

TI_GERICHTE 36.2003.23 vom 6. Februar 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-02-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.23

FR: TI_GERICHTE 36.2003.23 du 6 février 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.23 del 6 febbraio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 31

ottobre 2002, e la terapia come segue: (...). 2. Certificato ancora del Dr. _____ (doc. _), sempre del 10 aprile 2003, attestante solo l'incapacità lavorativa, senza diagnosi o altro. 3. Relazione di dimissione Istituto _____ del 31.10.02 (doc. _), in questo scritto si evidenziano le diagnosi seguenti: (...). Non si parla però della causa di questo episodio sincope. 4. Esame Azienda Ospedaliera _____ del 13.12.02 (doc. _), in questo documento viene descritta una iporeflettività vestibolare bilaterale, in fase di soppressione del compenso. In base a queste ultime informazioni e in base alla mia decisione precedente (doc. _), non disponiamo di nuove informazioni oltre a quelle già in nostro possesso, infatti, i fatti esibiti dalla controparte sono già stati valutati da parte mia nel (doc. _)". 2.4. A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; LOCHER, Grundriss des Sozial-versicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). Secondo la giurisprudenza, 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 quale perizia o rapporto (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). In una sentenza, pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad

esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b/aa e riferimenti citati; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10 pag. 33 segg.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Per quel che riguarda il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente, egli attesta a suo favore (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01).

2.5. Come emerge dagli atti, i medici italiani interpellati dall'assicurata hanno tutti sempre espresso un parere negativo su una sua eventuale ripresa di un'attività lucrativa. Anche la dr. _____ ed il dr. _____, entrambi medici fiduciari della Cassa malati _____, si sono pronunciati per un'inabilità totale ad esercitare una professione, ma soltanto fino al 31 agosto 2002. Da quel momento in poi questi ultimi, contrariamente agli specialisti interpellati dalla ricorrente, hanno ritenuto l'assicurata capace al lavoro al 100% nella sua professione abituale di operaia. Ciò ha spinto la Cassa malati _____ ad interrompere il versamento delle indennità per perdita di guadagno dal 1° settembre 2002. Questa Corte osserva al riguardo che i numerosi esperti italiani non si sono invece quasi mai espressamente pronunciati sul grado di incapacità di lavoro attribuibile alla ricorrente. Gli stessi si sono limitati a certificare una o più patologie, precisando soltanto che l'assicurata era in prognosi per un certo lasso di tempo o che non era in grado di svolgere una normale attività lucrativa (doc. _ e _). Soltanto il dr. _____ ha indicato nel 50-60% il grado d'inabilità permanente dell'interessata (doc. _), mentre il dr. _____ ha indicato un'incapacità temporanea del 100% (doc. _). Conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (DTF 109 V 179, DTF 107 V 5). Nel caso concreto bisogna porsi al momento della cessazione del versamento delle indennità per perdita di guadagno da parte dell'assicuratore malattia _____, ossia al 1° settembre 2002 ed analizzare l'evoluzione del grado di abilità lavorativa dell'insorgente da quel momento fino all'emanazione della decisione su opposizione, quindi al 6 febbraio 2003 (doc. _).

2.6. Per ottemperare a tale incombenza, l'8 aprile 2003 (doc. _) lo scrivente TCA, ritenuto come l'assicurata abbia introdotto una domanda di prestazioni AI, ha interpellato l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone Ticino (UAI) che ha indicato l'esistenza di accertamenti medici in corso con incarico al dr. med. _____, psichiatra e psicoterapeuta (doc. _) di allestire una perizia, per cui non era ancora stata emanata alcuna

