preesistenza può essere riscontrata grazie ad accertamenti medici. L'esperienza medica può infatti essere determinante nello stabilire l'inizio di un'affezione, in particolare se mancano concreti elementi sullo stato di salute dell'assicurato anteriormente al servizio (Mäschi, op. cit., ad art. 5, nota 26, p. 85 e 86 con riferimenti giurisprudenziali). Orbene, in casu, il certificato 18 agosto 1998 del dr. _____, specialista in neurologia, stilato in base alla risonanza magnetica del 24 luglio 1998 (cfr. doc. AMF 11) - eseguita quindi poco dopo l'infortunio -, ha dimostrato delle alterazioni preesistenti del rachide cervicale (canale stretto congenito, discopatie multiple, restringimento di alcuni forami di congiunzione), con una probabile protrusione discale laterale sinistra in C6-7 suscettibile di spiegare una irritazione della radice C 7 (doc. AMF 12). Nella valutazione 21 luglio 1998 il neurologo curante ha concluso per una probabile "sindrome radicolare C7 sin, caratterizzata da una moderata sindrome cervicale (i movimenti di estensione/rotazione sin provocano un'irradiazione dolorosa e parestetica all'arto superiore sin), un iporeflessia tricipitale ed un deficit sensitivo alle dita (I), II – III. Tenuto conto del meccanismo vi è il sospetto di un'ernia discale cervicale traumatica, una patologia del plesso è meno probabile" (doc. AMF 22). Queste alterazioni hanno poi portato ad una mielopatia cervicale, attestata la prima volta dalla Clinica _____ nel rapporto d'uscita 30 dicembre 1999 (doc. AMF 91). A riguardo dell'evoluzione del danno alla salute, in sede di valutazione medico-assicurativa 22 maggio 2001, la dott.ssa _____, medico capo del Servizio medico dell'UFAM ha precisato: "(...) Nel presente caso occorre partire dal presupposto di una sindrome cervico-spondilogenica a sinistra con/su stato dopo contusioni della spalla e distorsione della colonna cervicale subite nell'agosto 1998 durante il corso di ripetizione. I successivi accertamenti hanno evidenziato la mancanza di lesioni ossee di origine traumatica alla colonna cervicale. Sono per contro state rilevate alterazioni degenerative della colonna cervicale (artrosi uncovertebrali e restringimento dei forami di coniugazione C3-C4 a destra, C4-C5 a sinistra e C5-C6 a destra), un restringimento osseo

congenito del canale spinale a livello cervicale, protrusioni discali multiple C3-C7 e un'ernia discale C5-C6, soprattutto medio-laterale a destra, con probabile compressione della radice nervosa C6 a destra. Queste alterazioni hanno infine portato ad un'incipiente mielopatia cervicale, a causa della quale gli specialisti hanno ritenuto necessario intervenire chirurgicamente. (...)" (Doc. AMF 205, p. 10-11) La responsabile del servizio medico ha poi fornito la seguente spiegazione scientifica in merito alle alterazioni della colonna vertebrale, in parte di natura congenita (canale spinale osseo stretto) e in parte degenerativa (artrosi uncovertebrale e degenerazione discale plurisegmentaria): " (...) - Per canale spinale stretto s'intende un restringimento congenito del canale che contiene il midollo spinale. Anche se non si conosce il modo esatto in cui avviene il restringimento, non vi sono pur tuttavia dubbi sulla sua origine congenita. Nel corso della vita, attorno ai 30 anni circa, l'aggiungersi di alterazioni degenerative, come osteofiti o spondilartrosi, può rendere il restringimento sintomatico. In questi casi si rende necessario un intervento chirurgico di correzione, al fine di evitare l'insorgenza di mielopatie cervicali che potrebbero portare anche alla tetraparesi. - Per artrosi uncovertebrale s'intendono alterazioni degenerative delle articolazioni vertebrali con formazione di osteofiti; quando le alterazioni riguardano le articolazioni vertebrali piccole si parla di spondilartrosi. - Per degenerazione discale plurisegmentaria s'intende una malattia degenerativa che colpisce più dischi intervertebrali contigui. Il processo di degenerazione inizia presto. Nel 1955 si scopre che i neonati dispongono di vasi nell'anello fibroso che assicurano l'irrorazione sanguigna dei dischi intervertebrali. Tali vasi scompaiono però all'età di quattro anni e con ciò cessa l'irrorazione sanguigna dei dischi; da quel momento in poi il rifornimento di sostanze nutrienti avviene tramite semplice diffusione. Diffusione che però non è sufficiente a soddisfare a lungo andare le esigenze metaboliche dei dischi intervertebrali, ragion per cui ha inizio il processo di degenerazione. Un primo segno di tale processo è costituito dal fatto che i dischi incominciano a perdere acqua e con ciò a rimpicciolire; più in là si formano fessure che raggiungono l'anello fibroso. A queste alterazioni strutturali si accompagna una progressiva diminuzione della capacità del disco di attutire i colpi assiali. Questo lungo processo degenerativo sfocia nell'ernia discale, che spesso si manifesta in seguito a piccoli e per lo più improvvisi cambiamenti di direzione del movimento del corpo. Una volta aperta una fessura nell'anello fibroso, ne fuoriesce il contenuto degenerativo, che rende l'ernia sintomatica. Grazie alle ricerche di base condotte nel campo della biomeccanica oggi si sa che le alterazioni regressive negli spazi intravertebrali si sviluppano autonomamente, in modo indipendente da fattori esterni e seguendo leggi proprie. Nell'eziologia e patogenesi delle malattie discali, e in particolare dell'ernia, i fattori esterni rappresentano una causa fra le altre, ciascuna delle quali ha il suo peso. (...)" (Doc. AMF 205, p. 11-12) Essendo quindi le affezioni in questione riconducibili, da un lato, ad aspetti congeniti, e dall'altro, a processi degenerativi con decorso autonomo, indipendente da fattori esterni, rettamente l'amministrazione ha concluso per una preesistenza delle affezioni somatiche. Vero che prima del CR 98 l'assicurato non soffriva di alcuna affezione cervico-lombare, manifestatasi a seguito della caduta durante la partita di calcio, ma è altrettanto vero che quella caduta - che comunque ha coinvolto la spalla sinistra e non ha provocato lesioni ossee alla colonna cervicale - , non ha fatto altro che rendere manifesto il delicato quadro clinico del ricorrente, preesistente all'entrata in servizio. I susseguenti importanti ed invasivi interventi chirurgici non sono quindi imputabili direttamente a quell'infortunio. Quest'ultimo è stato sì un elemento scatenante le note affezioni, le quali, come detto, erano in parte congenite e in parte sequela di un processo degenerativo. Non è quindi necessario,

come sostenuto dall'assicurato, procedere ad un accertamento medico per sapere se ed in quale età il ricorrente si sarebbe potuto trovare nella situazione attuale a seguito delle citate affezioni (cfr. ricorso punto 5). A tal proposito va rilevato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Alla luce di quanto riportato sopra è da ritenere, con la certezza richiesta dalla giurisprudenza, che l'infortunio non è stato l'origine delle affezioni alla colonna vertebrale come pure dell'ernia discale, essendo le stesse, seppur rimaste silenti sino a quel momento, preesistenti ai sensi dell'art. 5 cpv. 1 lett. a LAM, tenuto del resto conto che la contusione ha prevalentemente interessato la spalla sinistra e che successivamente all'incidente l'assicurato ha potuto riprendere, seppur per un limitato periodo, la propria attività di cuoco. 