decisione in merito. Per economia procedurale, questo Tribunale (docc. _ e _) ha quindi acquisito copia dei referti peritali allestiti dal citato esperto (docc. _ e _), ove quest'ultimo ha fissato il grado di inabilità lavorativa dell'interessata era al 50% dal gennaio 2003. Come visto, i dottori _____ e _____, entrambi medici fiduciari della Cassa malati _____, hanno visitato l'assicurata nel corso del 2002 ed hanno decretato che dal 1° luglio 2002 (doc. _) rispettivamente dal 1° settembre 2002 (doc. _) l'insorgente doveva essere considerata totalmente abile al lavoro. Ora, poiché il perito incaricato dall'UAI ha potuto precisare il grado di capacità di _____ soltanto dal mese di gennaio 2003, restava quindi un vuoto per quanto attiene al grado di abilità lavorativa durante i mesi di settembre 2002-dicembre 2002. Allo scopo di colmare tale lacuna, previo accordo delle parti in causa a cui è pure stata data la possibilità di formulare delle domande da sottoporre all'esperto (docc. _-_), il TCA ha direttamente interpellato l'11 dicembre 2003 (doc. _) il dr. med. _____, il quale ha così risposto al quesito del TCA: " Non posso, basandomi ora sull'incarto in mio possesso (mia perizia del 27 maggio 2003), valutare le incapacità-capacità lavorative della persona citata in epigrafe per il periodo settembre-dicembre 2002; potrei ipotizzare una totale inabilità in considerazione che la dr.essa _____ ed il dr. _____ l'hanno giudicata totalmente incapace per il periodo antecedente al 31 agosto 2002 e che della mia valutazione risulta una sua abilità lavorativa dal gennaio 2003, unicamente al 50%. (...)". 2.7. Questo Tribunale ha chiesto alla dr. _____ – che aveva già avuto l'occasione di visitare personalmente l'assicurata in due occasioni (gennaio e maggio 2002) - di esprimersi sulle perizie redatte dal dr. _____ e di pronunciarsi sul grado di abilità della ricorrente per i mesi di settembre-dicembre 2002 (doc. _). Nella propria relazione dell'11 febbraio 2004 (doc. _), essa ha esposto una dettagliata cronologia del quadro psicopatologico dell'interessata, partendo dalla " reazione affettiva di tipo ansioso-depressivo (...) con prognosi ancora favorevole " scatenata dal licenziamento dell'ottobre 2001 individuata durante il primo incontro. Con la seconda visita, la dr. _____ non ha più riscontrato una crisi di tipo depressivo, sebbene l'assicurata sia sempre stata restia a riprendere un'attività lavorativa ed al contempo fosse risentita ed in collera per il licenziamento. Secondo la dottoressa, " (...) Le visite mediche con i relativi certificati forniti alla paziente, la proteggono attenuando il conflitto emozionale, sostenendola nelle sue rivendicazioni di risarcimento e nella sua vittimizzazione, per cui il quadro depressivo rientra. Permangono alla luce del giorno, in occasione della seconda visita da me effettuata, solo gli aspetti vendicativo-rivendicativi di tipo emotivo. (...). " . A posteriori, la specialista ha ritenuto che il suo incoraggiamento verso la ripresa di una piena capacità lavorativa dal 1° luglio 2002 abbia invece avuto un effetto contrario sulla ricorrente, che " (...) non era per niente pronta ad abbandonare le rivendicazioni ed il beneficio secondario legato alla vittimizzazione. Probabilmente, a partire da quel momento, in maniera ostinata ed inconscia, aumenta le sue rivendicazioni, accrescendo il proprio malessere. (...). ". Per la dr. _____, il quadro psicopatologico si è aggravato con l'inevitabile aumento della conflittualità intrapsichica, che ha portato l'assicurata a sviluppare i sintomi di una vera nevrosi da compenso. Valutando più a fondo il referto del perito dell'AI, la psichiatra ha criticato la sua analisi, in particolare la riduzione del 50% della totale preesistente inabilità lavorativa dell'interessata. A mente della dottoressa, " (...) l'assicurata era ed è purtroppo anche dopo la perizia del Dr. _____, inabile al lavoro nella misura del 100%, a causa dello sviluppo di una sindrome nevrotica di tipo nevrosi da compenso. (...). ". Partendo da una sindrome da disadattamento relativamente banale, il medico fiduciario della Cassa _____ ha concluso la propria

analisi sostenendo che " (...) grazie allo zelante sostegno ed alle cure mediche, induciamo e nutriamo una patologia secondaria di tipo nevrotico in direzione della nevrosi da compenso. Infatti, dal momento nel quale il medico curante sconfessa la mia perizia del maggio 2002, non rispettando le mie conclusioni e non tenendo conto della potenziale gravità di questa attitudine, l'inabilità lavorativa della paziente si perpetua sine die." 2.8. Eseguendo una valutazione complessiva di tutti i referti medici agli atti che illustrano lo stato di salute dell'insorgente durante l'anno 2002, questo Tribunale ritiene di dover far proprie le conclusioni espresse dalla perizia del dr. _____. Quest'ultimo, che ha sia incontrato personalmente l'assicurata sia preso visione di tutti gli atti medici fra cui anche i certificati degli specialisti italiani interpellati dalla ricorrente, ha stabilito che dal mese di gennaio 2003 la capacità lavorativa di _____ era del 50%. Per quanto concerne il periodo rimasto escluso dalle perizie dei vari medici fiduciari della Cassa, e meglio i mesi da settembre a dicembre 2002 compresi, malgrado lo stesso perito neutro non abbia potuto, a posteriori, valutare il grado di abilità lavorativa dell'interessata relativo ad un periodo precedente al suo incontro con quest'ultima, basandosi sui referti peritali dei dr. _____ e dr. _____ egli ha comunque ipotizzato una continuità dell'inabilità al 100% da essi riscontrata. Ora, va osservato come la perizia effettuata dall'esperto dell'AI sia composta di un'anamnesi dettagliata, di constatazioni oggettive sullo status psichico della paziente, di una precisa diagnosi accompagnata da una valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata e di una lista delle conseguenze sulle capacità di lavoro e sulla capacità d'integrazione della stessa. Detto referto è peraltro neutro, poiché il perito a cui lo scrivente Tribunale si è appoggiato è al di sopra delle parti, non avendo egli, ai fini del presente giudizio, alcun vincolo con l'insorgente. La valutazione di un'inabilità lavorativa del 100% della ricorrente anche per i mesi di settembre-dicembre 2002, così come individuata dal perito neutro dr. med. _____ nel suo scritto del 15 dicembre 2003 (doc. _), può essere accettata dal TCA. Da gennaio 2003 fino a maggio 2003 il grado di abilità lavorativa è invece del 50%. A tal proposito occorre evidenziare la completezza dell'esame del dr. _____ che la dr. _____, medico di fiducia della Cassa, non ha posto in discussione nel suo ultimo intervento. Alla luce di quanto precede, la decisione impugnata va annullata. Le conclusioni del dr. _____ trovano pure consenso nei referti degli specialisti italiani prof. dr. _____ e dr. _____. In particolare nell'ultimo certificato del 20 gennaio 2004 (doc. _) del prof. dr. _____ – medico curante della ricorrente e docente a contratto presso l'Università _____ -, secondo cui il disturbo dell'adattamento cronico doveva essere presente anche nel periodo compreso da settembre a dicembre 2002. Come osservato, anche la dr. _____ – medico fiduciario della resistente - nella sua ultima relazione clinica dell'11 febbraio 2004 concorda con la fissazione di un'abilità lavorativa del 100% durante il succitato periodo. A proposito di quest'ultimo parere, il Tribunale rileva che le conclusioni tratte, a posteriori, dall'esperta della Cassa malati _____ si differenziano dalla sua precedente valutazione del 27 maggio 2002 (doc. _) allestita in occasione del secondo incontro con _____. In tale circostanza, la dottoressa ha dichiarato l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% dal 1° luglio 2002, mentre nel suo ultimo parere essa ha affermato, come detto, che l'interessata era totalmente inabile al lavoro anche nel periodo antecedente la perizia del dr. med. _____, ovvero prima del maggio 2003. Se si considera poi che quest'ultimo ha fatto risalire il grado di incapacità lavorativa del 50% già dal mese di gennaio 2003 (doc. _), ciò significa che fino al dicembre 2002 la ricorrente era, a mente del medico fiduciario della Cassa, inabile nella misura del 100%. V'è quindi un'incongruenza fra le due succitate