2.7. Ritenuto come le affezioni somatiche siano certamente anteriori al servizio, occorre verificare se la seconda condizione cumulativa posta dall'art. 5 cpv. 2 lett. b LAM è o meno soddisfatta. Concretamente, la questione che si pone è, dunque, quella di sapere se le stesse non sono certamente state né aggravate né accelerate nel loro decorso durante il servizio. Conformemente alla giurisprudenza federale - se aggravamento vi è stato - la responsabilità dell'assicurazione militare perdura soltanto fintantoché l'aggravamento dell'affezione preesistente non è certamente eliminato (DTF 111 V 144; DTF 97 V 99; DTFA 1969, p. 198). La responsabilità dell'assicurazione militare presuppone, infatti, sempre l'esistenza di una relazione di causalità adeguata fra l'affezione ed il servizio, ciò che non è più il caso al momento in cui l'assicurato raggiunge lo "status quo ante" (lo stato di salute in cui l'assicurato si trovava prima del servizio) oppure lo "status quo sine" (lo stato di salute in cui l'assicurato si sarebbe trovato se non fosse stato soggetto agli effetti del servizio) (Mäschi, op. cit., art. 5 N. 41, p. 90 con riferimenti ivi contenuti). Come detto, con scritto 23 ottobre 1998 l'UFAM ha comunicato al ricorrente di rispondere della sindrome cervico vertebrale e radicolare C7 sinistra unicamente " per il probabile aggravamento dell'affezione preesistente e sino all'eliminazione delle conseguenze dirette del trauma alla spalla sinistra " (doc. AMF 25). A tal riguardo, nella nota valutazione 22 maggio 2001 la dott.ssa _____ ha rilevato (sottolineatura del redattore): " Ai fini della valutazione medico-assicurativa del caso bisogna ora però considerare che la caduta occorsa al sig. RI 1 nel 1998 durante il corso di ripetizione ha significato un aggravamento delle preesistenti alterazioni cervicali. Aggravamento che gli interventi chirurgici effettuati alle cervicali (la spondilodesi eseguita ai primi del 2000 non si è ancora consolidata), il continuo bisogno di cure, i perduranti dolori e la totale incapacità lavorativa dimostrano essere, a tre anni di distanza, tutt'altro che eliminato e inducono perciò a considerare duraturo." (doc. AMF 205 p. 12). Visto quanto precede, non si può che concludere che gli effetti dell'aggravamento dello stato di salute durante il servizio militare, non sono stati con certezza eliminati, motivo per cui l'art. 5 cpv. 2 lett. b LAM non può essere applicato. In virtù del cpv. 3 dello stesso art. 5 LAM, l'assicurazione militare è così tenuta a rispondere per l'aggravamento

delle affezioni preesistenti. 2.8. L'UFAM ha quindi riconosciuto la propria responsabilità relativamente all'aggravamento della problematica somatica sopraggiunta durante il servizio. In applicazione dell'art. 64 LAM, l'amministrazione ha tuttavia decurtato la rendita d'invalidità in ragione del fatto che questo peggioramento è dovuto solo in parte agli influssi subiti durante il servizio. L'art. 64 LAM recita infatti che le prestazioni dell'assicurazione militare sono ridotte adeguatamente, se l'affezione è imputabile solo parzialmente agli influssi subiti durante il servizio. L'art. 66 LAM enumera, da parte sua, le prestazioni assicurative che possono fare oggetto di una riduzione ai sensi, segnatamente, dell'art. 64 LAM. Trattasi, in particolare, della rendita d'invalidità (lett. d). Per contro, ne sono, ad esempio, escluse le spese di cura. Occorre qui precisare che con l'art. 64 LAM l'amministrazione dispone di una precisa base legale per limitare la propria responsabilità, in presenza di diversi danni alla salute (Schadenursachen) concomitanti, nella misura in cui non tutte le cause invalidanti sono assicurate, e quindi di ridurre le prestazioni (Mäschi, op. cit., art. 64 N. 1 p. 457 con riferimento a DTF 122 V 32). Tale articolo completa e concretizza in particolare la responsabilità per aggravamento ai sensi dell'art. 5 cpv. 3 LAM e la responsabilità per le affezioni subentrate dopo il servizio ex art. 6 LAM (Mäschi, op. cit., art. 64 N. 3, p. 457). Ratio legis di questa normativa è quella di limitare la responsabilità della Confederazione e le relative prestazioni, unicamente alle cause che stanno all'origine del danno alla salute, ciò che costituisce un'applicazione del principio della causalità (Mäschi, op. cit., art. 64 N3 p. 458). A riguardo, va fatto presente che in merito all'art. 41 cpv. 1 prima frase vecchia LAM - disposizione che corrisponde, a prescindere da un'insignificante modifica redazionale, all'art. 64 LAM in vigore - il TFA aveva segnatamente stabilito che: "... die Leistungen nach Art. 41 angemessen gekürzt werden, wenn die versicherte Gesundheitsschädigung nur zum Teil auf Einwirkungen während des Dienstes zurückgeht. Dabei sind insbesondere zu berücksichtigen die vordienstliche Gesundheitsschädigung, ihr Stadium beim Dienst Eintritt, ihr mehr oder weniger schicksalsmässiger Charakter, ihr mutmasslicher Verlauf ohne Dienst, die Dauer des Dienstes, die Natur der gesundheitlichen Einwirkungen während des Dienstes und inwiefern diese von den zivilen Einflüssen, denen der Versicherte ohne Dienst ausgesetzt gewesen wäre, verschieden sind ..." (consid. 4 non pubblicato del DTF 123 V 137s/STFA 9.7.1993 in re H. citata in Steger-Bruhlin, op. cit., p. 264 e in Mäschi, op. cit., art. 64 N 19 p. 461). Quindi, secondo la giurisprudenza per procedere alla riduzione occorre accertare lo stato dell'affezione esistente prima dell'entrata in servizio e al momento dell'inizio del servizio, l'irreversibilità dell'affezione, l'evoluzione della stessa indipendentemente dal servizio militare, la durata del servizio, gli effetti sulle condizioni di salute durante il servizio, considerando tuttavia le ripercussioni riconducibili alla vita civile. Per questi motivi la riduzione non deve essere strettamente proporzionale, ma risultare da una ponderazione di tutte le succitate circostanze (Steger-Bruhlin, op. cit., p. 263). 2.9. Nel caso di specie, nella valutazione 22 maggio 2001 la dott.ssa _____ ha esaminato in quale misura l'attuale stato di salute dell'assicurato è la conseguenza degli influssi subiti durante il corso di ripetizione 1998 servizio militare ed in quale misura, invece, è da imputare alla patologia preesistente al servizio stesso: "(...) Quanto dell'affezione risalga a prima del servizio sta ai giuristi dire, i quali a tal scopo si basano sui seguenti fatti medico-assicurativi: - lo stadio dell'affezione al momento dell'entrata in servizio: il sig. RI Isi presenta al corso di ripetizione del 1998 privo di dolori e a suo dire senza averne mai provati alla nuca. - Il decorso più o meno naturale dell'affezione in generale: un restringimento osseo congenito del canale spinale può divenire sintomatico nel corso della

vita con l'aggiungersi di alterazioni artrosiche o ernie discali. In questi casi è inevitabile intervenire chirurgicamente. - Come già detto, un'affezione discale degenerativa ha un decorso autonomo, indipendente da fattori esterni e rispondente a leggi proprie. - Il modo in cui si è aggravata l'affezione durante il servizio: il sig. RI 1 cade nel 1998 durante il corso di ripetizione sulla spalla sinistra in seguito ad un contrasto avuto mentre giocava a pallone. - La durata del servizio (del corso di ripetizione) è stata di tre settimane. Come detto, sta ai giuristi stabilire la "riduzione adeguata" prevista dalla legge. Da parte nostra teniamo a ricordare che i quadri fisico e psichico si influenzano al punto da non consentire più una chiara attribuzione delle conseguenze. In considerazione di ciò, e anche per ragioni pratiche, proponiamo di fissare la responsabilità dell'assicurazione militare per l'insieme della problematica cervicale. Da un punto di vista prettamente medico la responsabilità dell'assicurazione militare ci sembra nettamente superiore al 50 %. (...) (Doc. 205, p. 12-13) Successivamente ad un'altra valutazione della dott.ssa _____, in cui è stato analizzato l'aspetto extra-somatico (doc. AMF 274), con preavviso 24 settembre 2002 l'amministrazione ha riconosciuto infine una responsabilità del 75%, sia per le affezioni somatiche che psichiche (doc. AMF 288). Orbene, a mente del TCA, non vi sono motivi per discostarsi dalla valutazione operata dall'UFAM, frutto di accurati accertamenti medico - assicurativi. Va al riguardo ricordato che, secondo costante giurisprudenza del TFA, i 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 (DTF 125 V 351s). 