perizie della specialista che, secondo la scrivente Corte, dipende dal momento in cui le stesse sono state redatte. In effetti, nel mese di febbraio 2004 la dottoressa disponeva di un quadro psichico sicuramente più completo (era in possesso dei più recenti referti medici del dr. _____) rispetto al periodo in cui ha incontrato per la seconda volta l'assicurata (maggio 2002). Questo lasso di tempo, unitamente all'analisi delle considerazioni espresse dal suo collega, le ha permesso di valutare l'evoluzione psichica della ricorrente sull'arco di poco più di due anni, ossia da novembre 2001 a gennaio 2004, e di tirare delle conclusioni più verosimili, in particolare per i quattro mesi in esame. Infine, nel suo parere la dottoressa _____ (che già nell'aprile 2002 aveva dato l'indicazione di riprendere l'attività lavorativa) ha biasimato l'operato di quei medici che, rilasciando continuamente dei certificati di inabilità all'assicurata, hanno fatto sì che quest'ultima si sia chiusa su se stessa e nella sua malattia anziché trovare una via d'uscita alla sua situazione. Questo Tribunale non può che condividere tali affermazioni e sottolineare la necessità di sempre favorire un rapido reinserimento degli assicurati nel mondo del lavoro al fine di evitare in taluni casi un aggravamento dei loro problemi di salute.

2.9. Nel caso di specie, secondo le citate Condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera _____ secondo LAMal, edizione 1° gennaio 1999 (doc. _), l'indennità giornaliera è corrisposta, in caso d'incapacità lavorativa di almeno il 25%, in proporzione al grado dell'incapacità lavorativa stessa (art. 14.1 CGA). Per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende ed i loro familiari, nella misura in cui questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, è determinante un'incapacità lavorativa di almeno il 50% (art. 14.2 CGA). Le persone assicurate parzialmente invalide o menomate, sono considerate pienamente abili al lavoro ai sensi di queste condizioni, se sono completamente abili al lavoro secondo il loro grado d'occupazione. La loro incapacità lavorativa si misura secondo il grado di inabilità a svolgere la precedente attività lavorativa (art. 14.3 CGA). Raggiungendo quindi un grado d'incapacità lavorativa del 100%, la ricorrente ha pienamente diritto di continuare a percepire delle indennità giornaliere intere per perdita di guadagno anche dopo il 31 agosto 2002, mentre dal 1° gennaio 2003 dette indennità vanno proporzionalmente ridotte poiché l'incapacità lavorativa è stata fissata dall'esperto al 50%. La decisione del 6 febbraio 2003 deve pertanto essere annullata.

2.10. L'insorgente – come pure controparte (doc. _) – ha chiesto di assumere ulteriori prove (docc. _ e _: esperire una perizia neutra sull'assicurata al fine di determinare il suo grado di abilità dal 1° settembre 2002 in poi). Questo TCA non ritiene necessaria l'erezione di una perizia, poiché, implicitamente, si è già proceduto in tal senso. Infatti, nelle more istruttorie questo Tribunale ha acquisito dall'Ufficio dell'assicurazione invalidità i referti allestiti dal perito dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nominato dall'UAI per periziare l'assicurata postulante delle prestazioni AI. Anziché nominare anch'essa un perito neutro e dilazionare ulteriormente la vertenza, per economia procedurale la scrivente Corte ha quindi fatto capo ai risultati presentati dallo specialista incaricato dall'UAI, che appaiono chiari, completi e probanti. Infatti, oltre a quest'ultimo, come evidenziato al considerando 2.8., anche il medico fiduciario della Cassa dr. _____ e diversi medici curanti italiani (dr. _____, dr. _____) erano già tutti concordi nell'affermare che l'assicurata non poteva svolgere in maniera completa (100%) un'attività lucrativa dal 1° settembre 2002. Inoltre, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si

rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; KIESER, Das
Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, KÖLZ/HÄNER,
Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e
pag. 117 n. 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA
del 5 giugno 2003 nella causa V.C. e R.G., H 268/01 e 269/01; STFA del 13 maggio 2003
nella causa T.T.C. SA, H 218/01; DTF 122 II 469 consid. 4a; DTF 122 III 223 consid. 3c,
DTF 120 Ib 229 consid. 2b; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di
procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito (SVR 2001 IV n. 10
pag. 28 consid. 2b; riguardo al previgente art. 4 vCost. fed., ora art. 29 cpv. 2 Cost. fed.:
DTF 124 V 94 consid. 4b; DTF 122 V 162 consid. 1d; DTF 119 V 344 consid. 3c e
riferimenti). In concreto, considerato come la presente causa abbia potuto essere decisa
sulla scorta degli atti già a disposizione di questo TCA nonché richiamando le perizie erette
da uno specialista neutro nominato dall'Ufficio dell'assicurazione invalidità che appaiono
chiare e non contrastate nel loro contenuto, lo stesso rinuncia a far esperire una perizia
medica giudiziaria. 2.11. Di regola, le ripetibili sono assegnate al ricorrente vincente in
causa e rappresentato da un'organizzazione sindacale (DTF 122 V 278; STFA non
pubblicata dell'8 luglio 1997 nella causa D., I 73/96; STFA non pubblicata del 3 febbraio
1998 nella causa P., I 7/97; STFA non pubblicata del 30 settembre 1998 nella causa R., I
462/97 e STFA non pubblicata del 13 gennaio 2000 nella causa K., U 284/99 circa il diritto
a ripetibili della persona cognita in materia) anche in assenza di una esplicita richiesta (DTF
118 V 139). Al proposito, il Tribunale federale delle assicurazioni, nella sentenza
pubblicata in DTF 126 V 11, ha avuto occasione di ricordare che: " (...) Dans un arrêt du 12
juillet 1996 (ATF 122 V 278), le Tribunal fédéral des assurances a changé sa jurisprudence
en matière de droit aux dépens. Il a jugé qu'une partie représentée par l'Association suisse
des invalides (ASI) et qui obtient gain de cause a droit à une indemnité de dépens, tant pour
la procédure de recours fédérale (ATF 122 V 280 consid. 3e/aa) que pour la procédure
cantonale (VSI 1997 p. 36 consid. 5). A cette occasion, la Cour de céans a laissé indécis le
point de savoir si cette réglementation est applicable lorsque d'autres organismes offrent
une représentation qualifiée aux assurés (ATF 122 V 280 consid. 3e/bb). Selon la
jurisprudence, peuvent également prétendre des dépens les assurés qui sont représentés par
le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (SVR 1997 IV
n° 110 p. 341), Pro infirmis (arrêt non publié K du 30 avril 1998), l'Union Helvetia (arrêt
non publié B. du 3 février 1995), le Syndicat industrie et bâtiment (arrêt non publié S. du 18
octobre 1982), un médecin (consid. 7 non publié de l'arrêt ATF 122 V 230), la rédaction du
Schweizerischer Beobachter (arrêt non publié H. du 15 février 1999), le Patronato INCA
(arrêt non publié G. du 19 novembre 1998), CARITAS (arrêt non publié P. du 28 mai
1998), diverses communautés de travail de malades et d'invalides (consid. 4 non publié dans
Praxis 1998 n° 59 p. 374; arrêts non publiés S. du 28 novembre 1989 et H. du 7 mars 1986),
l'avocat d'une assurance de protection juridique (arrêt non publié H. du 27 janvier 1992), le
Centro Consulenze (arrêt non publié F. du 6 avril 1990) et l'association Schweizerische
Multiple Sklerose (arrêt non publié S. du 3 février 1999). (...).". In applicazione della
giurisprudenza citata e visto l'esito del ricorso, la Cassa malati _____ verserà alla
ricorrente, rappresentata dall'_____, le ripetibili in virtù dell'art. 61 lett. g LPGA (la
giurisprudenza relativa all'art. 85 cpv. 2 lett. f vLAVS è valida anche per il nuovo articolo
della LPGA: SVR 3/2004 AHV Nr. 5 pag. 17; a proposito della relazione tra questi due
articoli: SVR 2003 AHV Nr. 13 pag. 33 segg.).

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