2.10. Per quel che concerne il danno alla salute psichico, è pacifico che si tratti di un'affezione sorta dopo il servizio ai sensi dell'art. 6 LAM. Infatti, come detto al consid. 1.3, con rapporto 13 marzo 2000 – quindi dopo due anni dall'infortunio - il dr. _____ aveva per la prima volta riscontrato nell'assicurato una forte tendenza a sviluppare dei disturbi somatoformi (doc. AMF 126). A tal riguardo va ricordato che l'art. 6 LAM statuisce che se l'affezione è accertata solo dopo il servizio da un medico, un dentista o un chiropratico e annunciata in seguito all'assicurazione militare, oppure se sono invocati postumi tardivi o una ricaduta, l'assicurazione militare risponde soltanto se, con probabilità preponderante, l'affezione è stata causata o aggravata durante il servizio oppure soltanto se è stabilito con probabilità preponderante che si tratta di postumi tardivi o della ricaduta di un'affezione assicurata. Inoltre, secondo la giurisprudenza, affinché un'affezione annunciata come ricaduta o come postumi tardivi di un danno assicurato sia assunta dall'AM dev'essere accertato con probabilità preponderante che i disturbi si trovano in relazione causale con l'evento assicurato (DTF 111 V 374 consid. 2b, cfr. J. Mäschi, art. 6, N.17 p. 96). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). Inoltre, tale rapporto di causalità deve essere adeguato (cfr. in merito: DTF 123 V 139 consid. 3c, Mäschi, op. cit, ad art. 6, p. 94, N. 8). 2.11. Con valutazione 22 maggio 2001 il capo del

servizio medico dell'UFAM ha riconosciuto una nesso causale naturale tra la caduta del 1998 ed i disturbi psichici sviluppatisi (doc. AMF 205 pag. 10). Tale valutazione si basava principalmente sul rapporto 1° marzo 2001 dello psichiatra curante, dr. _____, il quale aveva diagnosticato una sindrome depressiva post-traumatica, con una diagnosi differenziale di psicosindrome post-traumatica (doc. AMF 189). In seguito, nella perizia 6 febbraio 2002 lo stesso medico curante ha modificato la diagnosi, sostenendo una psico-sindrome post traumatica, con un importante disturbo psico-organico. In merito a quanto cambiamento diagnostico, nella dettaglia presa di posizione 15 aprile 2003, la dott.ssa _____ ha precisato che (le sottolineature sono del redattore): " Nelle nostre prese di posizione (maggio 2001 e maggio 2002), basandoci sugli atti disponibili, eravamo perciò partiti dal presupposto che ci trovassimo di fronte a un evento psicoattivo, ossia che si trattasse di disturbi psichici di reazione, e ne avevamo concluso che i disturbi fossero una conseguenza preponderante probabile dell'affezione (parzialmente) assicurata." (Doc. AMF 343) Facendo infine riferimento alla modifica di diagnosi, il medico capo dell'UFAM ha precisato (sottolineatura del redattore): " (...) La diagnosi posta dallo specialista ("psicosindrome post-traumatica, ICD-10 F07") consiste in "disturbi di personalità e del comportamento di natura organica dovuti a malattia, lesione o disfunzione cerebrali" (ICD-10). In altre parole, essa presuppone la presenza di una lesione cerebrale di natura organica. La nuova attribuzione nosologica dei presenti problemi psichici ci sorprende. L'assicurazione militare infatti non era finora a conoscenza dell'esistenza di una lesione cerebrale organica. Una tale lesione non può a nostro avviso essere ricondotta all'affezione (parzialmente) assicurata. Se la diagnosi dello psichiatra curante è esatta, allora è da ritenere chiaramente estranea al servizio. (...)" (Doc. AMF 343, p. 4) Quindi, se da una parte dal profilo diagnostico risultava trattarsi in un primo momento di una sindrome psichica da mettere in relazione ai postumi dell'infortunio (sindrome depressiva post-traumatica), dall'altra, alla luce della seconda e motivata diagnosi, la quale presuppone l'esistenza di una lesione organica (psicosindrome post traumatica), quest'ultima sarebbe estranea al servizio e quindi non assicurata. Nella caduta l'assicurato non ha infatti avuto alcuna commozione cerebrale. A tal riguardo, pendente causa, il ricorrente ha prodotto una presa di posizione 17 marzo 2004 del proprio psichiatra curante, in cui egli ha in particolare specificato che la terminologia di disturbo psico-organico usata nel certificato 6 febbraio 2002 non era da intendere quale conseguenza di una lesione cerebrale, ma serviva a distinguere un disturbo psico-somatico, che non solo nell'ambiente laico viene a torto parificato ad un disturbo ipocondriaco, acquisito o addirittura simulato (" Die Terminologie (Brief vom 6.02.2002, Verlauf) der psycho-organischen Störung, soll nicht eine cerebrale Störung beschreiben, sondern in Abgrenzung zum Begriff psychosomatisch stehen, welcher nicht nur in nicht-medizinischen Kreisen fälschlicherweise den Eindruck einer hypochondrischen, eingebildeten oder gar similierten Störung evoziert " (doc. B). A prescindere da questa spiegazione, va comunque ricordato come nella decisione contestata l'amministrazione abbia riconosciuto una responsabilità del 75% per i disturbi somatici e psichici. Valutazione che appare invero generosa se si tiene presente che l'incidente in questione, da classificare come banale (il ricorrente è caduto sulla spalla sinistra durante una partita di calcio), non risulterebbe essere adeguato al fine di riconoscere una responsabilità assicurativa per le affezioni psichiche postume [Conformemente ai principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di assicurazione contro gli infortuni validi anche nell'AMF (DTF 123 V 137, cfr. anche STCA non pubblicata 21 novembre 2001 nella causa P., inc. 41.2001.2), trattandosi d'infortuni insignificanti ("l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è

slogato il piede") o leggeri (ad esempio caduta o scivolata banale) l'adeguatezza del nesso causale può di regola essere negata a priori (RAMI 1992 U154, 246ss). Secondo l'esperienza della vita e ritenute le convinzioni acquisite in materia di infortuni, può essere ammesso, senza dover procedere ad accertamenti psichici particolari, che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica (fra le tante, cfr. STFA non pubblicata 9 gennaio 2003 nella causa C., U 347/01, consid. 4.1). Determinante è quindi l'impatto psicologico immediato che l'infortunio ha sull'assicurato e non le affezioni riportate (DTF 115 V 139 consid. 6a). In conclusione, richiamato quanto sopra, alla valutazione dell'amministrazione di ridurre le prestazioni al 75%, va prestata adesione, essendo adeguata ai sensi dell'art. 64 LAM. Nondimeno va fatto presente che anche in presenza di una responsabilità del 100%, l'assicurato non avrebbe beneficiato di una rendita d'invalidità maggiore degli attuali fr. 3'729.—, a motivo della sovrassicurazione con la rendita erogata dall'assicurazione invalidità (doc. AMF 309). 2.12. L'UFAM, vincente in causa e patrocinata da un legale, ha chiesto l'assegnazione di ripetibili. Secondo la giurisprudenza del TFA, nelle procedure di ricorso nessuna indennità per ripetibili è di regola assegnata agli organi con compiti di diritto pubblico (DTF 127 V 206 consid. 3a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3a edizione, Zurigo 2003, § 74 n. 61 p.61). Questo vale in particolare per quanto riguarda l'UFAM (STFA inedita del 25 febbraio 2003 nella causa G, M6/01 e del 30 luglio 1998 nella causa B., M2/97). Ne consegue che l'amministrazione, seppur vincente, non ha diritto alle ripetibili.

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